

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВНЗ «УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ»**

УСТИМЕНКО ЮРІЙ СЕРГІЙОВИЧ

УДК: 378.1 : 616.31

**ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ
ВЗАЄМОДІЇ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

|

Науковий керівник:

доктор педагогічних наук, професор

Волкова Наталія Павлівна

Дніпро – 2017

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ	
1.1. Підготовка майбутніх стоматологів до професійної взаємодії як предмет наукових досліджень.....	12
1.2. Особливості професійної взаємодії стоматологів.....	36
1.3. Компонентно-структурний аналіз феномену «готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії».....	60
1.4. Інтерактивні методи навчання як засоби підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.....	84
Висновки до розділу 1.....	110
РОЗДІЛ 2. ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ	
2.1. Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.....	114
2.2. Експериментальна перевірка технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.....	136
2.3. Хід та аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи...	166
Висновки до розділу 2.....	195
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	200
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	204
ДОДАТКИ.....	249

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах економічних, політичних та соціально-культурних перетворень, динамічного розвитку, технологізації й комерціалізації медичної галузі (в тому числі стоматології) все більш нагальними стають питання якості медичного обслуговування, а отже і рівня професійної підготовки стоматологів, їх конкурентоспроможності на національному та міжнародному ринках праці, ключовим показником якої є здійснення ефективної професійної взаємодії. Зазначене потребує особливої уваги до підготовки лікарів-стоматологів, які, виконуючи ролі компетентного експерта-професіонала, консультанта або радника, були б здатні успішно взаємодіяти з різними групами пацієнтів, колегами, керівниками, медсестрами й іншими фахівцями; співпрацювати на основі довіри, підтримки, розуміння, толерантності, співчуття, поваги один до одного.

Проблема вдосконалення професійної підготовки лікаря-стоматолога, як і лікаря будь-якої іншої спеціальності, на сьогодні розглядається як справа державної ваги, з урахуванням провідних концептів, закладених в таких документах: Закон України «Про вищу освіту» [250], Національна рамка кваліфікацій [251], Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [215] та ін.

Питання взаємодії, зокрема професійної взаємодії лікаря, упродовж віків вважалося фундаментальним. Уперше цю проблему порушили у своїх працях видатні філософи, мислителі, лікарі Стародавньої Греції, Риму, Індії, епохи Відродження тощо.

На сьогодні проблема взаємодії як така займає чільне місце у дослідженнях філософів (В. Біблер, М. Бубер, М. Каган, Е. Кант, П. Сорокіна та ін.), соціологів (К. Апель, Г. Блумер, М. Вебер, Ч. Кулі, Ю. Лотман, Дж. Г. Мід, Т. Парсонс, Дж. Хоманс та ін.), психологів (Б. Ананьєв, О. Бодальов, С. Іванова, В. Куніцина, О. Леонтьєв, Л. Орбан-Лембрик та ін.). Щодо професійної взаємодії, то вона була предметом дослідження таких вчених, як Т. Анісімова, Є. Головаха, М. Лежньова, Н. Паніна, А. Петров та ін.

Українськими та російськими дослідниками акцентовано увагу на питаннях щодо змісту поняття готовності до професійної взаємодії фахівців різного профілю: студентів медичних коледжів (С. Поплавська та ін.), майбутніх лікарів (М. Заєць), вихователів (І. Слепцова), фахівців туристичної галузі (О. Дішко), учителів (О. Яковлєва) та ін.

Дослідники приділяють значну увагу професійній підготовці лікарів (К. Беррі, Л. Богданова, В. Бойко, Т. Скрябіна, М. Тараришкіна, С. Тихолаз), формуванню в них комунікативної (М. Асімов, О. Ісаєва, Н. Калашнік, Т. Тихонова, А. Єпіфанцева), мовленнєвої (М. Мусохранова, Ю. Юсеф) й полікультурної компетентності (А. Щербакова), культури мовлення (М. Лісовий, О. Уваркіна) й терміновживання (В. Юкало); комунікативної (С. Герасименко) й деонтологічної культури (А. Грандо, О. Голік), толерантності (О. Андрійчук, П. Бабенко), духовності (О. Гвильдис, Л. Максимчук), готовності до взаємодії (М. Драгобецький, С. Поплавська), безконфліктної взаємодії у професійній діяльності (Л. Лимар) тощо.

Теоретико-методичні засади професійної підготовки майбутніх стоматологів, деонтологічні, морально-етичні, психологічні аспекти стоматологічної діяльності досліджено такими науковцями, як О. Басманова, М. Бондаренко, І. Герасимович, Г. Рузин, О. Савіна, Т. Северина, Т. Стефан, Т. Шарова, Д. Шиленко, О. Цимбалістов, I. Aartman, K. Arnrup, M. Berman, S. Cohen, V. Schouten, T. Yoshida та ін.

Вивченню окремих питань професійної підготовки зазначених фахівців присвячено праці В. Вороніна (соціальна динаміка професійних ролей в стоматології); О. Гуменюк (організаційно-педагогічні умови професійної підготовки молодших спеціалістів стоматологічного профілю); Н. Дьоміної (емоційно-особистісні особливості пацієнтів під час амбулаторного лікування стоматологічних захворювань); Г. Кіпіані (розвиток комунікативної компетентності лікаря-стоматолога як умова професійної успішності); О. Кисельової (формування довгострокових взаємовідносин стоматологів з дітьми та батьками для профілактики та лікування

стоматологічних захворювань); С. Коваль (психологічні особливості формування професійно важливих дій у навчальній діяльності студентів-стоматологів); Я. Кульбашної (формування професійної компетентності майбутніх фахівців із стоматології); С. Шиліної (соціально-психологічні фактори взаємовідносин лікаря та пацієнтів у сучасній стоматологічній практиці). Водночас, незважаючи на різнопланові дослідження, означені підходи лише частково висвітлюють проблему підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії саме засобами інтерактивних методів навчання.

Аналіз результатів теоретичних напрацювань учених щодо підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії дав змогу констатувати низку *суперечностей* між: стрімким зростанням вимог суспільства до якості професійної взаємодії стоматологів й рівнем їх професійної підготовки у вищих навчальних закладах; потребою у висококваліфікованих стоматологах, здатних до здійснення професійної взаємодії, та недостатньою сформованістю в них готовності до професійної взаємодії; наявністю потенційних можливостей інтерактивних методів навчання для формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії та нерозробленістю технології підготовки зазначеної категорії фахівців до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Необхідність усунення зазначених суперечностей, практичне значення проблеми та недостатнє опрацювання її теоретичних та прикладних аспектів визначили тему наукового дослідження: **„Підготовка майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання”**.

Зв'язок теми дослідження з науковими програмами, планами, темами. Дисертація відповідає основним напрямам досліджень науково-дослідної лабораторії інноваційних методів навчання та кафедри педагогіки та психології Університету імені Альфреда Нобеля, проведених у межах комплексної наукової теми „Модернізація професійно-педагогічної освіти в

Україні в умовах інтеграції до світового освітнього простору” (державний реєстраційний номер 0112U002287). Тему затверджено вченою радою Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля (протокол № 1 від 19 лютого 2015 р.), уточнено вченою радою Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля (протокол № 8 від 10 листопада 2015 р.). Дослідження узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук в Україні (протокол № 8 від 15.12.2015 р.).

Об’єкт дослідження – процес професійної підготовки майбутніх стоматологів у вищих медичних навчальних закладах.

Предмет дослідження – технологія підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретичні засади підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, розробити та експериментально перевірити технологію реалізації цього процесу.

Гіпотеза дослідження. Успішність підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії забезпечується технологією, спрямованою на формування мотиваційного, когнітивного, операційного, особистісного компонентів готовності до зазначеного виду діяльності; передбачає реалізацію пропедевтичного, змістово-процесуального, рефлексивно-аналітичного, контроль-оціночного етапів, оптимальне поєднання інтерактивних методів навчання, здатних гарантувати ефективну взаємодію майбутніх стоматологів у процесі фахової підготовки.

Для досягнення поставленої мети та перевірки гіпотези сформульовано такі **завдання дослідження**:

1. На підставі аналізу філософської, соціологічної та психолого-педагогічної літератури розкрити теоретичні засади підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

2. Обґрунтувати сутність, структуру, показники та рівні

сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії як складової загальної професійної готовності.

3. Розробити й теоретично обґрунтувати технологію підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

4. Здійснити експериментальну перевірку ефективності технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

5. Розробити комплекс навчально-методичних матеріалів для викладачів вищих медичних навчальних закладів щодо підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Теоретико-методологічні засади дослідження становлять концептуальні положення системного (В. Афанасьєв, Ю. Бурименко, Е. Юдін, Ю. Шабанова), діяльнісного (Б. Ананьєв, М. Каган, О. Леонт'єв, С. Рубінштейн), аксіологічного (А. Кавалеров, Ю. Вооглайд, Н. Ткачова), особистісно зорієнтованого (Є. Бондаревська, В. Серіков, І. Якиманська), культурологічного (М. Бахтін, В. Біблер, Х.-Г. Гадамер, О. Лосєв, Ю. Лотман), синергетичного (Л. Величко, В. Кремень, І. Пригожин, А. Самодрин), контекстного (А. Вербицький) підходів; концептуальні підходи до проблеми готовності до різних видів професійної діяльності (М. Дьяченко, Є. Зеєр, Л. Кандилович, О. Коробкова, З. Курлянд та ін.); фундаментальні положення філософсько-соціологічних (В. Біблер, Г. Блумер Р. Дафт, М. Каган, Т. Ньюкомб, Т. Парсонс, Дж. Хоманс та ін.), психологічних (Б. Ананьєв, Т. Анісімова, О. Бодальов, Є. Головаха, С. Іванова, В. Куніцина, О. Леонт'єв, Л. Орбан-Лембрик та ін.) теорій взаємодії; концептуальні ідеї теорії та практики професійної взаємодії (Т. Анісімова, Є. Головаха, Н. Паніна, А. Петров та ін.); положення теорії емоційного інтелекту (Г. Гарднер, С. Каган); теоретичні й практичні засади професійної підготовки майбутніх медиків (М. Асімов, О. Ісаєва,

Н. Калашнік, Л. Кайдалова, О. Корж, М. Лісовий, М. Мусохранова, Т. Скрябіна, М. Тараришкіна, С. Тихолаз); теоретико-методичні засади професійної підготовки майбутніх стоматологів (В. Вороніна, О. Гуменюк, Н. Дьоміна, Л. Карташова, Г. Кіпіані, О. Кисельова, С. Коваль, Я. Кульбашна, С. Шиліна); наукові ідеї впровадження інтерактивних методів навчання у ВНЗ (В. Беспалько, Н. Волкова, Ю. Гуцин, І. Дичківська, Т. Рогова, Г. Селевко, О. Січкарук та ін.).

Для досягнення мети і реалізації завдань дослідження використано комплекс таких **методів**: *теоретичні* – аналіз філософської, соціологічної, педагогічної, психологічної літератури, синтез, індукція і дедукція, порівняння, аналогія, зіставлення – для визначення ключових понять дисертаційної роботи, особливостей професійної взаємодії стоматологів; узагальнення і систематизація концептуальних теоретичних положень, моделювання – для розробки та обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; *емпіричні* – анкетування, бесіда, педагогічне спостереження, тестування – для діагностування рівня сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний етапи) з метою перевірки ефективності запропонованої технології; *методи математичної статистики* – для кількісного та якісного аналізу емпіричних даних.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася впродовж 2013–2016 рр. на базі Дніпропетровської медичної академії, Дніпропетровського медичного інституту традиційної та нетрадиційної медицини, Львівського медичного інституту, Запорізького державного медичного університету.

В експериментальному дослідженні брали участь 28 викладачів та 292 студенти спеціальності „Стоматологія”, з яких 148 осіб – в експериментальній групі та 144 особи – у контрольній групі.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

– *вперше* як особливу педагогічну проблему досліджено підготовку майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; науково обґрунтовано, розроблено й експериментально перевірено технологію підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання на підставі системного, діяльнісного, синергетичного, культурологічного, контекстного, особистісно зорієнтованого, аксіологічного підходів, яка містить такі етапи: пропедевтичний, змістово-процесуальний, рефлексивно-аналітичний, контрольньо-оціночний;

– *уточнено й конкретизовано* понятійно-категоріальний апарат дослідження („професійна взаємодія”, „професійна взаємодія стоматологів”, „готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії”, „технологія підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання”); найважливіші концепти професійної взаємодії стоматолога як основи й умови встановлення найрізноманітніших відносин у професійному середовищі;

– *удосконалено* форми (практичні та семінарські заняття, індивідуальні й факультативні заняття, самостійна робота, співнавчання, взаємонавчання) та інтерактивні методи навчання (проблемні, тренінгові, ігрові, проектні, ситуаційні), спрямовані на формування мотиваційного, когнітивного, операційного, особистісного компонентів готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії;

– *набули подальшого розвитку*: наукові уявлення про сутність, структуру, критерії, показники й рівні сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії; діагностичний інструментарій оцінювання рівнів сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії; ідеї системного, діяльнісного, синергетичного, культурологічного, контекстного, особистісно зорієнтованого, аксіологічного підходів в аспектах досліджуваної проблеми.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає: в розробці та впровадженні технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, що може бути застосована як основа моделювання відповідного процесу для студентів вищих медичних навчальних закладів; модифікації змісту навчальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Основи психології. Основи педагогіки”, коригуванні їхніх цільових орієнтирів; розробці програми та навчально-методичного забезпечення спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”, який впроваджено у навчальний процес ВНЗ; розробці банку тренінгових програм, комплексу ділових і рольових ігор, навчальних проєктів, ситуаційних вправ, спрямованих на формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії; розробці програми діяльності дискусійного клубу „Оратор”.

Основні положення дисертації можуть бути використані для подальшого вдосконалення теорії та практики професійної освіти, зокрема у підготовці студентів спеціальності „Стоматологія”, системі підвищення кваліфікації та перепідготовки педагогічних кадрів, самоосвітній діяльності майбутніх стоматологів.

Результати дослідження впроваджено в навчально-виховний процес ДЗ „Дніпропетровська медична академія” (довідка про впровадження № 99 від 24.06.2016 р.), Дніпропетровського медичного інституту традиційної та нетрадиційної медицини (довідка про впровадження № 2 від 06.06.2016 р.), Львівського медичного інституту (довідка про впровадження № 29 від 01.06.2016 р.), Запорізького державного медичного університету (довідка про впровадження № 1 від 29.08.2016 р.), Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля (довідка про впровадження № 514 від 16.06.2016 р.).

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження репрезентовано в доповідях і повідомленнях на наукових, науково-практичних та науково-методичних конференціях різних рівнів: *міжнародних*: „Нове у педагогіці та психології сучасного світу” (Львів,

2014), „Дослідження різних напрямів розвитку психології та педагогіки” (Одеса, 2015), „Особистість, сім’я і суспільство: питання педагогіки та психології” (Львів, 2015), „Психологія та педагогіка: методика та проблеми практичного застосування” (Львів, 2015), „Практична психологія у сучасному вимірі” (Дніпропетровськ, 2016); „Забезпечення якості вищої освіти: європейські й національні стандарти та індикатори” (Старобільськ, 2016); *всеукраїнських*: „Сучасні соціально-економічні системи та проблеми освітології” (Дніпропетровськ, 2015), „Історичні, філософські, мовні і методологічні тенденції розвитку сучасної освіти” (Харків, 2015, 2016), „Вища освіта: проблеми та перспективи” (Дніпропетровськ, 2016), *міжвузівській*: „Актуальні проблеми навчання іноземних студентів” (Дніпропетровськ, 2015); обговорювалися на засіданнях кафедри педагогіки та психології, звітних науково-практичних конференціях професорсько-викладацького складу ПВНЗ „Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля” (2013–2016 рр.).

Публікації. Основні теоретичні положення й висновки дослідження відображено у 21 публікації, з них – 9 статей у наукових фахових виданнях, 1 стаття у зарубіжному виданні, 11 статей і тез доповідей у збірниках матеріалів конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (387 найменувань, у тому числі 32 – іноземними мовами), 19 додатків на 79 сторінках, 21 таблиці, 8 рисунків. Загальний обсяг дисертації – 328 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ

1.1. Підготовка майбутніх стоматологів до професійної взаємодії як предмет наукових досліджень

Сучасні динамічні перетворення українського суспільства призвели до зміни соціальних установок користувачів послуг різного роду, в тому числі і медичних. На сьогодні людина висуває підвищені вимоги не лише до якості і результатів медичного обслуговування, а й до змісту самого цього процесу, психологічної, комунікативної тональності лікарської допомоги. Зазначене вимагає особливої уваги до підготовки лікарів, здатних здійснювати професійну взаємодію на всіх етапах професіогенезу.

Глобальні напрями модернізації вищої медичної освіти, вимоги щодо рівня знань і вмінь медичних працівників, зокрема стоматологів, базуються на провідних концептах, закладених в таких документах як: Закон України „Про вищу освіту” [250], Національна рамка кваліфікацій [251], Концепція розвитку охорони здоров’я населення України (2000), Концепція розвитку вищої медичної освіти (2007) та ін.

Міністерством охорони здоров’я у серпні 2014 запропоновано „Національну стратегію реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015–2020 роки” [215]. Метою стратегії реформування системи охорони здоров’я в Україні стало: визначення ключових проблем системи охорони здоров’я, потенційних напрямів і шляхів їх розв’язання для формування нової державної політики у медичній галузі, включаючи нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров’я. Стосовно вищої медичної освіти, то в зазначеній стратегії акцентовано увагу на реструктуруванні якісних змін в системі підготовки медичних кадрів шляхом підвищення кваліфікації персоналу та професійного розвитку.

Найважливіше завдання сучасної вищої школи – підготовка компетентного, конкурентоздатного фахівця міжнародного рівня, який має належний рівень професійної підготовки, високий рівень сформованості загальних та професійних компетентностей, досвід виконання професійних функцій, надійні світоглядні, моральні та політичні орієнтири у всіх сферах його діяльності, зокрема фахової.

В Концепції реформування стоматологічної служби України зазначено, що аналіз сучасного стану стоматологічної галузі в Україні та перспектив її розвитку свідчить про необхідність кардинальної реорганізації стоматологічної служби [154]. Тому підготовка майбутнього стоматолога, становлення його професійної компетентності, забезпечення конкурентоздатності у сфері надання медичних послуг стає одним із стратегічних напрямів діяльності вищої школи. На сьогодні роботодавці висувують ряд основних вимог до фахової підготовки майбутніх стоматологів, роль яких перестає бути суто професійною. Дійсно, звичне уявлення про діяльність лікаря-стоматолога, як виконавця виключно певної професійної ролі, явно застаріло. Стоматологія перетворилася в особливий культурний комплекс, який включає і економіку, і менеджмент, і високі технології, і новітні психологічні методики, тактики взаємодії, і багато іншого.

На жаль, здійснений аналіз документів, а саме Концепції стоматологічної допомоги в Україні [154], Концепції діяльності Асоціації стоматологів України [19] показав, що визначені державою напрямки розвитку стоматологічної галузі зовсім не кореспондуються з якістю підготовки майбутніх стоматологів у вищих навчальних медичних закладах України. Натомість, у концепції Американської асоціації стоматологічної освіти [359], роботах зарубіжних фахівців – практиків [343; 377; 381; 387], Концепції розвитку стоматологічної служби Росії (п. 5) [155] цим питанням приділена особлива увага.

Цілеспрямована організація освітнього процесу з метою підготовки

майбутніх стоматологів до професійної взаємодії потребує врахування світових тенденцій і державних підходів у навчанні стоматологів, фундаментальних досліджень і наукових досягнень у реалізації сучасних напрямів оптимізації професійної підготовки майбутніх медиків. Окреслені фактори складають теоретичні основи підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

З метою конкретизації та поглибленого аналізу означених теоретичних основ їх структуровано в п'ять груп, які представлено на рисунку 1.1.



Рис. 1.1. Структура теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії

До першої групи теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії віднесено історичні й державні документи стосовно становлення професії стоматолога й підготовки дипломованих стоматологів, в яких окреслено основні вимоги до зазначених фахівців.

В другу групу теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії входять фундаментальні наукові праці, завдяки

яким конкретизуються основні дефініції дослідження, такі як „підготовка”, „професійна підготовка фахівців”, „підготовка до професійної взаємодії”, „готовність”, „готовність до взаємодії”.

Третю групу теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії становлять результати наукових досліджень, які розкривають питання підготовки майбутніх спеціалістів, зокрема лікарів до професійної взаємодії як передумови їх успішної професійної діяльності та особистісно-професійного розвитку.

Четверту групу теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії становлять погляди філософів, мислителів, соціологів, психологів, педагогів на феномен „взаємодія”, „професійна взаємодія”; наукові розвідки щодо особливостей професійної взаємодії стоматологів.

П'яту групу теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії складають наукові здобутки вчених і результати дисертаційних досліджень останнього десятиріччя, в яких обґрунтовано доцільність інтерактивних методів навчання для оптимізації професійної комунікативної підготовки майбутніх лікарів, зокрема стоматологів.

Розглянемо більш поглиблено сутність і зміст усіх груп теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

До першої групи теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії віднесено історичні й державні документи стосовно становлення професії стоматолога й підготовки дипломованих стоматологів, в яких окреслено основні вимоги до зазначених фахівців.

На основі теоретичного аналізу цих документів встановлено витоки професії стоматолога, сучасні вимоги до професійної підготовки лікарів-стоматологів, які визначаються на національному рівні.

Перш за все зазначимо, що *професію* (від лат. profession – офіційно вказане заняття, спеціальність, від profiteer – оголошую своєю справою) визначають як рід трудової діяльності людини, яка володіє комплексом

спеціальних теоретичних знань і практичних навичок, набутих в результаті спеціальної фахової підготовки, досвіду роботи.

Професія характеризує певну категорію людей (фахівців або спеціалістів, професіоналів, майстрів (рос. *мастер*, англ. *master, foreman, expert*, нім. *fachmann*), які досконало володіють якимось фахом, мають високу кваліфікацію, глибокі знання з певної галузі науки [87, с. 481]), займаються певним видом трудової діяльності. Найменування будь-якої професії визначається характером, змістом діяльності, службових функцій, знаряддями або предметами праці, які використовуються.

Перебування людини в професії характеризується виробленням певного способу життя, способу думок, стереотипів сприйняття світу, соціальним типом людини, в результаті чого професійні норми, цінності, установки макро-соціального рівня привласнюються індивідом як членом певної соціально-професійної групи, трансформуються в його особистісні ціннісні орієнтації, створюючи суб'єктивну картину світу [140, с. 272–273].

Професія лікаря-стоматолога відноситься до числа соціономічних професій, професій типу „людина – людина”. Вона відрізняється тим, що об'єктом її дослідження є людина (здорова або хвора). Проте, у переважній більшості випадків лікар-стоматолог має справу з хворою людиною, яка характеризується особливою психікою, має неврівноважений емоційний стан, підвищену збудливість, неадекватну реакцію на оточуючих, своєрідне сприйняття свого стану. І так було завжди, тому ще видатні стародавні філософи, мислителі надзвичайно шанували лікаря-стоматолога, наділяючи його особистість якостями всемогутнього, наділеного Богом надлюдськими можливостями.

Як зазначають С. Дмитриєнко, А.Краюшкін, М. Сапін [103], історія розвитку стоматології (зуболікування) бере свій початок ще з Античного світу, Стародавньої Греції. Даний факт засвідчує безліч праць відомих мислителів, філософів, античних медиків, в яких містяться перші спостереження та висновки, пов'язані з клінікою зубних захворювань і

захворюваннями порожнини рота. Історики медицини констатують, що в значній кількості письмових документів-настанов, законоположень стародавніх філософів і мислителів наголошується на зовнішніх та внутрішніх якостях, способах взаємодії й поведінки, якими має володіти стоматолог.

За твердженням істориків, люди вперше стали лікувати зуби 8-9 тис. років тому – відповідні докази були виявлені в 2001 році під час розкопок в Пакистані. Шумерський текст від 5000 до н. е. описує „зубного хробака” як причину карієсу зубів. Докази наявності подібних знань є в стародавній Індії, Єгипті, Японії та Китаї.

Зубні хвороби згадуються в знаменитому староегипетському медичному трактаті, відомому як папірус Еберса (третє тисячоліття до нашої ери), який містить понад 900 рецептів зілля для лікування захворювань і розладів травлення, серця, органів дихання, слуху і зору. Серед них можна знайти одинадцять рецептів паст і мазей, що використовувалися при лікуванні хвороб зубів і ясен. Єгипетські медики вважали, що ліки, виготовлені за цими рецептами володіють здатністю знімати зубний біль, зменшувати запалення ясен, оздоровлювати порожнину рота і запобігати розхитуванню зубів.

Як зазначає Р. Самусева [270], у Стародавньому Римі також виявляли увагу до пошуку засобів лікування хворих зубів. До речі, саме там був винайдений перший медичний інструмент – „пелікан” (більше схожий на щипці для видалення цвяхів), яким видаляли хворі зуби. Першими „стоматологами” були етруски. Вони вирізали штучні зуби із зубів різних ссавців, а також уміли виготовляти мостовидні протези, достатньо міцні для жування.

Зуболікування аж до XVII ст. не було пов’язане із загальною медициною. Воно було засобом надання допомоги при болях і зводилося переважно до видалення хворого зуба. Зуболікарська допомога надавалась цирульниками, банщиками, ремісниками та ін. Як медична спеціальність, зуболікування зародилося на початку XVIII ст. (звання

„зубного лікаря” в Росії було затверджене законодавчо лише в 1810 році).

Аналіз поглядів видатних стародавніх філософів, мислителів, лікарів дозволив виявити їх значну увагу до постаті лікарів, які займалися лікуванням зубів та виявленню якостей, необхідних для гідного здійснення своєї діяльності, взаємодії з хворими.

Так, відомо, що давньогрецький лікар Гіпократ цікавився крім загальної лікарської діяльності і зуболікувальною справою. Ним було створено кодекс моральних норм для лікарів (клятва Гіпократа), в якому було сконцентровано моральні, гуманні норми поведінки лікаря, зокрема стоматолога [283, с. 14]. Система лікування Гіпократа базувалася на врахуванні принципу „не зашкодь хворому” (*non nocere*), довірі, додержанні обережності і поступовості у призначенні лікарських засобів, ввічливості, оскільки суворість сприяє виникненню бар’єрів взаємодії між лікарем та хворим. Дані думки стосуються і лікарів стоматологів.

Стародавні грецькі вчені Гіпократ і Аристотель писали про стоматологію, у тому числі про лікування зруйнованих зубів і захворювань ясен, вилучення зубів щипцями, акцентуючи на тому, що в основі успішної діяльності лікаря лежить моральність, ідея блага та гуманності взаємодії з хворим. Так, Гіпократ, створивши перший кодекс моральних лікарських норм, акцентував на тому, що лікарі зуболікувальної справи під час взаємодії із хворими мають бути ввічливими, уникати бар’єрів між лікарем та хворим, викликати довіру й повагу своїм характером, підходом до людей. Мислитель зазначав, що якщо вам треба обрати одного з наявних лікарів (один лікує травами, другий – ножом, а третій – словом), варто звернутися до того, який лікує словом.

Відомий лікар Стародавнього Риму Клавдій Гален зазначав, що лікар, який займається зуболікувальною справою, під час взаємодії із хворим має виявляти такт, розсудливість та поміркованість. Справжній лікар, відзначав він, повинен бути освіченою людиною, філософом, гуманістично налаштованою людиною. Дану думку підтримували і лікарі Стародавнього

Риму – Асклепід та Гален, акцентуючи на єдності взаємодії лікаря та пацієнта.

У Стародавній Індії вчені надавали перевагу комунікативним (уміння вести бесіду з хворим, навіювати впевненість в одужанні), вольовим якостям (рішучість, терплячість) лікаря. Відомий лікар Сушрута у своєму трактаті „Сушрута-самхит” наголошував, що лікар, вступаючи у взаємодію з хворим має пам’ятати про таке: „... заспокій свої думки й почуття, будь добрим, людяним..... Нехай гуманність стане твоєю релігією” [202].

Цікавими для нас стали думки арабського лікаря середньовіччя Абу Алі Ібн Сін (Авіценна), які він виклав у праці „Канон лікарської науки”. На його думку лікар має мати „очі сокола, руки дівчини, мудрість змії і серце лева” (за [339, с.132]), бути безкорисливою, доброю, чесною, ...зберігати душевний спокій, рівновагу, розуміти хворого, бути готовим прийняти його думки (за [48, с. 248]).

Відомим представником епохи Відродження був Парацельс (професор Базельського університету). Вагомими стали такі його думки: „Сила лікаря в його серці. Основа лікарства – любов, ... душевність, чуткість, готовність прийти на допомогу, альтруїзм. Любов лікаря – не декларація, вона дієва й рішуча” [283, с. 19].

Отже, ще в стародавні часи було закладено основи професії стоматолога, визначено основи його взаємодії з хворими, якості, якими він має володіти, необхідність організації індивідуального підходу до кожного хворого, урахування його психологічних особливостей. Думки та настанови філософів, лікарів того часу є актуальними й сьогодні.

Вагомими для нас виявилися погляди відомого клініциста М. Мудрова. В “Слові про спосіб вчити і вчитися медицині практичній або діяльнісному лікарському мистецтву біля ліжка хворого”, він розкриває деякі аспекти культури професійної взаємодії лікаря: “... привітність, ввічливість, уміння слухати і чути...” [213, с. 204]. Вчений зазначав, що тактика комунікативної взаємодії лікаря з пацієнтом має змінюватися на різних етапах процесу

лікування з урахуванням стану останнього, що й нині залишається головним завданням стоматолога.

На сьогодні видано чимало книг з медичної деонтології в стоматології, які стали безцінними настановами у справі лікарського мистецтва. Серед зазначених творів можна виокремити „Питання життя. Щоденник старого лікаря” М. Пирогова [240], „Записки лікаря” В. Вересаєва. Автори акцентують увагу на тому, що результат лікування у багатьох випадках обумовлений характером відносин, які встановилися при першому контакті пацієнта з лікарем, врахуванням індивідуальних та особистісних особливостей хворого, встановленням з хворими гармонійних відносин.

На Міжнародному конгресі з лікарської етики в Парижі (1966 р.) Андре Моруа виступив із заключною доповіддю: „... Завтра, як і сьогодні, будуть хворі, завтра, як і сьогодні, знадобляться лікарі. Медична наука стане ще точніше, її оснащення примножиться, але поруч з нею, як і сьогодні, буде стояти, збереже своє місце в медицині лікар класичного типу – той, чийм покликанням залишиться людська взаємодія з пацієнтом. І, як раніше, він буде втішати страждальців і підбадьорювати полеглих духом. З’являться нові чудеса (нові медичні технології), і з’явиться нова відповідальність. Медики всіх країн будуть, як і сьогодні, пов’язані єдиною лікарською мораллю. Завтра, як і сьогодні, людина в медичному халаті буде рятувати життя стражденному, хто б він не був – друг або недруг, правий або винуватий. І життя лікаря залишиться таким же, як і сьогодні, – важким, тривожним, героїчним і піднесеним” [267].

На сьогодні лікар-стоматолог – це професіонал, що володіє спеціальними знаннями і вміннями для практичного здійснення діагностики, лікування та попередження хвороб зубів, порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки в цілому [14, с. 9].

Діяльність лікарів-стоматологів на сучасному етапі розвитку суспільства набуває системно-цілісного характеру, який виявляється у реалізації основних сфер професійної діяльності – загально-медичної,

спеціальної (специфічної), соціальної або суспільної, науково-дослідницької. Варто зазначити, що серед зазначених сфер діяльності лише спеціальна (специфічна) відрізняє діяльність лікаря-стоматолога від діяльності представників інших лікарських спеціальностей.

Узагальненим об'єктом діяльності лікаря-стоматолога є здоров'я людини, підтримка здоров'я, профілактика та лікування стоматологічних захворювань людини.

За даними Державного класифікатора професій ДК 009-96 лікар-стоматолог підготовлений до роботи у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги (Секція N, Розділ 85): діяльність з охорони здоров'я (група 85.1), діяльність лікувальних закладів (клас 85.11), медична практика (клас 85.12).

У Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я [104] зазначається, що лікар-стоматолог: застосовує сучасні методи діагностики та лікування захворювань ротової порожнини та щелепно-лищевої ділянки; надає невідкладну стоматологічну допомогу при гострих запальних процесах, травматичних пошкодженнях, кровотечах, а також допомогу при анафілактичному шоці, гострій серцевій та дихальній недостатності, гіпоксії, набряку гортані, при попаданні чужорідних тіл у дихальні шляхи, гіпертонічному синдромі; здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів; працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами; бере участь у моніторингу здоров'я населення, сприяє поширенню медичних знань серед населення; дотримується принципів медичної деонтології; планує роботу та проводить аналіз її результатів; керує роботою середнього медичного персоналу; веде лікарську документацію; постійно удосконалює свій професійний рівень.

Фахівець після закінчення навчання за відповідною освітньо-професійною програмою *загальної лікарської підготовки* за зазначеною базовою спеціальністю здатний виконувати професійну роботу: лікаря-інтерна, лікаря-стажиста. На післядипломному етапі (в інтернатурі) навчання здійснюється за освітньо-професійними програмами підготовки *фахівця з*

первинною спеціалізацією відповідно до набутої базової спеціальності. Після підготовки в інтернатурі (резидентурі) фахівцю присвоюється кваліфікація – лікар з певної спеціальності. Він *здатний виконувати зазначену професійну роботу* і може *займати відповідну первинну посаду*: лікар-стоматолог, лікар-стоматолог-ортодонт, лікар-стоматолог-ортопед, лікар-стоматолог-терапевт, лікар-стоматолог-хірург (див. додаток Б).

З освітньої точки зору, „освітні стандарти” підготовки стоматологів окреслюють компетенції, яких має набути фахівець після закінчення свого навчання.

Вагомими для дослідження стали виділені Європейськими фахівцями загальні компетентності для всіх випускників вищої школи, незалежно від країни навчання [382], які забезпечують їм конкурентоздатність на ринку праці. У вітчизняній вищій освіті такі ідеї набули подальшого розвитку у роботах В. Захарченка, Ю. Рашкевича, Ж. Таланової [263], В. Лугового [192], Д. Шиленко [343] та ін. Науковцями відведено вагоме місце таким компетентностям лікаря стоматолога як оволодіння вміннями логічно й чітко висловлювати власні думки; правильне формулювання запитання і відповідей на них; володіння апаратом аргументації; знаходження адекватних прийомів професійної взаємодії зі співробітниками і колегами різного ієрархічного рівня; володіння мовленнєвим етикетом.

Особлива наша увага була прикута до роботи Я. Кульбашної [176; 177]. Бажаючи виявити прийнятність та ієрархічність європейських компетентностей, авторкою було проведене дослідження серед випускників та студентів стоматологічного факультету Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (всього 240 осіб) з метою виявлення їх ставлення до вагомості загальних компетентностей в діяльності стоматологів (див. додаток А, табл. 1). На підставі аналізу таблиці 1 з'ясовано, що такі компетентності як робота в команді, здатність співпрацювати з фахівцями інших галузей знайшли вагоме місце серед наданого для ранжування переліку компетентностей. Проте, ми повністю поділяємо думку авторки, що

неправомірно в нижній частині рейтингу виявилися такі важливі компетентності як: уміння керувати інформацією, сприйняття різноманітності та багатокультурності, прихильність етичним цінностям, здатність працювати у міжнаціональному просторі та ін., які є складниками деонтологічної компетентності лікаря-стоматолога [201] і складають основу професійної компетентності [77; 139; 296; 369; 373]. Крім зазначеного, низькі показники виявилися і під час оцінювання вагомості таких компетентностей як здатність працювати у міжнаціональному просторі, усна і письмова комунікація рідною мовою, здатність працювати в міждисциплінарній команді, які, за твердженням О. Гуменюк [92], Н. Дьоміної [98] є складниками комунікативної компетентності майбутнього стоматолога. Фахівці з такими характеристиками на ринку праці виявляться неконкурентоздатними, що значно знижує їх «вартість» на ринку праці, можливості працевлаштування, успішність виконання професійних обов'язків, особливо у нестандартних ситуаціях; їхні шанси на гідне працевлаштування в сучасному глобалізованому світі.

Отже, аналіз історичних та державних документів стосовно становлення професії стоматолога й підготовки дипломованих стоматологів дозволив виявити шляхи становлення професії стоматолога, основні вимоги до зазначених фахівців, зокрема до здійснення професійної взаємодії.

Розкриваючи зміст *другої групи теоретичних засад* підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, конкретизуємо основні дефініції дослідження, акцентуючи основну увагу на таких поняттях як „підготовка”, „професійна підготовка фахівців”, „підготовка до професійної взаємодії”, „готовність”.

Аналіз літературних джерел дозволив виокремити різні підходи до визначення поняття „підготовка”: „запас знань, отриманих ким-небудь” [221, с. 107]; „сукупність знань, умінь, навичок, оволодіння якими дає змогу бути спеціалістом у певній галузі” [87, с. 145]; навчання, тобто спеціально організований процес формування готовності до виконання майбутніх

завдань, які визначаються колом *компетенцій*, та як наявність знань, умінь і навичок, необхідних для успішного виконання певних завдань [285].

Важливим для нас виявився погляд Л. Карамушки, яка розглядає підготовку як процес, що формує готовність особистості до діяльності [133, с. 145]. Дану думку поділяють В. Головенкін [85], О. Фунтікова [234].

У контексті нашого дослідження під *підготовкою майбутніх стоматологів до професійної взаємодії* будемо розуміти процес формування їх *готовності до професійної взаємодії*. Відбувається формування суб'єкта професійної взаємодії в умовах професійної освіти.

Подальші міркування спрямували наш пошук на з'ясування сутності понять *готовність* та *готовність до професійної взаємодії*.

Зазначимо, що проблема готовності, зокрема готовності особистості до професійної діяльності, як одна з найбільш актуальних, знайшла відображення в наукових працях значної когорти дослідників, які спрямовували свої зусилля на дослідження шляхів професійного становлення, розвитку та самовдосконалення особистості (А. Деркач [99], М. Дьяченко, Л. Кандилович [111], Е. Зеєр [119], Н. Кузьміна [173; 174], Л. Мітіна [208], В. Сластьонін [232], Д. Узнадзе [303] та ін.) (табл. 1.1). Науковці зазначили, що готовність виникає внаслідок досвіду людини, який ґрунтується на формуванні позитивного ставлення до діяльності, усвідомленні мотивів і потреб щодо оволодіння діяльністю.

Таблиця 1.1.

Підходи науковців до визначення поняття „готовність”

Визначення поняття „готовність”	Автор
Згода зробити що-небудь, стан готового	Глумачний словник української мови [216, с. 113]
Доведення до цілковитої завершеності, досконалості до будь-чого того, хто може і бажає щось виконати	Словник професійної освіти [253, с. 29]
Стан мобілізації психологічних і психофізіологічних систем людини, які забезпечують виконання певної діяльності	Енциклопедія освіти [114, с. 137]

Високий рівень розвитку мотиваційних, пізнавальних, емоційних та вольових процесів особистості, колективу, який забезпечує успіх майбутньої діяльності	Український педагогічний словник [87, с. 64]
Цілісний прояв усіх сторін особистості фахівця	А. Деркач [99, с. 8]
„Спрямованість” особи, установку на певну дію; це налаштування можливостей особистості для успішної дії у даний момент, внутрішнє налаштування особи на певну поведінку при виконанні навчальних і трудових завдань, установка на активні дії	М. Дьяченко, Л. Кандилович [112, с. 27]
Особливий психічний стан, наявність у суб’єкта структури певної дії та постійної спрямованості усвідомлення на його виконання	В. Сластьонін [232, с. 33]
Установка на виконання дії, своєрідний стан особистості, що виникає, коли існує певне питання та необхідність його розв’язання; якість особистості, що визначає стійкість діяльності людини в полімотивованому просторі.	Д. Узнадзе [303; 303]
психічний стан людини, виражений на особистісному рівні, який відбиває загальний тип мислення і особливості менталітету людини	І. Слепцова [284, с. 15]
суб’єктивний стан особистості, яка вважає себе здатною і підготовленою до виконання певної професійної діяльності та прагне її виконувати.	О. Коробкова [158, с. 117]

Аналіз психолого-педагогічних досліджень останніх років дозволяє відзначити, що **готовність до професійної діяльності** розглядається сучасними вченими з таких позицій як: якість особистості (В. Серіков, В. Шадріков); стійка характеристика особистості (М. Лежньова [184], М. Редчук [258]); стан особистості, який дозволяє їй успішно увійти в професійне середовище, швидко розвиватися в професійному відношенні (М. Дьяченко, К. Платонов); стан найвищої варіабельності та максимального включення здібностей суб’єкта в діяльність (О. Коробкова [158], І. Слепцова [284], О. Яковлева [354]); комплекс здібностей (Б. Ананьєв [9; 10], С. Рубінштейн [264]); синтез певних особистісних якостей (В. Крутецький [165]). Отже, погляд науковців на сутність даного феномену не є однозначним. Готовність до професійної діяльності розглядається як: активний стан особистості, що

викликає діяльність; наслідок діяльності; якість, що визначає установку на професійні ситуації і завдання; передумова до цілеспрямованої діяльності, її регуляції, стійкості, ефективності; є інтегративним феноменом.

У наукових працях виокремлено два підходи до вивчення поняття „готовність до професійної діяльності”: функціональний і особистісний. Прихильники функціонального підходу (Д. Узнадзе, В. Ядов та ін.) стверджують, що дана готовність включає не лише різні установки, але й усвідомлення завдань вірогідної поведінки фахівця, визначення способів дій, оцінку власних можливостей щодо здійснення професійної діяльності, необхідність досягнення кінцевого результату. Послідовники особистісного підходу (М. Дьяченко, В. Крутецький та ін.), презентуючи вищезазначену готовність, тлумачать її як стійку характеристику особистості, яка визначає природність щодо професійної діяльності. Вона включає активне позитивне ставлення до професійної діяльності, досвід роботи, знання, уміння навички, прагнення до саморозвитку.

Отже, як стверджують З. Курлянд, В. Хмельюк, з одного боку готовність до професійної діяльності є особистісною, а з іншого – операціонально-технічною [233]. Проте, найбільш поширеним є підхід, згідно якого зазначена готовність розглядається як результат професійної підготовки і розуміється як стійке та багатоаспектне утворення особистості, що включає ряд компонентів, адекватних до вимог, змісту та умов діяльності, які у своїй сукупності дозволяють суб'єкту більш або менш успішно здійснювати професійну діяльність [233]. Ми також дотримуємося даного підходу.

Цікавою для нас виявилася думка Л. Суботіної, яка у своїх дослідженнях зазначає, що головною „особливістю готовності до професійної діяльності є її інтегративний характер, який виявляється в упорядкованості внутрішніх структур, узгодженості основних компонентів особистості професіонала, стійкості, стабільності й наступності їх функціонування. Тобто професійна готовність характеризується ознаками, що свідчать про психологічну єдність, цілісність особистості професіонала;

сприяє продуктивності діяльності” [292, с.296].

Уваги заслуговує дослідження характеристик готовності до професійної діяльності Є. Зеєра, який тлумачить готовність, як складне особистісне утворення, відносно двох основних рівнів. На першому рівні готовність розглядається як бажання, прагнення оволодіти певною професією, спеціальністю; на другому – як здатність, підготовленість до професійної діяльності [119, с. 96].

Таким чином, наявність різних поглядів на феномен „готовності до професійної діяльності” обумовлений складністю та багатогранністю самого феномену „готовність”, розбіжністю теоретичних підходів до розуміння сутності зазначеної готовності, рівнем і широтою аналізу феномена (неоднаковим рівнем узагальненості, комплексності розуміння проблеми). Проте, дослідники єдині в тому, що феномен готовності зумовлюється особливостями конкретної професійної діяльності і має у кожному випадку відповідний специфічний прояв.

Для дослідження вагомою стала думка вчених про те, що готовність може бути ситуативною, тобто виникати одноразово під час певних ситуацій взаємодії, і тривалою, яка формується в результаті спеціально організованих впливів. Тривала готовність здатна виявлятися постійно, становити найважливішу передумову успішної професійної діяльності, зокрема професійної взаємодії. Наша увага прикута саме до *тривалого стану готовності, що ґрунтується на набутому досвіді, легко актуалізується, піддається розвитку в процесі навчання й може досягти більш високих рівнів сформованості за умов відповідної організації навчального процесу у вищому навчальному закладі.* Перенесення тривалої готовності в нові умови організації навчального процесу створює необхідну основу для впливу як зовнішніх (новизна, труднощі, інтерактивний характер завдань, поведінка оточуючих), так і внутрішніх факторів (саморефлексія, самооцінка, самоконтроль). Зазначене доцільно враховувати у процесі підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, оскільки їх діяльність

далеко не завжди визначається хрестоматійними стоматологічними випадками, а потребує переважно творчого підходу до здійснення різновидів професійної взаємодії.

Щодо готовності майбутніх фахівців до професійної взаємодії, то наукові розвідки дослідників визначаються значним розмаїттям і спрямовуються на пошук шляхів розв'язання таких теоретичних і практичних проблем, як формування готовності: майбутніх учителів до професійно-педагогічної комунікації (Н. Волкова [68; 69], О. Коробкова [158], О. Федотова [325]); вчителя до вирішення конфліктних ситуацій (О. Сгоннікова [273]); студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності: (С. Поплавська [242]); бакалаврів з туризму до професійної взаємодії зі споживачами туристичних послуг (О. Дишко [101; 102]); вчителя загальноосвітнього навчального закладу до взаємодії в ситуації конфлікту (Ю. Костюшко [161]); майбутнього спеціаліста до розв'язання професійних конфліктів (О. Петушкова [237] та ін.); майбутніх ІТ фахівців до міжособистісної взаємодії (М. Лежньова [184]); майбутніх фахівців з документознавства до професійної взаємодії у сфері соціальних комунікацій (Р. Редчук [258]); майбутніх учителів до організації міжкультурної взаємодії школярів (Г. Алтухова [6]), взаємодії з батьками учнів (О. Яковлева [354]); майбутніх вихователів до взаємодії з дітьми дошкільного віку (І. Слепцова [284]), майбутніх лікарів до діалогічної взаємодії (М. Заєць [118]) та ін.

Зупинимо свій погляд на підходах науковців до тлумачення готовності до професійної взаємодії фахівців різних сфер діяльності.

Так, О. Дишко зазначає „готовність бакалаврів з туризму до професійної взаємодії зі споживачами туристичних послуг” є складним інтегративним особистісним утворенням, ядром якого є ціннісні установки, потреби й мотиви безконфліктної взаємодії, професійно-важливі особистісні якості, а також сукупність знань, умінь і навичок та певний досвід їхнього застосування для конструктивної професійної діяльності у взаємодії зі

споживачами туристичних послуг [102, с. 247].

Готовність до міжпрофесійної взаємодії визначається М. Лежньовою [184] як якість особистості, що сприяє продуктивній інтеграції індивідуальної діяльності фахівців різних спеціальностей під час вирішення складних, багатофункціональних проблем в міжпредметних галузях науки і виробництва.

Особливу увагу в межах вивчення нашого питання привертають роботи [209; 213; 239; 242; 265], автори яких акцентують увагу на **готовності до професійної взаємодії** майбутніх лікарів.

Так, С. Поплавською [242, с. 8] окреслено *готовність майбутніх медичних працівників до комунікативної взаємодії* як функціональний стан особистості, який характеризує вибірково, прогнозовану комунікативну активність на етапі професійної підготовки. Цей феномен визначається наявністю у студентів медичних коледжів здатності до вербального і невербального спілкування, відповідних професійних умінь для ефективного обслуговування хворих з метою забезпечення їх поступового одужання та душевного спокою.

Г. Рузин [265] зазначає, що готовність до міжособистісної взаємодії лікаря-стоматолога є інтегративним особистісним утворенням, основою якої є володіння законами міжособистісного знання, певними техніками комунікацій, професійно-медичним (у тому числі мовним) етикетом.

Спираючись на вищезазначене, готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії доцільно розглядати як складник готовності до професійної діяльності, що потребує постійного розвитку, наповнення і подальшого вдосконалення у майбутній професійній діяльності.

На наш погляд, *готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії* – *стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, основою якого є володіння професійно орієнтованими знаннями, уміннями та особистісними якостями, які забезпечують конструктивну взаємодію в системі професійних відносин й реалізації професійних функцій*

стоматолога. Опанування цього особистісного утворення забезпечує перевагу стоматологів на ринку праці. Зазначена готовність позитивно відображає сформоване прагнення особистості до успіху, самовдосконалення майстерності професійної взаємодії; володіння повними та міцними знаннями професійної взаємодії; визначає сформовану сукупність умінь (комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні) та розвинуті особистісні якості (емпатійність, емоційний інтелект, толерантність, рефлексивність).

Даний феномен став ключовим у нашому дослідженні. Компонентно-структурний аналіз зазначеного поняття докладно представлено у параграфі 1.3.

До *третьої групи теоретичних засад* підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії відносяться сучасний досвід і напрями наукових пошуків щодо підготовки майбутніх лікарів, зокрема стоматологів до професійної взаємодії.

Розглянемо основні аспекти комунікативної підготовки майбутніх лікарів, зокрема стоматологів, що були предметом наукових пошуків у зарубіжних і вітчизняних дисертаційних дослідженнях.

Перш за все зазначимо, що наукові пошуки вчених визначаються значним розмаїттям.

Так, науковці приділяють значну увагу комунікативній підготовці лікарів, зокрема стоматологів (А. Гройсман, І. Концевич, В. Лісовий, А. Мельник, І. Харді), формуванню в них професійної компетентності (Я. Кульбашна [176], Т. Тихонова [299]), професійно-особистісної культури (М. Тараришкіна [295]), комунікативної (А. Берестова [29], В. Кіпіані [139]) й мовленнєвої компетентності (А. Коробкова [157], Л. Забродіна [117], М. Мусохранова [210]), етичної й деонтологічної культури (О. Гвильдіс [78], Р. Коротких [160]), культури мовлення (О. Уваркіна [301]) й терміновживання (В. Юкало), емпатійності (І. Кузнецова [171]), готовності до взаємодії (С. Поплавська [242]), толерантності (П. Бабенко [21]) тощо. У дослідженнях акцентується, що для встановлення ефективної взаємодії з пацієнтами, лікар

має володіти високим рівнем професійного мовлення (А. Коробкова [157], М. Лісовий [186]), іншомовної (Г. Єпіфанцева [115], Л. Крисак [164]) й міжкультурної комунікативної компетентності (Н. Калашнік [130]),

Зупинимо свій погляд на наукових здобутках, вагомих для нашого дослідження.

Так, дослідження А. Кіпіані [139] присвячувалося розвитку комунікативної компетентності лікаря-стоматолога, яку авторка презентує як інтегральне особистісне утворення до складу, якого входять психологічні знання про механізми ефективного спілкування, комунікативні, соціально-перцептивні та інтерактивні уміння, і комунікативні характеристики особистості. У результаті проведеного дослідження авторка доводить, що вплив комунікативної компетентності лікаря-стоматолога на його професійну успішність виявляється у вигляді: оптимізації взаємодії лікар-пацієнт; стійкості позитивного емоційного комунікативного фону на всіх етапах прийому; збільшення позитивної оцінки діяльності лікаря з боку пацієнтів; компетентного індивідуального стилю спілкування лікаря з пацієнтом.

Н. Дьоміна доводить, що для здійснення ефективної взаємодії лікаря-стоматолога важливим є урахування емоційно-особистісних особливостей пацієнтів під час амбулаторного лікування стоматологічних захворювань [98]. Авторка зазначає, що сучасні підходи в стоматології акцентують на необхідності виділення певних психологічних профілів пацієнтів, вироблення стратегічних підходів до кожного з таких хворих, розрахування часу на прийом з урахуванням можливостей створення довірливих міжособистісних взаємин [98].

Формуванню довгострокових взаємовідносин стоматологів з дітьми та батьками для профілактики й лікування стоматологічних захворювань присвятила своє дослідження О. Кисельова [138]. Авторка акцентувала увагу на розробці та впровадженні принципів довгострокових взаємин стоматологів і пацієнтів-дітей, спрямованих на поліпшення здоров'я населення країни; здійснила аналіз взаємовідносин лікарів і пацієнтів-дітей у

державних і приватних стоматологічних клініках; розробила й впровадила шкалу оцінки взаємин лікарів і пацієнтів-дітей на стоматологічному прийомі

О. Гуменюк розроблено й теоретично обґрунтовано модель професійної підготовки молодшого спеціаліста стоматологічного профілю – асистента лікаря-стоматолога, удосконалено освітньо-кваліфікаційну характеристику та змістово-процесуальні елементи професійної підготовки фахівця як результат взаємодії навчального закладу, студента, потенційного роботодавця [92].

Вагомим виявилось дослідження Л. Богданової [35], яка розкрила теоретичні й практичні засади професійно орієнтованої комунікативної підготовки майбутнього лікаря, який представила як цілеспрямований процес освоєння ним сукупності комунікативних дій, що забезпечують можливість продуктивної взаємодії з колегами та пацієнтами: освоєння способів пошуку, переробки та обміну професійно орієнтованою інформацією, розвиток перцептивних навичок професійного спілкування, усвідомлення специфіки професійної взаємодії та освоєння професійних норм і ритуалів. Цінним є те, що в роботі вперше освітній простір комунікативної підготовки майбутнього лікаря представлено областями, що відображають сутність та особливості його професійної комунікації: областю пізнавального спілкування, областю експресивного спілкування, областю ритуального спілкування. Авторка доходить висновку, що організувати даний простір в педагогічному сенсі – значить створити умови щодо доцільного насичення його певним змістом, формами і методами навчання.

О. Гвильдіс [78], вивчаючи розвиток духовності студентів-медиків в умовах спеціально організованого навчального діалогу (взаємодія декількох суб'єктів, основною метою яких є узгодження позицій, пошук компромісів, договір про спільні взаємоприйнятні рішення у визначенні смислів), визначила вагомі для нашого дослідження принципи навчального діалогу: діалогічних концентрів, багатоманітності істини і потенційної нескінченності діалогу; евристичної ерудованості; мети діалогу; рівноправності у діалозі.

А. Коробковою [157] розроблено методичну систему з оволодіння студентами-стоматологами професійним мовленням на матеріалі імперативних висловлювань; виокремлено сукупність найбільш типових ситуацій професійної діяльності лікаря-стоматолога; обґрунтовано методичну доцільність використання імперативних висловлювань в якості оцінки навчання на основі їх комунікативної значущості, частотності і спеціалізації професійного мовлення стоматолога; визначено обсяг дієслів і дієслівних словосполучень, які використовуються стоматологом для створення імперативних висловлювань в типових ситуаціях його професійної діяльності. Знання цих особливостей дозволяє студентам вирішувати різні мовні завдання (попросити пацієнта або медсестру виконати певну дію, дати пораду чи рекомендацію, запропонувати пацієнтові ту чи іншу форму лікування та ін.). Дані матеріали стали корисними під час обґрунтування й реалізації технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Проблему формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності досліджувала С. Поплавська [242]. Напрацювання дослідниці нами використано під час розробки технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Вагомою виявилася робота М. Тараришкіної [295]. Авторкою доведено, що реалізація психолого-педагогічних умов формування професійної та особистісної культури студентів вищої медичної школи (націленість вузівської професійної підготовки на використання потенціалу культури як освітньої цінності у вихованні та розвитку особистості майбутнього лікаря; демократизація навчально-виховного процесу; спрямування змісту вищої професійної освіти на засвоєння студентами культурних цінностей; використання системно-ціннісного підходу в процесі підготовки студентів, що сприяє їх професійному та особистісному зростанню) забезпечує формування культури толерантності як основи культури взаємодії

майбутнього медика.

Т. Тихонова акцентувала увагу на необхідності оволодіння майбутніми стоматологами комплексом знань, норм, цінностей, навичок, мотивів, зразків поведінки, прийнятих у професійному співтоваристві, і вміння органічно, природно, невимушено реалізовувати їх у спілкуванні, контролювати і регулювати різні види комунікацій і поведінку, грамотно аргументувати свою позицію, продуктивно співпрацювати за допомогою вербальних і невербальних засобів спілкування у процесі вирішення професійних завдань [299]. Авторкою розроблено організаційно-педагогічні умови, реалізація яких забезпечує підготовку майбутніх фахівців до взаємодії у професійному співтоваристві: інваріантні (передбачають паритетну діалогічну взаємодію та взаємовплив; створення цілісного ціннісно-мотиваційного професійно розвивального комунікативного середовища і системи психолого-педагогічної підтримки; використання технології модульно-компетентнісного навчання та організація психолого-педагогічної підготовки кадрів) й варіативні (передбачають рефлексивний аналіз суб'єктивних емоційних станів в реалізованих на навчальних заняттях форм взаємодії; освоєння студентами широкого спектра вербальних і невербальних засобів спілкування; використання в навчальному процесі конкретних професійних ситуацій, професійно-орієнтованих комунікативних завдань; застосування різних способів розвитку ініціативності студентів у спілкуванні та ін.). Дані погляди нами ураховано під час розробки технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Заслуговує особливої уваги дослідження Л. Забродіної, зорієнтоване на формування в майбутніх лікарів професійно-мовленнєвої культури, а саме: оволодіння основами професійного спілкування, засобами і способами взаємодії, розвиток вмінь здійснювати різні форми комунікації (бесіди, співбесіди, ділові розмови, дискусії, діалоги та ін.), аналізувати конфлікти, кризові ситуації, конфронтації і вирішувати їх, вживати відповідні ситуації мовні етикетні формули та ін.

С. Шиліною [344] виявлено соціально-психологічні фактори й особливості взаємин лікаря і пацієнта в терапевтичній стоматологічній практиці в умовах державної та приватної медичної допомоги та здійснена оцінка їх конфліктогенної ролі; основні детермінанти негативних соціальних взаємовідносин суб'єктів стоматологічної практики, які психотравмуючо впливають на суб'єктивний світ конкретного пацієнта: непередбачений дискомфорт, недбалість персоналу при виконанні обов'язків, непорозуміння з оплатою робіт; відступ лікаря від своїх зобов'язань, замовчування гарантій, конфліктність лікаря та ін. Зазначене може служити приводом для виникнення інтерперсональних конфліктів в стоматологічній діяльності. Даний факт зазначено в роботах (Т. Анісімової [15], А. Коробкової [157]).

Підвищенню ефективності лікувально-профілактичних заходів у стоматології шляхом оптимізації взаємодії лікаря-стоматолога з пацієнтами з урахуванням психоемоційного стану, фізіологічних показників, що характеризують емоційну напругу людини, порядку звернення було присвячено дослідження Т. Шарової [340]. На думку авторки оптимізацію взаємодії лікаря-стоматолога з пацієнтами можна забезпечити, якщо у лікаря сформовано комунікативну компетентність, яка являє собою: розуміння і тлумачення спеціальних (професійних) термінів, понять (наприклад, в бесіді з колегами, лікарями різних спеціальностей, медсестрами і людьми, що не мають відношення до медицини); розуміння вербальних, формальних (формули, графіки) і невербальних засобів (міміка і жести в бесіді з хворим); вміле поводження зі спеціально підготовленим матеріалом; коректне використання іноземної мови у професійній сфері (розуміння і висловлення на іноземній мові спеціальних понять, термінів, явищ).

Значна когорта як вітчизняних, так і зарубіжних науковців (Т. Шарова [340], С. Шиліна [344], Ю. Юсеф [348; 349], I. Aartman [356], A. Almeida [358], K. Arnrup [360], M. Berman [361], M. Clarke [367], S. Cohen [368], B. Schouten [378], S. Wilson [385] та ін.) акцентувала увагу на тому, що в умовах зростаючої конкуренції серед медичних установ стоматологічного профілю,

на якість стоматологічного лікування, зокрема організації професійної взаємодії, попередження ініціювання виникнення конфліктних ситуацій впливає рівень організації їх спеціальної комунікативної, конфліктологічної, деонтологічної підготовки, оволодіння знаннями етичного та правового регулювання повсякденної роботи лікаря-стоматолога. При цьому дослідники виокремили комунікативний аспект підготовки як провідний.

Таким чином здійснений аналіз сучасного досвіду й напрямів наукового пошуку російських і вітчизняних дослідників щодо підготовки майбутніх лікарів, зокрема стоматологів до професійної взаємодії показав, що дослідження у визначеній проблематиці характеризуються активними пошуками вчених, спрямованими на винайдення шляхів вдосконалення комунікативної підготовки майбутніх лікарів, оновлення вимог як до особистісних якостей лікарів-стоматологів, так і організації ефективної професійної взаємодії.

Наступний параграф присвячено розкриттю четвертої групи теоретичних засад підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

1.2. Особливості професійної взаємодії стоматологів

Розкриваючи теоретичні засади підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, подальші розмірковування здійснюємо в таких напрямках:

- 1) наукові дослідження філософів, мислителів, соціологів, психологів, педагогів на феномен „взаємодія”, „професійна взаємодія”;
- 2) наукова література, що стосується презентації особливостей професійної взаємодії стоматологів.

Кожен із виокремлених напрямів має більш конкретні аспекти, які спробуємо дослідити на підставі аналізу наукових джерел.

Щодо першого напрямку наукового пошуку, то зразу ж зазначимо, що

взаємодія є найдавнішою рисою життя людини. Вона виникла відтоді, відколи люди живуть співтовариствами, обмінюються інформацією. Тому питання ефективності взаємодії вважалися фундаментальними, такими, що здавна хвилювали людство.

Початок наукового зацікавлення проблемами взаємодії сягає античності, коли було закладено основи механічної концепції взаємодії.

Контекстом для розуміння основ взаємодії є філософські уявлення Г. В. Ф. Гегеля [79], Е. Канта [131], П. Сорокіна [287] про взаємодію як „необхідний взаємний причинний вплив субстанцій, що є необхідною умовою об’єктивного сприйняття співіснування” [131], „процес, при якому через явища відштовхування і тотожності має місце перетворення речей та явищ” [79, с. 39–94], „функцію поведінки одного або багатьох індивідів, ефективність якої залежить від їх свідомості та поведінки” [287].

Аналіз філософських досліджень дозволив виявити такі важливі характеристики взаємодії як системність (представленість взаємодії об’єктів у всіх її зв’язках та відносинах), активність її учасників (активність може бути ініціальною або реактивною ... Особливо суттєвою є суб’єктність для соціальної взаємодії [327, с. 39]), універсальність і „всебічність” взаємодії [131], двосторонність зв’язків, взаємоперехід суб’єкта в об’єкт і навпаки, закономірність зв’язків на рівні сутності, взаємозумовленість зміни стану сторін, внутрішню активність суб’єктів, вибірковість контактуючих сторін, „бінарність” взаємодії – характер і спрямованість їх контактів може бути як один на одного ($1 \leftrightarrow 2$), так і сумісне орієнтування на загальну мету ($1 + 2 + 3 \rightarrow 4$). Дані нароби стали важливими для нашого дослідження.

Філософи (В. Біблер [32; 33], М. Каган [127; 128], М. Бубер [50] та ін.) досліджували феномен взаємодії в контексті взаємодії культур, яку розглядали у площині взаємовпливів і трансформацій контактуючих систем, соціонормативних культурних цінностей та як безпосередній діалог представників різних культурних соціумів. Виступаючи посередником, культура, на думку В. Біблера, є „своєрідною символічною мережею”, яка

узагальнює людський досвід на різних етапах формування національних спільнот [32, с. 23]. Серед здобутків зазначених філософів вагомими стали ідеї про необхідність під час взаємодії якісного обміну інформацією, узгодження індивідуальних цілей, дій суб'єктів, підкорення їх загальній меті, досягнення взаєморозуміння. Цікавими стали погляди М. Кагана на типологію ситуацій взаємодії (поза взаємодією, у взаємодії, у залученні партнера до досвіду й цінностей ініціатора спілкування, у залученні ініціатора спілкування до цінностей партнера), види спілкування (обслуговування предметної діяльності, заради спілкування, залучення іншого до своїх цінностей, приєднання до цінностей іншого), необхідність вибору засобів спілкування, адекватних форм поведінки залежно від ситуації.

Вагомий внесок у теорію взаємодії зроблено соціологами, які розглядали взаємодію як „взаємний обмін діями, організація людьми взаємних дій, спрямованих на реалізацію спільної діяльності” [222, с. 215]; „обмін почуттями, ідеями, вольовими імпульсами” [222, с. 216], виявили особливості взаємодії, різноманітні форми її перебігу в різних соціальних середовищах та впливу на особистість. Дані напрацювання були представлені у відомих теоріях взаємодії.

Так, *теорія дії або теорія соціальної дії* (Г. Блумер [363], М. Вебер [56], П. Сорокін [287], Т. Парсонс (за [222])) презентує різні варіанти індивідуальної дії суб'єкта взаємодії, компоненти взаємодії (люди, зв'язок між ними, взаємний вплив, взаємні зміни, цінності, яких дотримується кожний з учасників; ситуація, в якій здійснюється дія), необхідність акцентування на індивідуальності учасників взаємодії. Важливе завдання науковці вбачали в пошуку домінуючих чинників мотивації дій суб'єкта, урахуванні минулого, сьогоdnішнього та майбутнього в поведінці інших суб'єктів.

Г. Блумер, розглядаючи взаємодію як систему, відкриту до змін, зазначав, що вона сприяє самовизначенню особистості, самоконструюванню соціальної дії. Важливими стали вислови дослідника щодо «детермінізму

значень», згідно якого значення, які надаються предметам та діям, поза конкретною дією різні: „помідор може бути просто харчовим продуктом, але, кинутий на сцену, він сприймається як засіб вияву гніву глядачів. Отже, значення йому надають дії індивіда в конкретних обставинах” [363, с. 169].

За теорією Т. Парсонса, соціальна дія є міжособистісною взаємодією, результатом одиничних дій. Науковець прагнув пояснити сутність суспільства через сукупність особистісних зв'язків. І ці думки є важливими і сьогодні, тому що вся діяльність людини пронизана особистісними зв'язками, перебуванням у різних соціальних спільнотах, відповідним ставленням до справи. Ігнорувати зазначене – означає недооцінювати суспільну зумовленість індивідуального буття. Вважаємо тут доречним навести погляди В. Вороніна [72], який зазначив, що для характеристики професії стоматолога теорія Т. Парсонса постає у вигляді ідеальної моделі. Ця ідеальна модель навіюється як образ масової свідомості. У дослідженні зазначено, що дане навіювання є необхідним, бо віра в альтруїзм лікаря є однією з умов виживання для пацієнтів.

В теорії соціального обміну (Дж. Хоманс [372]) акцентовано увагу на фундаментальних механізмах соціальної взаємодії, яка є складною системою обмінів, обумовлених способами врівноваження винагород та витрат; законах індуктивного спілкування, що розкривають внутрішню структуру, процеси інтеграції та диференціації в групі; постулатах, на яких базуються відносини індивідів: *успіх* („...чим більше винагороджується конкретна дія індивіда, тим вірогідніше, що індивід її здійснить знову” [372, с. 16]); *стимул* („...дія, відзначена винагородою, має вірогідність свого повторення” [372, с. 23]); *цінність* („чим ціннішим є результат дії, тим вірогідніше її подальше повторення” [там само, с. 25]). Дані постулати є важливими як для професійної взаємодії, так і взаємодії учасників навчально-виховного процесу.

Інший погляд на природу соціальної взаємодії представлено в *концепції „символічного інтеракціонізму”* (Дж. Г. Мід). Взаємодію між людьми він

презентував як неперервний діалог, учасники якого спостерігають, осмислюють наміри один одного і реагують на них [205, с. 218]. Увівши поняття „значущого символу” (жесту, який властивий лише людині), науковець обґрунтував власне розуміння взаємодії: „індивід відгукується на власний стимул так само, як відгукуються інші люди” [205, с. 216]. Провідними ідеями концепції є положення: особистість формується у взаємодії з іншими людьми; механізмом взаємодії є самоспостереження, саморефлексія, самоконтроль.

Вагомими для нас виявилися ідеї Г. Гарфінкеля, засновника науки *етнометодології*, яка вивчає прийняті правила, що регулюють взаємодію, визначають, коли доцільно сказати або промовчати, пошуткувати або ухилитися від насмішок, тактично закінчити розмову тощо. Дослідником зазначено, яким чином порушення встановлених правил ускладнює взаємодію, як полегшити взаєморозуміння під час взаємодії, зробити поведінку її учасників передбачуваною (за [288, с. 72]). Дані правила є вагомими для розуміння професійної взаємодії стоматолога.

Поза увагою нашого дослідження не могли залишитися: *теорія атракції* Т. Ньюкомба, Дж. Морено [47], згідно якої люди взаємодіють, якщо відчувають симпатію (атракцію), є рівноправними, взаємопов'язаними завдяки спільним установкам, інтересам та очікуванням від процесу взаємодії; *теорія трансцендентальної прагматики* (К.О. Апель, Ю. Хабермас [331]), згідно якої людина завжди спрямована на взаєморозуміння, відкритість щодо інших, має «трансцендентальну настанову» на сприйняття можливих контраргументів, гармонізацію планів з іншими учасниками взаємодії.

Важливими виявилися ідеї представників *соціальних теорій комунікації* (Ч. Кулі, Ю. Лотман [175; 191] та ін.) щодо культури як основної форми передачі інформації (правила, розпорядження, символи), спрямованої на досягнення взаєморозуміння. „...історія культури може розглядатися як певна змістовна інформація і як соціальний код, який дозволяє цю

інформацію виражати у певних знаках і робити надбанням ...колективів” [191, с. 30]. Зважаючи на зазначене, можна стверджувати, що в кожному історичну епоху залежно від характеру культури і рівня розвитку технічних засобів інформації формувалася свій механізм становлення індивіда як соціальної особистості, провідних установок цього соціуму.

Цінною виявилася теорія „дзеркального Я” Ч. Кулі, згідно якої самосвідомість та цінність орієнтації індивіда мов би дзеркально відображають реакції на них оточуючих людей. „Якщо вони з повагою ставляться до дитини, то це дзеркально відображається на ній: дитина сама починає поважати себе, що виявляється в адекватних соціальних діях” [175].

У теорії організуючих процесів (theory of organizing) К. Вейк [384] використовує ідею *подвійної взаємодії* (double interact – подвійний зворотний зв’язок або інтеракт), яка включає три дії: звернення одного партнера з комунікації (1) – відповідь іншого партнера (2) – відповідь першого партнера (приспосовування) на відповідну дію другого партнера (3). Вважаємо, що кожна з ланок цього ланцюга має бути присутньою в процесі професійної взаємодії, інакше її учасники будуть позбавлені впевненості, що вони зрозуміли одне одного, а їхні взаємні дії погоджені й довершені.

Концепцію діалогічності М. Бахтіна [25; 26], „Я – ти” відносин М. Бубера [526], *клієнтоцентровану терапію* К. Роджерса [261] об’єднує погляд на взаємодію як на „суб’єкт-суб’єктну”.

Діалогічний характер взаємодії та опосередкованість її соціальністю були визначені М. Бахтіним. На його думку сам спосіб взаємодії свідомостей є діалогом. Будь-яке зіткнення зі світом культури стає „бесідою”, діалогом [25, с. 47]. Отже, діалог, за М. Бахтіним, є основою діалогічної взаємодії; має зберігати індивідуальні думки його учасників, не пригнічуючи, не наполягаючи на власних поглядах, а, намагаючись зрозуміти цілісний сенс як сукупність сенсів висловів і думок.

У М. Бубера „Я – Ти” відносини передбачають глибоке переживання унікальності й цілісності партнера по діалогу [50], яке є взаємним, внаслідок

чого створюється досвід спільного буття („співбуття”) – досвід „зустрічі”, простір „Я – Ти – Тут – Тепер”. Філософ відзначає, що діалогічна взаємодія „... синонім взаємної творчості, взаємного збагачення людей та конкретизацією, справжнім втіленням інтерсуб’єктивності. У справжньому діалозі люди творять одне одного, своє спільне життя, не втрачаючи індивідуальності” [50, с. 116].

Зазначимо, що учасниками професійної взаємодії стоматологів є не лише співвітчизники, але й представники різних народів і культур, які мають відмінності матеріальні (побут, виробництво), духовні (релігія, мораль, мистецтво, законодавство, звичаї, традиції тощо). Такий діалог є можливим за умови, якщо кожен його учасник з повагою ставиться до іншої культури.

Ураховували ідеї Р. Дафта [95] стосовно інтерактивності групи (interactive group) як форми групового прийняття рішення та лідера (interactive leader) – як того, хто надає перевагу досягненню консенсусу, прийнятті рішення в умовах взаємодії та взаєморозуміння. Дані думки є вагомими для дослідження, оскільки і викладач, і студент виступають активними суб’єктами взаємодії, прагнуть до взаєморозуміння, спільного прийняття рішень.

Зарубіжні й вітчизняні дослідники теорії взаємодії презентували власні погляди на взаємодію, акцентуючи на комунікативно-гуманістичних факторах прогресу інформаційних зв’язків.

П. Сорокін переконливо доводить, що „взаємодія за своєю природою є перш за все взаємодією психічною – обмін почуттями, ідеями, вольовими імпульсами” [287, с. 16]. Г. Андрєєва [11; 12] презентує взаємодію як організацію спільної діяльності людей, яка фіксує обмін інформацією, організацію взаємодії, спільних дій; передбачає наявність спільної мети, спільної мотивації, спільних дій, загального результату. Вона можлива лише за умови наявності обопільних інтересів, „спільності мови, лексики комунікантів, довіри до комунікатора, зрозумілості отриманого повідомлення” [11, с. 25].

Підсумовуючи зазначимо, що основи теорії взаємодії було закладено в античний період. На підставі аналізу філософських, соціологічних праць встановлено виявлені філософами, мислителями, соціологами основи теорії взаємодії, характеристики взаємодії: універсальність і всебічність взаємодії в розумінні просторових, часових та причинно-наслідкових характеристик об'єктивної реальності; активність суб'єктів взаємодії, динамічність взаємообміну і взаємозбагачення інформацією; самовизначення й самореалізацію людини у процесі взаємодії; зв'язок з рефлексією. Ними сформульовано принципи організації взаємодії: повага до співрозмовника, толерантне ставлення до співрозмовника, глибоке розуміння його психологічних та особистісних якостей, інтерактивність взаємодії, гуманізація та демократизація взаємовідносин, особистісний підхід.

Проблема взаємодії цікавила і психологів (Б. Ананьєв [9], О. Бодальов [37; 38], С. Іванова [122], В. Куніцина [178], О. Леонтьєв [185] та ін.), які розглядали взаємодію як багатовимірний, багатогранний й багатоаспектний феномен; процес безпосереднього або опосередкованого зв'язку суб'єктів, що породжує їх взаємообумовленість та взаємозв'язок.

Дослідники акцентували увагу на формах взаємодії (безпосередню й опосередковану), її з'єднуючих ланках і механізмах (мова, символи, предмети, цінності); структурі взаємодії, яка визначається розподілом трудових функцій, індивідуальним внеском кожний із членів колективу в загальну діяльність; обміні під час взаємодії особистісним досвідом, побудованим на підставі взаємоспівдії, співпереживання, співучасті, взаємоповаги, співпраці суб'єктів.

Спиралися на погляди О. Леонтьєва, Л. Орбан-Лембрик, Т. Сенько та ін., які розглядали проблему взаємодії у нерозривному зв'язку з категорією „спільна (групова) діяльність”, зазначаючи такі особливості взаємодії як залученість суб'єктів до загальної діяльності, переслідування ними певної мети, спільне виконання дій та операцій.

Л. Орбан-Лембрик стверджує: „взаємодія – це взаємозалежний обмін

діями, організація людьми взаємних дій, спрямованих на реалізацію спільної діяльності” [222, с. 215]. Отже йдеться про те, що суб’єкти під час взаємодії обмінюються не лише інформацією, а й діями (забезпечують планування спільної діяльності, її координацію і розподіл функцій). При цьому кожна соціальна дія, як зазначає Т. Сенько, є системою, елементами якої являються: дійовий індивід; об’єкти дії або індивід, на якого діють; засоби або знаряддя дії; метод дії або спосіб використання засобів; реакції індивіда, на якого діють, або результат дії» [276].

Крім того, взаємодія може передбачати наявність різновидів *відносин* (суб’єкт-об’єктні, суб’єкт-об’єкт-суб’єктні, суб’єкт-суб’єктні) (К. Абульханова-Славська [2]) та *механізмів*, що забезпечують її формування (взаєморозуміння, координація і узгодження). На думку О. Бодальова, О. Доценко, В. Крисько взаєморозуміння є створенням загального смислового поля її учасників, яке дозволяє об’єднати їх інтереси й погляди для вирішення певного завдання, що є можливим завдяки обізнаності про соціальний статус, рольові позиції, групову належність, звички, погляди на світ, ставлення до тих або інших життєвих подій один одного [106]; взаємним узгодженням кожним суб’єктом свого індивідуального осмислення щодо предмета комунікації; взаємним оцінюванням і сприйняттям цілей, мотивів і настанов свого партнера, під час якого спостерігається „близькість або схожість (повна або часткова) когнітивного, емоційного і поведінкового реагування на прийнятні для них способи досягнення результатів спільної діяльності” [167, с. 55]. Взаєморозуміння можливе за умови глибокого знання психології іншої людини, насамперед її ціннісних орієнтацій, що знаходять відображення в її ідеалах, потребах та інтересах; усвідомлення своєї особистості; спрямованості на спілкування з іншими людьми; розвинутої емпатії; наявних необхідних особистісних якостей [37, с. 63–73]. Особливо підкреслюємо, що рівноправний стан суб’єктів взаємодії забезпечує найвищий рівень взаєморозуміння [167, с. 55].

Н. Шигонською [342] було визначено десять стійких значень, які

характеризують сутність досліджуваної категорії: процес взаємовпливу, дія, вплив, зміна стану, взаємоперехід, форма соціальної комунікації, контакти, процес взаємодії, взаємозв'язок, взаємозумовленість. Серед найбільш істотних категоріальних ознак автором було виокремлено такі: суб'єкт-суб'єктний, цілеспрямований, соціальний, взаємообумовлений, динамічний, взаємозамінний, взаємозалежний, об'єктивний і універсальний, педагогічний, безпосередній, тривалий і формуючий характер.

Складність і багатоаспектність взаємодії зумовлює наявність розмаїття поглядів на її *структурування*, проте превалюючим є визначення таких компонентів: комунікативного (обмін інформацією, думками, знаннями, ідеями між індивідам); інтерактивного (обмін діями); перцептивного (процес сприйняття і пізнання партнерами один одного і встановлення взаєморозуміння). Лише в сукупності зазначені компоненти забезпечують взаєморозуміння, яке є основою повноцінної взаємодії [15, с. 118].

Щодо професійної взаємодії, яка конкретизує взаємозв'язок особистості і професії, виявляє ті фактори, які опосередковують відносини індивідів у професійній діяльності, то глибокий аналіз наукових праць з означеної проблеми (Т. Анісімова [15], Є. Головаха, Н. Паніна [84], А. Петров [235] та ін.) показав наявність значної зацікавленості вчених самим феноменом „професійна взаємодія” (функціональна взаємодія, що має діловий характер, не тотожний міжособистісній взаємодії; є необхідною для виконання спільних обов'язків або включення в одну і ту ж діяльність [15, с. 63]), виявленням її типології та особливостей (партнер професійної взаємодії завжди виступає як особистість, значуща для суб'єкта; суб'єктів взаємодії відрізняє взаєморозуміння у ділових питаннях; основне завдання професійної взаємодії – продуктивна співпраця), вимог до учасників взаємодії (фахівці, які можуть розглядати один одного або як об'єкт свого впливу або як рівноправного суб'єкта; здатні успішно виконувати роботу (професійну діяльність) різної складності [288]), засобів впливу суб'єктів під час взаємодії (слово, міміка, вчинок, дія, особливості тих, хто впливає і на

кого впливають; ситуації, в умовах яких здійснюється взаємодія; характер відносин між взаємодіючими [235, с. 13]), умов реалізації (участь фахівців; безпосередність взаємодії, учасники якої знаходяться в просторовій близькості, мають можливість бачити, чути, торкатися один одного, легко здійснюють зворотний зв'язок; особистісна орієнтація взаємодії, яка передбачає визнання незамінності, унікальності партнерів, особливостей їхнього емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик [84, с. 32–33]). Науковці свідомі того, що професійна взаємодія є основою і умовою встановлення найрізноманітніших відносин у професійному середовищі; є цілеспрямованим, соціально-зумовленим, динамічним процесом безпосереднього або опосередкованого одночасного впливу суб'єктів один на одного в результаті виконання певної професійної діяльності за спрямовуючої ролі суб'єкта, який володіє сукупністю теоретичної і практичної підготовки, метою якого є реалізація змісту професійної діяльності одного і задоволення потреб іншого. Вона виявляється у формі спільної діяльності, спілкування, емоційного співпереживання.

Зазначені погляди стали вагомими для розуміння особливостей професійної взаємодії стоматологів, що і стало *другим напрямом нашого наукового пошуку*.

Процес реформування вітчизняної охорони здоров'я, призвів до істотних змін в системі надання стоматологічної допомоги населенню, організації діяльності стоматологічної служби в державних та недержавних стоматологічних установах, впровадженні технологій сучасної стоматології, а разом з тим і ставленні пацієнтів до стоматологічної допомоги. На сьогодні більшість пацієнтів хотіла б отримувати найвищий рівень обслуговування та стоматологічний сервіс, який відповідає міжнародним стандартам і передбачає високо-професійний рівень спілкування [39; 132; 146; 193; 231]; відчувати під час спілкування з лікарями наявні в них суттєво оновлені тактики, стилі взаємодії з пацієнтами, володіння новими технологіями

спілкування й взаємодії, що дозволяють уникнути психологічного дискомфорту (В. Воронін [72], О. Кисельова [138], С. Пуйда [256]). У зв'язку з цим серед лікарів з професійної та етичної точки зору стала зростати конкуренція, „боротьба” за пацієнтів.

Проблема професійної взаємодії лікаря, зокрема стоматолога, в останній час стала предметом досліджень значної когорти науковців [72; 132; 138; 146; 193; 231; 256; 333; 334]. Вони єдині в тому, що мистецтво взаємодії стоматолога і пацієнта – дуже складний, багатогранний і різносторонній процес, де лікар виступає не тільки як фахівець, який використовує свої знання і досвід для лікування, реабілітації та підтримки здоров'я пацієнта, але й як людина, яка аналізує процес лікування пацієнта, в контексті морально-етичних, культурних, релігійних цінностей.

В. Воронін [72] зазначає, що звичне уявлення про діяльність лікаря-стоматолога як виконання суворо певної професійної ролі явно застаріло. Стоматологія перетворилася на особливий культурний комплекс, який включає і економіку, і менеджмент, і високі технології, і новітні психологічні методики, і багато іншого. Отже, роль стоматолога перестала бути вузько професійною, а перетворилася на соціальну. Цінним для нас виявилися погляди В. Вороніна [72] на питання про зміну конфігурації професійних ролей в медицині і обґрунтування ролі лікаря-стоматолога як соціальної, що включає декілька професійних ролей.

Автор обґрунтував структуру професійних ролей в стоматології, згідно якої існує набір професійних ролей: терапевт, хірург, ортопед, ортодонт, дитячий стоматолог, а також супідрядні їм професійні ролі лікаря стоматолога (гігієніст стоматологічний, зубний технік, медична сестра). Сама роль стоматолога як родова по відношенню до вказаних професійних, є і за своїм обсягом, і за своїм значенням, соціальною роллю.

Характеризуючи особливості професійної взаємодії сучасного стоматолога, варто зазначити, перш за все, її розмаїття. Лікарю доводиться взаємодіяти з пацієнтами, їх родичами і найближчим оточенням, і, звичайно

ж, з колегами, узгоджуючи дії, розподіляючи функції або впливаючи на настрої, поведінку, переконання співрозмовника. Суб'єктами взаємодії стоматолога також являються і керівники стоматологічних установ, працівники фірм, які займаються стоматологічним устаткуванням та ін. При цьому стоматолог виконує розмаїття функцій залежно від тієї ролі, яку він виконує. Так, Е. Акаєва [4], О. Басманова, Н. Морозова, І. Минаєва [23], О. Дехтярьова [96], Л. Касенова [135], А. Коробкова [157] та ін. зазначають, що в ситуації прийому лікар-стоматолог виконує ряд функцій: діагноста, психотерапевта, організатора, менеджера, лікаря, рекламного агента та ін., виконання яких в стислий термін за умови наявності високої відповідальності за якість і результат стоматологічних маніпуляцій, адресованих пацієнтові, може створювати стресогенне середовище. Залежно від реалізації тієї чи іншої функції лікарю-стоматологу необхідно надавати пріоритет певному типу комунікативного наміру: запит інформації, вираження думки (думок, порад), рекомендація, роз'яснення, вираз поінформованості (необізнаності), вираз нерішучості (сумніви, довід), аргументація, вираз інтересу, навіювання (переконання, підбадьорення), попередження, вираз співчуття, співпереживання, припущення, заспокоювання (завірення, намір, дозвіл), відмова у дозволі, похвала, вираження надії та ін. На цьому наполягають К. Беррі [30], Л. Богданова [35], С. Коваль [145], Н. Кудрява, О. Уколова [169; 170], М. Мусохранова [210] та ін.

Як зазначено у наукових працях (О. Алферова [7], Р. Витч [62], Н. Магазаник [197], А. Метса [204], М. Нарійчук [217], В. Сабурова [267], О. Уваркіна [302] та ін.) професійна взаємодія стоматологів характеризується відповідними типами, стилями й тактиками взаємодії.

Так, ураховуючи провідну мету професійної діяльності стоматолога, науковці [31; 35; 255; 328; 348; 349] виділяють кілька типів його спілкування з іншими суб'єктами процесу лікування (хворі, їхні родичі, медичний персонал) як основи їх професійної взаємодії, могутнього засобу впливу на моральний і психічний стан хворих та їх родичів, який є невід'ємною

частиною успішного лікування: *основне* (протікає під час виконання стоматологом своєї професійної діяльності (тобто в процесі лікування пацієнтів) і збігається з професійними діями лікарів у рамках розв'язуваних ними медичних завдань, при з'ясуванні анамнезу, в ході дослідження стану здоров'я хворого, його огляду, лікування, спостереження тощо), *допоміжне* (використовується в процесі супутнього лікування, при обміні інформацією з колегами щодо методів лікування, при ознайомленні з думкою інших фахівців-медиків з різних медичних питань, під час зустрічей і консультацій з родичами хворих; має характер окремих мовних дій (тобто періодичної вербальної взаємодії), *оказіональне* (супроводжує основну роботу стоматолога, наприклад, при виконанні хірургічних операцій мова допомагає виконувати необхідні фізичні дії, координувати поведінку учасників медичних маніпуляцій; воно уривчасте, впливає й тісно пов'язане з невербальними діями лікаря, становить єдине ціле з ними; репліки лікаря нерідко складаються з одного слова („Скальпель! ”) і *фатичне* спілкування (має своєю метою відвернути хворого від тривожних думок, страхів, переживань, пов'язаних з проведенням болючих процедур, оперативного втручання; покликане зняти нервову напругу у хворого; передбачає підбадьорювання партнерів, пацієнта, жартування, позитивно впливає на емоційну сферу пацієнта і сприяє кращому взаєморозумінню учасників процесу професійної діяльності) [34; 46; 89; 109; 120; 328]. Зрозуміло, що стоматолог з метою організації ефективної взаємодії має володіти всіма зазначеними типами спілкування, провідною метою якого є встановлення взаєморозуміння лікаря і пацієнта. Тому головна лікарська заповідь „Primum poli posere” по суті акумулює в собі базові цінності стоматолога, має поширюватися не лише на його власну лікарську практику, але й на практику взаємодії.

Щодо типів професійної взаємодії стоматологів, то найбільш поширеним І. Герасимович, Ю. Болдирев [81] вбачають дихотомічний розподіл: *кооперація* (взаємодія, за якої її суб'єкти досягають взаємної угоди

щодо переслідуваних цілей і прагнуть не порушувати її, доки збігаються їхні інтереси) і *конкуренція* (взаємодія, яка характеризується досягненням індивідуальних або групових цілей та інтересів в умовах протистояння між людьми). В обох випадках, як тип взаємодії (співробітництво чи суперництво), так і ступінь вираженості цієї взаємодії (успішна або менш успішна співпраця) визначають характер міжособистісних відносин в системі «стоматолог – пацієнт».

У процесі здійснення цих типів взаємодії, як правило, виявляються такі провідні стратегії поведінки: *співпраця* (спрямована на повне задоволення учасниками взаємодії своїх потреб (реалізується або мотив кооперації, або мотив конкуренції); *протидія* (передбачає орієнтацію на свої цілі без урахування цілей партнерів спілкування); *компроміс* (реалізується в приватному досягненні цілей партнерів заради умовної рівності); *поступливість* (передбачає жертвування власними інтересами для досягнення цілей партнера); *унікнення* (представляє собою відхід від контакту, втрату власних цілей для виключення виграшу іншого). І тут варто згадати про те, що сучасний стоматологічний прийом традиційно ведеться в „чотири руки”. Від сформованих взаємин між лікарем і його асистентом залежать не тільки емоційний настрій і підхід до справи, але і здоров’я пацієнта. На вагомість зазначеного вказували і М. Асимов, Ш. Марданова [18], В. Воронін [72], зазначаючи наявність рольової залежності в діяльності стоматолога (ортопед-стоматолог не може реалізувати свої функції без реалізації своїх рольових функцій зубним техніком).

Вагомою для дослідження стали погляди американського біоетика Роберта Витча [62], який виділив чотири моделі взаємодії в системі „лікар-пацієнт”, які цілком є дієвими і для стоматологів:

– *інженерна*. В рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря – виправлення відхилень у несправному фізіологічному механізмі з використанням таких методів діагностики, як біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші. Основним

недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу поваги прав і гідності особистості. Пацієнт не бере участі в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар дійсно взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і виконує чисто технічні функції. Етична некоректність відносини до пацієнта як до несправного механізму тут компенсується відповідальністю самого пацієнта за кінцеве прийняття рішень;

– *колегіальна*. У даній моделі відносини між медичним працівником і пацієнтом будуються на визнанні рівних прав обох сторін у прийнятті рішення щодо діагностики та лікування наявного захворювання. Пацієнт може в повній мірі використовувати своє право на вибір форм і обсягів впливу на стан свого здоров'я. Лікар і пацієнт бачать один в одному колега, які прагнуть до спільної мети – ліквідації хвороби та захисту здоров'я пацієнта. Саме в цій моделі довіра між лікарем і пацієнтом відіграє вирішальну роль. Колегіальні відносини в найбільшому ступені сприяють виконанню лікарем своїх обов'язків відповідно вимог біомедичної етики. На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Є найбільш ефективною при хронічних захворюваннях;

– *контрактна*. Взаємодія лікаря і пацієнта базується на принципах договору. Пацієнти укладають договір на медичне обслуговування з лікувальним закладом або через страхову компанію. Кожна сторона несе свої зобов'язання, і кожна досягає своєї вигоди. У відносинах, заснованих на контракті, лікар усвідомлює, що у випадках значимого вибору за пацієнтом має зберігатися свобода управляти своїм життям і долею. Якщо такі відносини для лікаря або пацієнта не є прийнятними, то контракт або розривається, або не укладається. У даній моделі відносини будуються на основі взаємної довіри. Якщо довіра втрачається, то і контракт розривається. За цією моделлю дотримуються принципи свободи, особистої гідності, чесності, виконання зобов'язань і справедливості;

– *пастирська (патерналістська)*. Поняття „патерналізм” (від лат. Pater – батько) означає такий тип взаємодії між людьми, за якого одна сторона виступає в ролі більш досвідченого, компетентного, того, хто піклується про благо іншого, а друга повністю приймає верховенство першої і безумовно підпорядковується їй. За такого типу міжособистісні відносини в системі „лікар-пацієнт” подібні відносинам священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного; базуються на любові, милосерді, турботі, благодіянні і справедливості, дотриманні морального принципу: „Надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди”. За такого підходу пацієнт повністю довіряє прийняття рішень щодо свого здоров’я лікарю, який в даний момент займається його проблемами зі здоров’ям. Ця модель залишається широко поширеною в сучасній медичній практиці в зв’язку з розмаїттям психологічних особливостей пацієнтів.

Медичний патерналізм передбачає, що лікар може спиратися лише на власні судження про потреби пацієнтів в лікуванні, інформуванні, консультуванні. Позиція патерналізму дозволяє виправдовувати примус пацієнтів, їх обман або приховування від них інформації на підставі того, що це робиться (з точки зору лікаря) в ім’я їх блага.

Нами було проведене опитування 125 пацієнтів трьох стоматологічних клінік м. Дніпропетровська, яким було запропоновано відповісти на такі питання: *Яку модель взаємин обирають пацієнти стоматологічної практики? Якої позиції вони дотримуються, будучи споживачами стоматологічних послуг?* Дані проведеного опитування свідчать, що пацієнти частіше обирають патерналістську модель (49 (39,2%) пацієнтів основну роль у лікувальному процесі віддають лікарю). Патерналістські настрої більшою мірою притаманні пацієнтам, поведінка яких формується на основі низького рівня компетентності в питаннях медицини, ціни і лікарських засобів. Проте, медичний патерналізм можна виправдати з погляду концепції лікарського гуманізму: ставлення до хворого з позиції милосердя, особливо тоді, коли хворий персоніфікує страждання,

безпорадність. 48 (38,4%) респондентам для прийняття рішення щодо лікування, необхідна допомога лікаря у вигляді поради або консультації (інтерпретаційна модель). При цьому автономія пацієнта полягає не лише у свободі вибору, але й розумінні аргументів на користь правильного вибору. 28 (22,4%) пацієнтів бажають самостійно обирати вид медичної допомоги та контролювати процес лікування. У цьому випадку реалізується інформаційна модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Отримані дані свідчать про наявність у пацієнтів високої довіри до лікаря-стоматолога, впевненості в його професійній компетентності, не дивлячись на те, що самі пацієнти все більше позиціонують себе як активних споживачів стоматологічних послуг.

В. Сабурова, аналізуючи зазначені моделі, вважає їх ідеальними конструкціями. Реальний вибір того чи іншого типу відносин визначається особливостями особистості лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги [267]. За умови урахування біографічного плану захворювання виокремлюють такі моделі взаємовідносин лікар – пацієнт: *відносини до пацієнта в гострому періоді захворювання* (хворі можуть бути пасивними учасниками взаємин лікар – пацієнт; основне завдання лікаря –вилікувати пацієнта і як можна швидше повернути до колишнього способу життя), *відносини до хронічних хворих* (їх спосіб життя змушує бути компетентними і створювати групи взаємодопомоги; основне завдання лікаря – реалізувати принцип рівноправності і взаєморозуміння у процесі лікування), *інвалідів* (інваліди можуть бути компетентними та некомпетентними щодо свого захворювання; завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, але не залишити прикутим тільки до свого ліжка або кімнати) і *вмираючих* (завдання лікаря – забезпечити знеболювання, догляд, моральну підтримку і гідне вмирання).

Розвиток нових медичних технологій, зміна характеру сучасної стоматології призвели до того, що на сьогодні пацієнт стоматологічних клінік прагне стати рівноправним суб'єктом взаємовідносин у системі охорони здоров'я та отримувати високоякісну стоматологічну допомогу, що

відповідає сучасним світовим стандартам, що стосуються не тільки технологічних нововведень і матеріалів, але і технологій соціальних взаємодій з медичним персоналом. Тому, лікар має вміти будувати взаємодію на основі конструктивного діалогу та полілогу. Слово стоматолога є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури й освіченості; воно здатне повернути пацієнтові втрачену гармонію з навколишнім світом. Даний аспект зазначено в роботах [121; 213].

Діалог з хворим – це бесіда обоєбічно зацікавлених людей, мета яких – перемогти недугу. Є двостороннім обміном інформації між стоматологом та пацієнтом у вигляді запитань і відповідей, коли репліка-стимул спонукає співрозмовника до відповіді або дії, а репліка-реакція лунає у відповідь. Так, завдяки постійній зміні ролей відбувається процес взаємодії. Основними ознаками діалогу визначено намір, цілеспрямованість, правила ведення розмови. Умовою його здійснення є безпосередній контакт співрозмовників, кожен з яких по чергово слухає, говорить. Діалог вимагає від лікаря певних зусиль, нервових витрат, адже треба залишатися доброзичливим, невимушеним, толерантним під час взаємодії із тривожним, виснаженим хворим, якого можуть відштовхнути або налякати навіть темп, висота звучання голосу стоматолога, інтонація, тембр голосу, вираз обличчя, жести. Лікар має правильно говорити про хворобу, презентувати інформацію так, щоб вона сприяла не погіршенню, а поліпшенню стану хворого. Для пацієнта все це є джерелом інформації, яку він потім прискіпливо аналізує, щоб винести вирок: довіряти чи ні (див. додаток В).

Крім зазначеного взаємодію стоматолога (як і будь-якого лікаря) і пацієнта можна назвати вимушеною, тому що основним мотивом зустрічі стає поява у одного з учасників взаємодії проблем зі здоров'ям. З боку лікаря „вимушеність” взаємодії обумовлена його професією. Якщо звернення пацієнта до стоматолога диктується пошуком допомоги, то зацікавленість лікаря в пацієнті пояснюється міркуваннями професійного обов'язку і зростання, а також матеріальним підкріпленням (заробітною платою).

Стоматолог, як правило, мотивований на зустріч з пацієнтом, оскільки від цього залежить його професійна кар'єра і положення в суспільстві. Інтерес учасників взаємодії з діагностичною або лікувальною метою формується, найчастіше, на негативному емоційному тлі, зумовленому тим, що приводом для зустрічі лікаря і пацієнта стає проблема зі здоров'ям.

Таким чином, взаємодія „стоматолог-пацієнт” („лікар-пацієнт”) здійснюється згідно з наступною схемою (див. рис. 1.2):

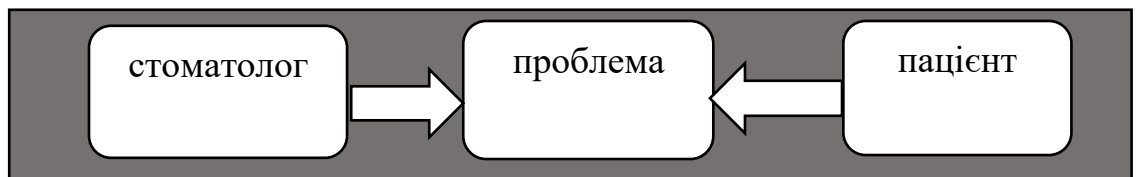


Рис. 1.2. Схема взаємодії «стоматолог – пацієнт»

Щодо стилів взаємодії, то цікавим для нас виявилось дослідження О. Кисельової [138], яка виділила індивідуальні стилі роботи лікарів-стоматологів і моделі взаємодій лікарів з дітьми в стоматологічних клініках різної форми власності. За результатами дослідження авторкою виявлено чотири стилі взаємодії: „позитивний”, „негативний”, „мовчазної майстерності”, „батоба і пряника”. Оптимальним для стоматології дитячого віку дослідниця вбачає „позитивний” стиль із середнім рівнем мовленнєвої активності лікаря.

Розглядаючи різні аспекти професійної взаємодії стоматологів не можна обійти питання щодо *тактик* (сукупність комунікативних прийомів, вибір та послідовність мовленнєвих актів на певному етапі взаємодії; становить одну або декілька мовленнєвих дій у межах обраних стратегій) і *стратегій* (когнітивний процес, „сукупність теоретичних ходів”; контроль і вибір дієвих ходів спілкування і гнучкої їх видозміни в конкретній ситуації, тобто оптимальна реалізація інтенцій мовця щодо досягнення конкретної мети спілкування), якими лікарі послуговуються у фаховій діяльності. Стратегії вирізняються „гнучкістю та динамікою”, зазнаючи постійних змін та доповнень у процесі взаємодії [34, с. 100]; вони підпорядковують тактику.

Аналіз наукових праць (О. Гайдаєнко [76], М. Лісовий [186], Г. Набродов, А. Филозоф [212], М. Нурматова [219]) показав, що вчені акцентують увагу на тому, що лікар-стоматолог має володіти різними стратегіями й тактиками взаємодії, які дозволяють планувати майбутню розмову, брати на себе ініціативу в бесіді, організовувати цілісний контакт, надавати взаємодії особистісного характеру, врегульовувати конфліктні ситуації, пропонувати спільні дії, а отже, ефективно впливати на об'єкт, на який спрямоване мовлення, наприклад, вдале привернення уваги, з'ясування і передача інформації, підтримання контакту, обговорення, узгодження, переконання, провокування, приведення до певного емоційного стану тощо. Під ефективним впливом під час взаємодії розуміють „досягнення запланованого регулятивного впливу – цілеспрямованого зрушення в системі орієнтирів адресата”, тобто досягнення комунікативних цілей спілкування [148]. Ззовні це виявляється у певній стратегії поведінки, тобто стратегії комунікативного регулювання професійної взаємодії, яка залежить від того, яку роль відіграє лікар-стоматолог, яка все частіше змінюється на роль консультанта, радника або компетентного експерта-професіонала, який допомагає пацієнтові прийняти остаточне рішення та інформує його про стан здоров'я, користь і можливий ризик можливих втручань [279].

Як окремий пласт можна виокремити наукові праці (К. Берри [30], О. Корж [156]), які акцентують на тому, що *характер професійної взаємодії визначається певними специфічними психологічними особливостями, які варто враховувати у процесі діяльності*: монотонність і необхідність роботи в замкнутому просторі з контингентом людей зазнають проблеми зі здоров'ям, відчують біль, негативно емоційно налаштовані, зазнають страх і тривогу; значні психоемоційні навантаження, постійні стресові ситуації, дефіцит часу й уваги; необхідність співпраці з пацієнтом, який, як правило, не володіє знаннями в галузі стоматології і не може в належній мірі адекватно оцінити процес, результат і прогноз стоматологічної допомоги; необхідність робити висновки за умови обмеженого обсягу інформації,

високої частотності й інтенсивності інформаційного пошуку.

Крім зазначеного, в діяльності лікаря-стоматолога не все визначається його професійними можливостями. Він часто стикається з необхідністю визнання того факту, що не все може змінити людина за власним бажанням. З іншого боку, лікар-стоматолог змушений швидко і самостійно приймати рішення, брати на себе відповідальність і віддавати собі звіт в тому, що його професійні дії можуть мати далекосяжні наслідки для пацієнта.

Організація стоматологом професійної взаємодії має урахувати оновлену свідомість сучасного пацієнта, в якій виникли нові образи стоматологічних послуг, моделі відносин лікаря і пацієнта, етичних та естетичних аспектів стоматологічної практики, яка відповідає всім новітнім тенденціям сучасного суспільства. А отже, він мотивований на реалізацію свого права отримати високий рівень обслуговування і сучасного стоматологічного сервісу. Тому, під час організації взаємодії лікарю доводиться урахувати основні мотиви, які спонукають хворого до взаємодії саме з цим стоматологом, якою має бути усвідомлена чи підсвідома потреба в пораді, заспокоєнні, консультації, соціальному спілкуванні й, нарешті, природна потреба виговоритись і тим самим полегшити свій душевний стан. Зважаючи на зазначене, взаємовідносини з пацієнтом мають будуватися залежно від його віку, професії, загального культурного рівня, характеру, настрою, тяжкості та особливостей захворювання. Всі заходи щодо лікування хворого та догляду за ним мають здійснюватися спокійно, чітко, охайно, не дратуючи його, не причиняючи йому болі, ні в якому разі не принижуючи його людської гідності. Потрібно враховувати зазвичай властиве пацієнтам відчуття незручності, досади в зв'язку зі своєю неспроможністю та залежністю.

На підставі аналізу праць [126; 293; 305; 326; 332; 340 та ін.], з'ясовано, що важливою умовою встановлення взаєморозуміння між стоматологом та пацієнтом є *відчуття підтримки*. Якщо хворий усвідомлює, що лікар налаштований допомагати, то він активніше буде брати участь у процесі

лікування. Якщо лікар виявляє розуміння, людина впевнена, що її скарги почуті та зафіксовані лікарем. *Повага* – це ще одна із особливих умов взаєморозуміння, вона передбачає визнання цінності людини як особистості. Особливо важливо розуміти це під час збору анамнезу. Ключем до встановлення співробітництва з пацієнтом є *співчуття*. Треба зуміти поставити себе на місце хворого та подивитися на світ його очима. Важливо розуміти та враховувати внутрішню картину захворювання – все, що відчуває та переживає пацієнт.

Ефективність діяльності стоматолога залежить переважно від задоволеності пацієнта наданою послугою і сприятливого враження від процесу взаємодії з лікарем – запоруки встановлення довготривалих відносин.

Спілкуючись з пацієнтом, лікар як педагог найбільш повно реалізує принцип „зцілення через осмислення” та відоме всім клініцистам поняття, що хворого потрібно не тільки лікувати, але й навчати та виховувати. Значення педагогічної психотерапії було докладно описано в працях В. Бехтерева та В. М’ясищева.

Аналіз наукових праць дозволив виявити, що дослідники зазначають, що найпоширенішими *причинами непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта* є: неправильний початок розмови, недостатнє її структурування, невірне закінчення бесіди, відсутність уміння говорити влучно, точно й коротко, нездатність активно слухати, незрозуміла манера говоріння, невідповідність умов бесіди оптимальним, нечітка дикція, неврахування інформації про індивідуальність пацієнта, використання узагальнень, регламентування замість мотивування, допущення фраз, блокуючих розмову, невикористання фраз, що сприяють розвитку бесіди; невміння лікаря враховувати індивідуальні психологічні особливості пацієнтів, їх внутрішній стан під час хвороби та ін. Так, Г. Носачев, В. Павлов [217], Г. Микиртичан, А. Лихтшангоф [207], Т. Стефан [291] зазначають, що якщо у пацієнта є психовегетативні порушення, соматичні захворювання, а також знижений

рівень загальної культури, це може призвести в певних ситуаціях до виникнення конфліктів між пацієнтом і медичним персоналом, які можуть виникати як до проведеного лікування (під час реєстрації з адміністратором клініки), так і в процесі лікування та реабілітаційного періоду.

У процесі лікування можуть відбуватися конфлікти з різних причин. Конфліктогенним слід визнати і процес постановки діагнозу і вибору методу лікування, коли конфліктна ситуація зароджується в процесі інформування пацієнта про стан його здоров'я, необхідність проведення конкретних процедур і маніпуляцій, під час отримання згоди пацієнта на лікування. Фінансове питання також може стати об'єктивною причиною конфлікту між пацієнтом і лікарем або пацієнтом і адміністрацією стоматологічної поліклініки, якщо на об'єктивну причину впливає суб'єктивний фактор: недомовленість при інформуванні пацієнта про вартість тих чи інших проведених маніпуляцій, або відсутність довіри до лікаря в питаннях реальної вартості наданих стоматологічних послуг.

Підсумовуючи, зазначимо, що на підставі аналізу наукових розвідок вчених охарактеризовано особливості професійної взаємодії сучасного стоматолога, яка відрізняється розмаїттям суб'єктів, функцій, вимушеним характером; встановлено основні типи (кооперація, конкуренція), моделі взаємодії (інженерна, колегіальна, контрактна, патерналістська) як ідеальні конструкції, стилі, тактики й технології професійної взаємодії в діяльності стоматолога; розкрито типи спілкування з суб'єктами процесу лікування (основний, допоміжний, оказіональний, фатичний), акцентовано на провідних стратегіях поведінки стоматолога (співпраця, протидія, компроміс, поступливість, уникнення).

Обґрунтовано необхідність побудови стоматологом взаємодії на основі конструктивного діалогу та полілогу, умови їх здійснення; показано доцільність послугування різними стратегіями й тактиками взаємодії, які дозволяють планувати майбутню розмову, брати на себе ініціативу в бесіді, організовувати цілісний контакт, надавати взаємодії особистісного характеру,

врегулювати конфліктні ситуації, пропонувати спільні дії.

Виявлено психологічні особливості професійної взаємодії, які варто враховувати у процесі діяльності: монотонність і необхідність роботи в замкнутому просторі з контингентом людей, які мають проблеми зі здоров'ям, відчують біль, негативно емоційно налаштовані, зазнають страх і тривогу, значні психоемоційні навантаження, постійні стресові ситуації, дефіцит часу й уваги; причини непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта.

Дані наробки є засадничими для обґрунтування сутності й структури готовності майбутніх стоматологів до здійснення професійної взаємодії та технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії методами інтерактивного навчання.

1.3. Компонентно-структурний аналіз феномену „готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії”

Вирішення завдань дослідження неможливе без дослідження структури сутності готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Вивченню питання щодо сутності й структури готовності до професійної взаємодії присвячено роботи А. Деркач, О. Дишко, О. Коробкової, С. Поплавської, О. Яковлевої та інших науковців. Вони акцентують увагу на тому, що як багатовимірне та багатокомпонентне явище, готовність до професійної взаємодії має складну структуру.

Так, А. Деркач в структурі такої готовності виділяє пізнавальний, емоційний та мотиваційний компоненти [99].

О. Дишко у структурі вищезазначеної готовності виокремлює такі компоненти: мотиваційно-ціннісний (позитивне ставлення до взаємодії, прагнення до взаємодії, прийняття суб'єкта взаємодії як партнера у вирішенні проблем, прагнення зрозуміти ситуацію та поведінку колеги,

прагнення віднаходити у партнера позитивні якості та орієнтуватися на них у налагодженні співпраці); когнітивно-операційний (знання про взаємодію, форми її організації, прагнення до самопізнання та саморозвитку, вміння спілкуватися, рефлексивні вміння, прийняття інших); особистісний (автономність, інтернальність, адекватна самооцінка, емпатійні здібності, соціальний інтелект); регуляційний (емоційна стійкість, урівноваженість, здатність до саморегуляції та самоорганізації, цілеспрямованість, наполегливість) [101; 102].

Готовність до професійної взаємодії О. Яковлева презентує як єдність компонентів: когнітивного (спрямованість на взаємодію, система знань про професійну взаємодію, її ефективну організацію, знання про способи оцінювання суб'єктної взаємодії і уявлення про образ професії), поведінкового (володіння комунікативними і організаторськими вміннями у взаємодії і рефлексивні вміння) й емоційного (володіння емпатією, емоційно-ціннісним ставленням до учня, взаємодії з ним, педагогічної діяльності в цілому, здатністю до глибокого проникнення в суб'єктивний світ інших, адаптацією суб'єктивного сприйняття до сприйняття іншої людини з метою досягнення більшого розуміння) [354].

О. Коробкова зазначає, що готовність майбутніх педагогів до особистісно-орієнтованого професійної взаємодії складається з двох базових компонентів: діяльнісного і психологічного. Структура діяльнісної готовності складається з комунікативних, поведінкових і гностичних умінь, а психологічної – з організаційно-особистісного, мотиваційно-ціннісного, когнітивно-оцінного, емоційно-чуттєвого та соціально-перцептивного компонентів, що є динамічними утвореннями [158].

С. Поплавська [242] на основі аналізу структури та головних характеристик готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії виокремила такі головні компоненти цієї готовності: мотиваційно-ціннісний, який дає змогу описати мотивацію до формування готовності до комунікативної взаємодії, а також аксіологічні характеристики

комунікативної взаємодії у діяльності медичного працівника; емоційно-почуттєвий, в якому відображено емоційний розвиток особистості студента медичного коледжу в процесі формування готовності до комунікативної взаємодії; конкретно-практичний, який вміщує систему комунікативних знань, умінь та навичок студентів медичних коледжів, що забезпечують формування готовності до комунікативної взаємодії в професійній діяльності медичного працівника; оцінно-рефлексивний компонент, розвиток якого дає можливість студенту медичного коледжу адекватно оцінити рівень сформованості готовності до комунікативної взаємодії та розвивати навички самовдосконалення у досліджуваній сфері.

За підсумками аналізу праць дослідників зазначимо, що, незважаючи на відмінності у поглядах на структуру готовності до професійної взаємодії, переважна більшість авторів акцентують увагу на таких її компонентах: мотиваційний, когнітивний, операційний, особистісний, рефлексивний.

На підставі проведеного аналізу виокремлено такі структурні компоненти готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії: **мотиваційний, когнітивний, операційний, особистісний.**

У зв'язку із зазначеним, готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії може бути представлена у вигляді функції: $\text{ГПВ} = f(\text{ГПВ}_m, \text{ГПВ}_k, \text{ГПВ}_o, \text{ГПВ}_s)$, де: ГПВ – готовність до професійної взаємодії; ГПВ_m , ГПВ_k , ГПВ_o , ГПВ_s – окремі параметри цієї інтегральної характеристики: відповідно мотиваційний, когнітивний, операційний, особистісний компоненти. Упевнені, що лише у сукупності зазначені компоненти можуть забезпечити високий рівень готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії. У дослідженні нами розроблено відповідні критерії та їх показники за кожним компонентом, обґрунтовано рівні їх сформованості.

Зупинимося на структурному аналізі феномену „готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії” (рис. 1.3).

Мотиваційний компонент. Даний компонент відображає систему

мотивів, ціннісних орієнтацій і смислових установок фахівця, які визначають загальну спрямованість професійного спілкування, характер та успішність взаємодії з партнерами.

Мотивація – процес спонукання людини до здійснення тих чи інших дій, вчинків, який є складним актом, що вимагає аналізу й оцінки альтернатив вибору та прийняття рішень; об'єднання рушійних сил поведінки (інтересів, ідеалів, цілей), які детермінують діяльність. Не можемо обійти погляди Н. Волкової, яка стверджує, що механізмом, який забезпечує реалізацію потреби особистості, є мотивація діяльності. „Мотиви („мотор діяльності”, як суб'єктивна емоційна зацікавленість людини, виконують специфічну для особистості спонукальну функцію” [68, с.162].

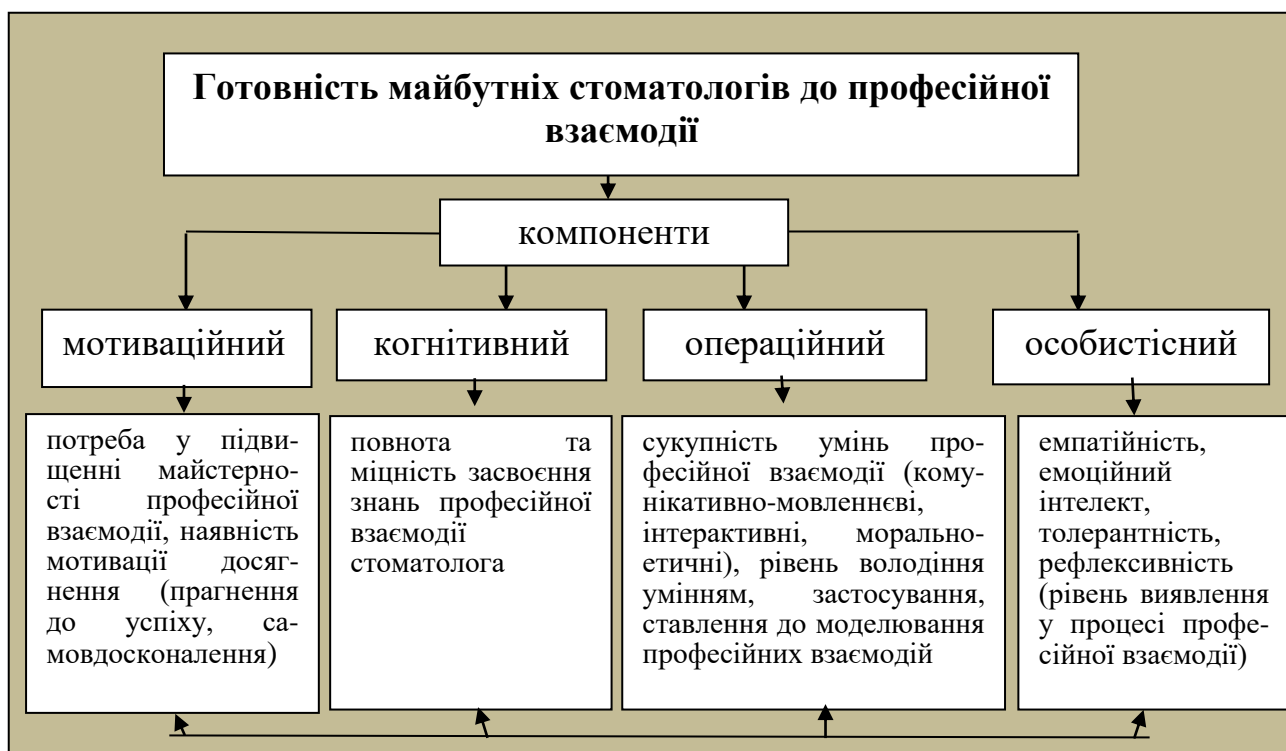


Рис. 1.3. Структура готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії

На вагомості мотивації акцентує Л. Лимар, зазначаючи, що „від того, які саме характеристики переважають при виборі професії: матеріальна зацікавленість, прагнення укріпити свій соціальний статус, бажання самостверджуватися та впливати на інших людей, наукові інтереси або ж

альтруїстичні тенденції, залежить, наскільки сумлінно буде майбутній спеціаліст виконувати свої обов'язки”.

І далі автором зроблено роз'яснення, що присутність альтруїстичних тенденцій обумовлює подальше спрямування дій майбутнього спеціаліста на результативну взаємодію з пацієнтом ... При переважанні матеріально-соціальних стимулів у лікаря немає внутрішньої мотивації до процесу якісного лікування, відсутня емпатія, можливе невдоволення своєю роботою, що може призвести до внутрішнього напруження, що, в свою чергу, може провокувати стани напруження та провокації конфліктів [187, с. 367]. Отже без сформованої мотивації на результативну взаємодію з пацієнтом, колегами неможливо розраховувати на ефективність як професійної взаємодії стоматолога, так і його діяльності в цілому.

Однією із складових загальної мотивації є мотивація досягнення, вивченню якої присвятили свої дослідження Дж. Аткинсон, Д. Мак-Клелланд [376], В. Козаков, М. Артюшина, О. Котикова [254], Х. Хекхаузен та ін.

Мотивація досягнень є „рушієм розвитку людини, тим чинником, що зумовлює прагнення особистості розвиватися і вдосконалювати себе, свої вміння і навички” [289, с. 149]; формою прояву потреби в досягненнях (прагненні особистості покращувати результати своєї діяльності, вдосконалювати вміння та здібності, ставити все більш складні цілі, отримувати творчі результати). Вона пов'язана з потребами людини „досягати успіху в поставлених завданнях, в будь-якій діяльності, а також уникати всіляких невдач” (Т. Елерс) [254, с. 252].

Дж. Аткинсон акцентував на мотиві досягнення як одному з найпотужніших рушіїв поведінки людини. Він пов'язаний з рівнем домагань суб'єкта й полягає у прагненні до успіху, підвищенні рівня власних можливостей, самовираженні та самоактуалізації. Х. Хекхаузен, розвиваючи позиції Дж. Аткинсона, стверджує, що найбільш результативним і ефективним є пояснення поведінки з точки зору взаємодії особистісних диспозицій та ситуативних детермінант. В такому випадку найчастіше

результатом цього процесу є мотив.

Дану думку поділяє В. Стасюк, акцентуючи на тому, що мотиви досягнення успіху стимулюють людину до досягнення позитивного результату [289]. Мотивація на невдачу відноситься до негативної мотивації.

Д. Мак-Клелланд виокремив особливості, притаманні людям з високим рівнем розвитку „мотиву на досягнення”: несхильність надмірно ризикувати, вміння ставити перед собою виважені, помірковані цілі; надання переваги таким ситуаціям, коли відповідальність за їх подолання лежить особисто на них, а успіх при цьому залежить, переважно, від особистих зусиль і здібностей; погляд на результат як засіб, на підставі якого можна коригувати поведінку з метою надання їй більшої ефективності і досягнення більш високих результатів [376].

На підставі узагальнення поглядів вітчизняних та зарубіжних дослідників виявлено наявність певного співвідношення між мотивом та мотивацією досягнення як умови підвищення процесу учіння (рис. 1.4).

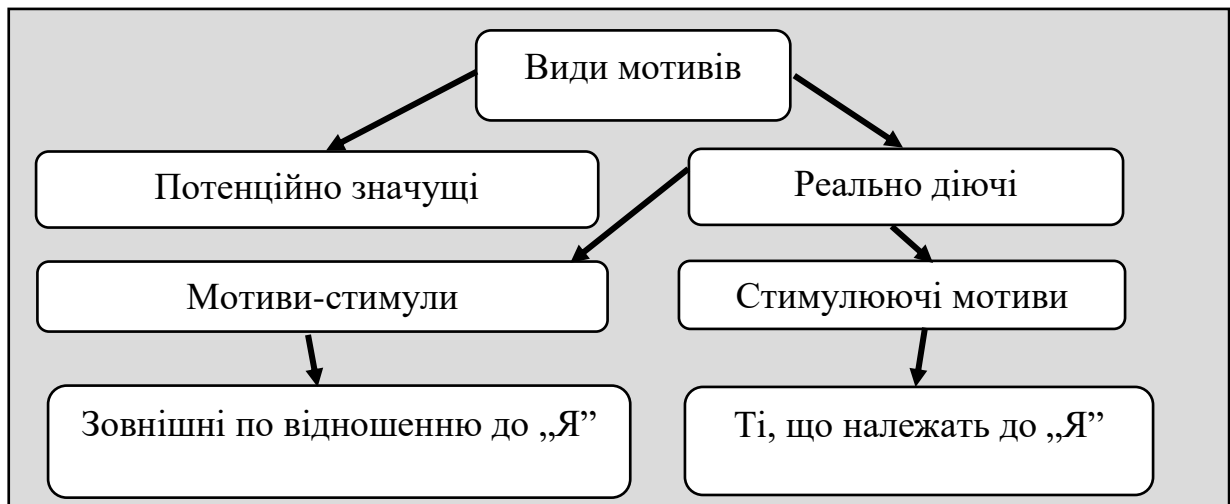


Рис. 1.4. Співвідношення мотиву і мотивації досягнення як умова підвищення ефективності процесу учіння

Показниками мотиваційного критерію обрано: потребу особистості у підвищенні майстерності професійної взаємодії; наявність мотивації досягнення (прагнення до успіху, самовдосконалення).

Базуючись на виокремлених показниках визначено три *рівні*

сформованості мотиваційного критерію готовності майбутніх лікарів до професійної взаємодії.

Високий. Студенти мають яскраво виражену потребу в оволодінні майстерністю професійної взаємодії, вони наполегливі у досягненні своїх цілей.

Достатній. У майбутніх фахівців є певна потреба у майстерному здійсненні професійної взаємодії; вони потребують спонукання до постановки особистих цілей, самоосвіти.

Низький. Студенти мають епізодичні потреби в набутті знань щодо професійної взаємодії, проте бажання виникають під впливом обставин, щоб отримати схвалення, мати повагу збоку оточуючих; вони постійно потребують спонукання до постановки особистих цілей, саморозвитку особистісних якостей, самоосвіти.

Когнітивний критерій. Визначаючи когнітивний компонент урахували погляди М. Драгобецького [107], Е. Дегтярьової [96], О. Кисельової [138], А. Коробкової [157], які акцентували увагу на тому, що передумовами успішної професійної взаємодії стоматолога є знання ним основних принципів психології лікування, типів і форм поведінки стоматолога, психологічних особливостей професійної взаємодії стоматолога, специфіки роботи з різними типами клієнтів та ін.

А. Кіпіані [139] наполягає на необхідності наявності у стоматолога певних психологічних знань (про типи особистості, способи переживання і реагування на стрес у різних людей залежно від типу темпераменту, про специфіку зв'язку між типами статури і особливостями психічного складу особистості та ін.), інформації про стратегії встановлення контакту, техніки слухання, невербальну мову комунікації. Дану думку підтверджують О. Уваркіна [301; 302], М. Лісовий [186].

Здійснюючи психологічний аналіз комунікативної компетентності майбутнього лікаря, Л. Урванцев, Л. Васильєва [306] акцентують на необхідності володіння майбутніми стоматологами знаннями моделей

організації взаємодії в системі „стоматолог – пацієнт”, індивідуальних особливостей пацієнтів, враховуючи те, як хвороба впливає на зміни психіки людини. Автори зазначають, що одне й те саме захворювання впливає по-різному на внутрішній світ пацієнтів, на міжособистісні стосунки. Відсутність такої інформації в лікаря, його байдуже ставлення до можливих змін у психічному житті пацієнта часто зводить лікувальні зусилля до нуля.

С. Коваль [145] наполягає на тому, що майбутній стоматолог має володіти знаннями про мистецтво переконувати клієнтів, створення позитивного емоційного фону взаємодії, принцип довіри, орієнтації на довгострокові відносини.

Н. Дьоміна [98] доводить, що майбутні стоматологи повинні володіти знаннями емоційно-особистісних особливостей пацієнтів, комунікативними стратегіями і тактиками, оскільки саме ці стратегії й тактики становлять основу комунікативного змісту навчання професійно орієнтованого діалогічного мовлення. Учені (Г. Золотухін, Н. Литвиненко), розуміють під комунікативною стратегією: а) завдання мовця чи його головну інтенцію (макроінтенцію); б) сукупність мовленнєвих дій, спрямованих на розв’язання загального комунікативного завдання [121, с. 54–60].

Ураховували погляди Т. Тихонової, яка довела необхідність оволодіння майбутніми стоматологами комплексом знань, норм, цінностей, навичок, мотивів, зразків поведінки, прийнятих у професійному співтоваристві, і вміння органічно, природно, невимушено реалізовувати їх у спілкуванні, контролювати і регулювати різні види комунікацій і поведінку, грамотно аргументувати свою позицію, продуктивно співпрацювати за допомогою вербальних і невербальних засобів спілкування у процесі вирішення професійних завдань [299].

Спираючись на вищезазначене, когнітивний компонент передбачає глибоке усвідомлення майбутніми стоматологами ролі професійної взаємодії, сутності, видів, функцій взаємодії лікаря-стоматолога; стилів, тактик й стратегій професійної взаємодії; принципів взаємодії клієнта і стоматолога,

асистента і стоматолога; особливостей встановлення тандему стоматолога та асистента; особливостей складних, конфліктних взаємовідносин між стоматологом і клієнтом (асистентом, керівником, колегою); бар'єрів професійної взаємодії. Вони мають володіти основами формування індивідуального стилю і питаннями щодо професійної деформації; видами, особливостями вербальних та невербальних засобів здійснення професійної взаємодії; механізмами привертання уваги й переконання клієнтів; технологіями вирішення складних ситуацій у взаєминах; деонтологічних норм взаємодії; знаннями бар'єрів професійної взаємодії, типології бар'єрів професійної взаємодії; стратегій запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії; особливостями використання комп'ютерних мереж у професійній діяльності стоматолога, взаємодії у мережі та ін.

Показниками когнітивного критерію готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії визначено *повнота та міцність засвоєння знань* професійної взаємодії стоматолога, особливостей взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), деонтологічних норм, бар'єрів взаємодії, типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми.

Спираючись на виокремлені показники нами виділено рівні сформованості когнітивного критерію готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Високий. Студенти мають глибокі та дієві знання щодо сутності, особливостей професійної взаємодії стоматологів, стійкі сформовані погляди на особливості взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), бар'єри взаємодії, типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми.

Достатній. Вони мають певні ускладнення у виборі правильних стратегій й технологій взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), подолання бар'єрів взаємодії, вибору оптимальних типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми.

Низький. Характеризується наявністю значних ускладнень студентів у виборі правильних стратегій й технологій взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), подоланні бар'єрів взаємодії, виборі оптимальних типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми.

Операційний критерій. Основу даного критерію становить „сукупність умінь професійної взаємодії”.

Аналіз наукових праць засвідчив, що дослідники по-різному підходять до тлумачення умінь професійної взаємодії, визначаючи їх як: „способи взаємодії особистості під час здійснення професійної діяльності на основі набутих знань про спілкування” [158, с. 19]; „здатність точно, правильно та швидко, відповідно до поставленої мети та умов, виконувати будь-яку дію, використовуючи доцільні засоби та способи виконання діяльності” [35, с. 62].

А. Арасланова зазначає, що уміння взаємодії медичного працівника є способами комунікативної діяльності, які базуються на їх глибокій теоретичній, практичній і технологічній підготовці [16].

Уміння професійної взаємодії майбутніх стоматологів – здатність майбутніх лікарів регулювати відносини співпраці у професійній діяльності, визначати пріоритети ділової поведінки, продукувати оптимальні рішення професійних проблем відповідно комунікативних та деонтологічних норм, обґрунтовано будувати ділові комунікації з пацієнтами, колегами, що сприяє ефективності вирішення професійних завдань. Вони дозволяють майбутнім стоматологам творчо використовувати знання з теорії та практики професійної взаємодії під час виконання стоматологічної діяльності, здійснення професійної взаємодії з пацієнтами, колегами тощо. У зв'язку з цим можемо констатувати, що вміння професійної взаємодії концентрують здобутки особистості у процесі навчальної, практичної, професійно спрямованої, комунікативної діяльності. Крім зазначеного вони одночасно розвиваються під впливом вказаних видів діяльності.

З'ясування сукупності умінь професійної взаємодії майбутніх

стоматологів зумовило потребу здійснити аналіз наукових праць, в яких презентуються думки знавців лікарської, зокрема стоматологічної справи щодо комунікативних умінь, умінь здійснювати різновиди взаємодії, якими мають володіти медичні працівники.

Так, А. Берестова [29] зазначає, що студент фармацевтичного профілю має оволодіти такими вміннями як: послуговуватися спеціальною термінологією, яка підтверджуватиме його наукову свідомість; знаходити, відбирати та аналізувати необхідну інформацію; інформувати про ті чи інші зміни у галузі фармації та робити власні висновки; вести бесіду та налагоджувати стосунки з партнерами, пацієнтами, хворими, які свідчитимуть про його професіоналізм та високий фаховий рівень.

Важливим вважаємо погляд Г. Волкової, О. Пашко [65]. На думку дослідників майбутні фармацевти повинні вміти: прогнозувати процес комунікації відносно оптимального виду власної комунікативної поведінки для досягнення мети спілкування і будувати своє мовлення відповідно до запланованого комунікативного ефекту та професійного результату; вести ділову бесіду; дотримуватися норм мовленнєвого етикету; спілкуватися невербально.

Уважаємо доцільним враховувати таких дослідників як М. Горай [88], Н. Деминої [98], В. Кіпіані [139], Ю. Кузнецової [172], А. Пришляк, В. Зевако [248], І. Ратушняк [257] та ін., які зазначають, що лікарі-стоматологи під час реалізації професійних функцій, здійснення розмаїття взаємодій, мають володіти такими комунікативними вміннями: уміння вести бесіду, враховувати індивідуальні психологічні особливості пацієнтів, керувати своїм психічним станом, долати психологічні бар'єри, виявляти співчуття, проникати у внутрішній світ пацієнта, вислухати, дати пораду [248]; уміння сприймати комунікативні сигнали (уміння слухати, уміння сприймати невербальні комунікативні сигнали) та уміння виробляти комунікативні сигнали (уміння говорити, уміння застосовувати невербальні засоби комунікації) [98]; уміння донести до клієнта суть його проблеми і показати

варіанти її вирішення; знайти індивідуальний спосіб звернення; володіння фразеологізмами, що мають підтримуючий сенс [139]; чути іншу людину, виражати свої думки і почуття, регулювати емоційне напруження у взаємодії з іншими людьми [88]; слухати партнера; вміння налаштовуватися на партнерство у спілкуванні; визнання прав партнера на власну точку зору та її захист; готовність подивитися на предмет спілкування з позиції партнерства [172]; володіння нормами літературної мови, фаховою навчально-науковою термінологією і стандартизованими мовленнєвими конструкціями медичної галузі, здатність використовувати мовні засоби відповідно до мети й ситуації спілкування [257]; вільне володіння мовою за будь-яких ситуацій спілкування, вміння заспокоїти, переконати тощо [213].

Ю. Юсеф стверджує, що лікар-стоматолог має володіти вміннями організувати та реалізувати ефективне спілкування з пацієнтом, його родичами, колегами; керувати своїм психічним станом і долати психологічні бар'єри; розуміти та враховувати індивідуально-психологічні особливості пацієнта; мати розвинуту здатність до емпатії та рефлексії [348; 349]. Гірко бачити, якщо стоматолог нехтує бесідою з пацієнтом, стаючи сліпим заручником лабораторно-інструментальної діагностики або безвольним виконавцем схем лікування і директив, спущених зверху. Мистецтво бесіди з хворим, вміння вести з пацієнтом діалог вимагає не тільки бажання стоматолога, а й, певною мірою, таланту. Він має вміти не лише слухати, а й чути пацієнта.

На думку Г. Рузін, стоматолог має вміти керувати своєю поведінкою, адекватно орієнтуватися в численних комунікативних ситуаціях, володіти уміннями соціальної перцепції, уміннями „подавати” себе у спілкуванні, оптимально будувати своє мовлення у психічному плані, тобто вміння мовленнєвого й немовленнєвого контакту з людиною [265].

Цікавими стали думки С. Шиліної, яка зазначила, що лікарі під час стоматологічної практики мають включати в образ своїх професійних обов'язків соціо-психологічну складову, рефлексувати етичні аспекти своєї

поведінки, вміти конструктивно вирішувати конфлікти і володіти способами профілактики конфліктних ситуацій [344].

На думку Б. Любан-Плоцци, ефективність взаємодії залежить від уміння лікаря встановлювати контакт із пацієнтом, у процесі якого хворий переконується в можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою, від здатності створювати терапевтичний клімат, виявляючи щирість, встановлюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики й реабілітації [195; 196].

У контексті дослідження також представляють інтерес погляди В. Бойка [40; 41], Т. Шарової [340], С. Шиліної [344], які звернули увагу на такі комунікативні уміння стоматологів: встановлювати й підтримувати психологічний контакт; розуміти внутрішній світ співрозмовника, його особливості, мотиви, наявний психічний стан; професійно будувати питання та конкретно відповідати на них, володіти стилями поведінки в конфліктній ситуації; бути наполегливим і принциповим у відстоюванні прийнятих рішень. Крім того дослідники зазначають, що лікар-стоматолог має вміти сприймати, відтворювати та готувати наукові фахові тексти, володіти прийомами написання і виголошення публічного виступу, вміти вести, підтримувати ділову розмову.

Ефективність професійної взаємодії стоматолога обумовлена й тим, наскільки він вміє слухати, що дозволяє концентрувати увагу, сприймати, осмислювати, розуміти, запам'ятовувати інформацію співрозмовника, тобто правильно розуміти слова й почуття комунікатора, зосереджуватися на обговорюваній проблемі, виражати заохочувальне ставлення до партнера. Сформованість цього уміння забезпечує отримання лікарем-стоматологом вичерпної і точної інформації, надає можливість виявити та усвідомити проблему пацієнта, створити спільне інформаційне поле, налагодити відверті стосунки і взаєморозуміння у процесі професійної комунікації.

Для досягнення взаєморозуміння зі співрозмовником велике значення

також має сприймання та розуміння невербальних комунікативних сигналів, які, взаємодіючи один з одним, та з вербальними повідомленнями, доповнюють, підсилюють, змінюють або замінюють їх зміст [227].

На погляд науковців, зовнішній вигляд лікаря відноситься до числа найбільш значущих суб'єктивних цінностей, що підсилює інтенсивність переживань, пов'язаних зі стоматологічними проблемами. Даний факт підтверджено результатами опитування 125 пацієнтів стоматологічних клінік м. Дніпропетровська, яке було проведено студентами. Так, неохайний вигляд лікаря-стоматолога значно впливає на ставлення до нього пацієнта, як до кваліфікованого фахівця для 90% пацієнтів у державних і 86% в приватних поліклінік. Для більшості респондентів причиною вибору лікуючого лікаря-стоматолога (як у державних, так і в приватних поліклініках) є вміння лікаря спілкуватися з пацієнтами під час лікування. Як для пацієнтів державних, так і для пацієнтів приватних клінік важливим є шанобливе ставлення персоналу клініки та адміністратора для створення сприятливої атмосфери до початку лікування (для 50% пацієнтів в приватних і 84% респондентів у державних лікарнях). Дослідження також показало, що характер взаємин лікаря-стоматолога і пацієнта залежить від уміння лікарів управляти лікувальним і терапевтичним процесом. На це вказали пацієнти в державних (82%) та у приватних (76%) лікарнях.

Фахівці з медичної деонтології в стоматології зазначають, що „лікування має містити елементи психотерапії, які входять у загальнотерапевтичний комплекс настільки органічно, що практично не можна розмежувати, коли закінчується цілюща дія ліків і починається цілющий вплив психологічного фактора” [213]. Правильно побудований діалог в системі „лікар – пацієнт” має послабити або придушити всі думки й негативні емоції, вселити або зміцнити віру у видужання, переконати пацієнта в ефективності лікарських засобів тощо (див. додаток М).

В. Волков, А. Стреліс, Є. Кароваєва та ін. вважають, що для профілактики ризику і помилок лікар повинен дотримуватись низки деонтоло-

гічних правил: вміти постійно й уважно доглядати за хворим, виявляти раціональну обережність: дотримання принципу “не нашкодь”, бути здатним швидко приймати рішення в складних ситуаціях (ризик в інтересах хворого), добросовісно виконувати професійні обов’язки [70, с. 94-95].

Отже, дослідники по-різному визначають уміння професійної взаємодії стоматологів. Дані напрацювання нами ураховано під час виокремлення умінь професійної взаємодії стоматологів.

З урахуванням поглядів дослідників, які займалися проблемами професійного спілкування, взаємодії майбутніх лікарів, зокрема стоматологів ([340], [344], [274], [293], [326], [332]), авторів навчальних посібників ([1], [141], [153], [89], [347], [213], [255]), які розкривають психологічні, деонтологічні, етичні питання діяльності лікарів, нами визначено такі основні групи умінь професійної взаємодії: **комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні** (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Групи умінь професійної взаємодії, їх складові та критерії

Групи умінь професійної взаємодії	Критерії оцінки умінь професійної взаємодії
Мовленнєві	володіння фаховою термінологією і стандартизованими мовленнєвими конструкціями медичної галузі
	постановка цілей, вибір змісту, засобів комунікації під час професійної взаємодії
	здатність використовувати мовні засоби відповідно до мети й ситуації спілкування
	планування та добір доречно поставлених запитань, реплік
	володіння оптимальним темпом мовлення, належним використанням пауз та логічних наголосів у повідомленнях
	володіння культурою мовлення, яка передбачає змістовність, доречність, точність, логічність і послідовність, правильність і чистоту, різноманітність, виразність мовлення
	володіння голосом, тобто уміння змінювати тональність, силу, ритм і гучність голосу відповідно до мети та умов комунікації

	розуміння невербальних комунікативних сигналів
Інтерактивні	добір методів впливу (особистий приклад, пояснення, переконання, прохання, звернення тощо) на суб'єктів професійної взаємодії
	підтримання зворотного зв'язку під час взаємодії, володіння увагою – внутрішньою, зовнішньою
	здійснення самоконтролю, саморегуляції за будь-якої ситуації
	коригування чи зміна за необхідності комунікативної поведінки
	встановлення контакту із пацієнтом
	врегулювання конфліктних ситуацій
	уважне спостереження за невербальними реакціями партнера
	аналіз та адекватне оцінювання власної комунікативної діяльності у ході професійної взаємодії
Морально-етичні	керування принципами та правилами професійної етики й ділового етикету
	усвідомлення власних моральних помилок і шляхів їх виправлення
	встановлення толерантних відносин під час професійної взаємодії
	створення терапевтичного клімату
	демонстрація готовності та бажання вислухати співрозмовника
	розуміння ставлення співрозмовника до того, що він розповідає, і до самої ситуації спілкування
	демонстрація розуміння почуттів іншого
	співпереживання стану хворого
знаходження необхідних для моральної підтримки хворого слів і аргументів	

Показниками сформованості кожного вміння обрано: рівень володіння вмінням, рівень їх застосування у різновидах професійно спрямованої взаємодії, ставлення до моделювання розмаїття професійних взаємодій.

Спираючись на виокремлені показники нами виділено рівні сформованості операційного критерію готовності майбутніх лікарів до професійної взаємодії.

Високий. Студенти у повному обсязі володіють вказаними групами умінь, демонструють рівень їх сформованості під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії

стоматолога з різними суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладачами), позитивно ставляться до моделювання розмаїття професійних взаємодій.

Достатній. Студенти не в повному обсязі володіють вказаними групами умінь, відчують труднощі під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії стоматолога з різними суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладачами), потребують спонукання до участі у моделюванні розмаїття професійних взаємодій.

Низький. Студенти виявляють низький рівень сформованості вказаними групами умінь, відчують значні труднощі під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії стоматолога з різними суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладача-ми), не виявляють активності в моделюванні розмаїття професійних взаємодій.

Особистісний критерій. Визначаючи сутність даного критерію, вважаємо за доцільне зазначити, що дослідники приділяють значну увагу виявленню особистісних якостей стоматолога, які визначають у багатьох випадках успіх професійної взаємодії. Це пов'язано зі значними психоемоційними навантаженнями, постійними стресовими ситуаціями, дефіцитом часу й уваги, необхідністю робити висновки за умови обмеженого обсягу інформації, високої частотності й інтенсивності інформаційного пошуку.

Вчені акцентують увагу на тому, що в сучасних умовах стоматолог обов'язково має бути психологом, вивчати характер хворого, особливості його мислення, морально-етичні та соціальні установки. Психологізація праці пов'язана як із індивідуальними особливостями пацієнта, так і лікаря, його власними якостями, досвідом, авторитетом.

При цьому стоматологу необхідно постійно сприймати як цінність точність у формулюванні діагнозу з метою збереження життя і здоров'я пацієнта. Зазначене вимагає від лікаря-стоматолога високої емоційної стійкості, стабільності, психологічної надійності, вміння обирати різні

стратегії й тактики взаємодії, обговорювати проблеми з часто незнайомими колегами, визнаючи важливою цінністю об'єктивні інтереси пацієнта.

В. Кіпіані [139] було розроблено психологічний портрет „ідеального лікаря” очима пацієнтів. Він включає ряд якостей, що характеризують лікаря-стоматолога з позиції можливостей встановлення оптимального контакту, які виступають гарантом успішного вирішення комунікативних професійних завдань, і характеризують можливість успішної реалізації деонтологічних функцій в професійному спілкуванні. До числа цих якостей автором віднесено: доброзичливість; привітність; впевненість в собі; витримка; розміреність рухів і неквапливість; почуття гумору; готовність виявити підтримку; спокійні жести і міміка; оптимізм.

Хворий приходять до лікаря з тривожним очікуванням, його бентежить, як його зустрінуть – уважно, чуйно або байдуже. Тому у лікаря, крім знань і досвіду, повинні бути сформовані такі моральні якості як душевність і чуйність, уважність і комунікабельність, тактовність і ввічливість, чесність і правдивість, щедрість і великодушність, моральна чистота, взаємодопомога і взаємоповага, терпимість і наполегливість, рішучість і витримка. Він має розуміти ставлення пацієнта до того, про що він розповідає, і до самої ситуації спілкування; допомагати пацієнту виражати почуття і бажання, висловлювати власні почуття; уважно спостерігати за невербальними реакціями пацієнта, демонструвати розуміння його почуттів, тобто виражати *емпатію* (Л.Васильєва [54; 55], Н. Вишневська [63], М. Едвардс і К. Ксайзер [370], К. Роджерс [261; 262], І.Терентьев [297] та ін.). Тут варто пригадати слова А. де Сент-Екзюпері: „Якими б не були вишукування сучасної медицини, її технічні можливості, людина завжди буде чекати і вірити в лікаря, який зуміє вислухати, схвалити, виявити співчуття”.

Емпатію (походить від римського „*patho*”, що означає глибоке, сильне, чутливе почуття (відчуття), близьке до страждання; префікс „ем” означає спрямований (скерований) усередину) розуміють як можливість досягнення

емоційного стану, проникнення у внутрішній світ іншої людини; емоційним резонансом на переживання іншої людини. Виокремлюють три види емпатії: емоційну, засновану на механізмах ототожнення та ідентифікації; когнітивну, що базується на інтелектуальних процесах (порівняння та аналогії), і предикативну, яка виявляється в здатності до прогнозування інформації про іншу людину, заснованому на інтуїції. Емоційна співучасть допомагає стоматологу встановити психологічний контакт з хворим, отримати більш повну і точну інформацію про нього, про його стан, вселити впевненість в професіоналізм стоматолога, в адекватність здійснюваного ним лікувально-діагностичного процесу, вселити віру в одужання; забезпечує передачу уважного, чуйного, шанобливого, терпимого і жалісливого ставлення лікаря до хворого. Вона завжди пов'язана зі зміною ставлення до пацієнта, бажанням здійснити відповідний вплив, що безпосередньо пов'язано з почуттями та емоціями.

Використання засобів вираження емпатії забезпечує успіх професійної взаємодії стоматолога через реалізацію системи відносин, побудованих не просто на співпереживанні емоційному стану співрозмовника, а на наданні йому дієвої професійної допомоги.

Важливим є наявність у лікаря-стоматолога сформованого емоційного інтелекту як здатності диференціювати позитивні й негативні почуття, змінювати свій емоційний стан з негативного на позитивний; розуміти, аналізувати й контролювати власні почуття та емоції; вміти відчувати, розуміти настрої оточення. Дану якість Е. Торндайк визначив як показник „далекоглядності в міжособистісних відносинах” [380], здатність розуміти людей і взаємодіяти з ними.

Д. Големан [371], С. Каган [375] розуміють емоційний інтелект як здатність людини до усвідомлення, прийняття та управління власними емоційними станами та почуттями інших людей, гармонійного поведіння, що формуються протягом життя людини у процесі розмаїття взаємодій; можливість осягнути свої почуття та почуття інших людей, мотивувати

активну діяльність свою та оточуючих, керувати емоціями С. Каган визначив його як “соціальний дарунок, необхідний для тонкої рівноваги поведінки, що забезпечує гладкість у відносинах з людьми” [375]. Серед різновидів інтелекту дослідник акцентував увагу на *емоційному інтелекті*, який представлено двома видами: внутрішньоособистісний (*intrapersonal*) – самопізнання та розуміння власних почуттів, міжособистісний (*interpersonal*) – чутливість до настрою та почуттів інших людей, що уможливорює взаємодію з ними.

Стосовно професійної взаємодії стоматологів, то аналіз наукових праць показав, що наявність у майбутніх лікарів високого рівня розвиненості складників міжособистісного й внутрішньоособистісного інтелекту є передумовою їхньої успішної професійної взаємодії.

Загальновідомо, що гуманність у стоматологічній справі є свого роду мистецтво перемагати хворобу не лише ліками, а й словами. Письменник і лікар П. Бейлін слушно зазначив: „Слова, як і ліки, мають пряму токсичну чи побічну дію. На окремі слова виробляється несприйняття – вони можуть викликати „алергію”, шок”. Навпаки, зважене і своєчасно сказане слово надає впевненості в успіхові одужання, додає, як кажуть життя до років, а не років до життя. М. Асламова зазначає, що „милосердність, здатність до співпереживання, вміння знаходити необхідні для моральної підтримки хворого слова і аргументи слугують вельми значущими характеристиками процесу надання ним допомоги пацієнтові” [17, с. 15].

Глобалізація, взаємне проникнення культур, мов, традицій, трансформація суспільних ідеалів та цінностей під впливом цивілізаційних відмінностей у способі життя, менталітеті, звичаях, релігії вимагають від стоматолога наявності такої якості як толерантність (від лат. *tolerantia* – терпіння), яку визначають як „відмову від догматизму й абсолютизму та утвердження норм, закріплених у міжнародно-правових актах у галузі прав людини; повагу, сприйняття та розуміння, різноманіття культур нашого світу, форм самовираження та самовиявлення людської особистості” [97, с.3];

„настанову ліберального прийняття моделей поведінки, переконань і цінностей інших” [43, с.363]. Він має бути готовим адекватно сприймати людей іншого кольору шкіри, раси, з іншими звичаями, традиціями, одягом, віросповіданням. Жодна з форм несприйняття громадян інших етносів неприйнятна для стоматолога.

Ще дві з половиною тисячі років тому Гіппократ у своїй «Клятві» писав: „В який би дім я не увійшов, я увійду туди для користі хворого, будучи далеким від усього навмисного, несправедливого і згубного” [82, с. 15]. У „Міжнародному кодексі медичної етики”, прийнятому в 1949 р Генеральною Асамблеєю ООН, йдеться: „Я не дозволю, щоб релігійні, національні, расові, політичні або соціальні мотиви завадили мені виконати свій обов’язок по відношенню до пацієнта; я буду дотримуватися найглибшої поваги до людського життя ..., навіть під загрозою я не буду використовувати свої знання проти законів людяності. Обіцяю це урочисто, добровільно і щиросердно ... ” (за [213, с. 117]). Саме тому толерантність можна визнати однією з базових категорій медичного дискурсу.

Наявність *толерантності* (від лат. *tolerantia* – терпіння; терпимість до чужих думок і вірувань) є передумовою продуктивності взаємодії лікаря. Наявність даної якості демонструє, якою мірою стоматолог переносить суб’єктивно небажані, неприйнятні для нього індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, осуджені вчинки, звички, чужі стилі поведінки й стереотипи мислення. Дійсно, хворий може викликати різні почуття, подобатися або не подобатися, може бути приємним або неприємним для лікаря. Проте, кожного разу психологічна підготовка лікаря має допомогти йому впоратися з ситуацією, запобігти труднощів, конфлікту або бар’єрів у спілкуванні. Даний факт зазначають О. Голік [83], І. Гурвич [93], Б. Карвасарський [141], Б. Любан-Плоцца [196] та ін.

І нарешті, для здійснення ефективної взаємодії стоматолог має володіти *рефлексивністю*. Рефлексія (від лат. *reflexio* – звернення назад), роздум про свій внутрішній стан, самоспостереження, самопізнання,

самоаналіз [42]; „процес самопізнання суб’єктом внутрішніх психічних актів і станів”, фундаментальна здатність свідомої істоти бути у відносинах з власною свідомістю, мисленням, умовами і способами здійснення життєдіяльності [346; 264]; своєрідний процес дзеркального відображення, уміння зрозуміти хід думок співрозмовника.

Сформована в майбутніх фахівців здатність до рефлексії допомагає їм стати на позицію суб’єкта взаємодії, зрозуміти як він реагує на слова, дії; коригувати чи змінювати за необхідності комунікативну поведінку, аналізувати та адекватно оцінювати власну комунікативну діяльність під час здійснення професійної взаємодії; прогнозувати результати власних дій та дій суб’єктів професійної взаємодії; здійснювати самооцінку власних стратегій поведінки у взаємодії. За допомогою рефлексії здійснюється також процес контролю та оцінки на всіх етапах цілеутворення. У сфері взаємодії рефлексивні механізми цілеутворення „спираються на усвідомлення цілей клієнта, вміння зорієнтувати його у власних цілях, зіставлення цілей клієнта з професійними цілями та можливостями” [218].

Беручи до уваги викладене вище, особистісний критерій готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії представлено такими якостями як: емпатійність, емоційний інтелект, толерантність, рефлексивність.

У дослідженні виділено рівні сформованості особистісного критерію майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Високий. Студенти у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями яскраво виявляють розвиненість емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Достатній. Студенти у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями в окремих випадках демонструють наявність емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Низький. Студенти виявляють низький рівень сформованості емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Узагальнений опис критеріїв, показників готовності майбутніх

стоматологів до професійної взаємодії та їх рівневий диференціал представлено у табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Критерії, показники та рівні готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії

<i>Кри- терії</i>	<i>Показники</i>	<i>Рівні готовності</i>		
		<i>Високий</i>	<i>Достатній</i>	<i>Низький</i>
<i>Мотиваційний</i>	потреба у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наявність мотивації досягнення (прагнення до успіху, самовдосконалення)	студент має яскраво виражену потребу у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наполегливий у досягненні поставлених цілей	у студента є певна потреба у підвищенні майстерності професійної взаємодії, він потребує спонукання до постановки цілей, самовдосконалення	у студента є епізодичні потреби у підвищенні майстерності професійної взаємодії, він постійно потребує спонукання до постановки цілей, самовдосконалення
<i>Когнітивний</i>	повнота та міцність засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога, активність у взаємодії з однокурсниками, викладачами, фахівцями	знання повні, дієві, студенти виявляють активне послугування ними у професійній взаємодії	знання неповні, студенти виявляють певні труднощі послугуванні ними у професійній взаємодії	знання епізодичні, студенти не використовують їх під час здійснення професійної взаємодії
<i>Операційний</i>	комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні уміння (рівень володіння умінням, застосування, ставлення до моделювання професійних взаємодій)	студенти досконало володіють уміннями, використовують творчо	вміння розвинені, студенти мають певні труднощі	вміння розвинені недостатньо, студенти відчувають значні труднощі
<i>Особистісний</i>	емпатійність, емоційний інтелект, толерантність, рефлексивність (рівень виявлення у процесі професійної взаємодії)	студенти у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями яскраво виявляють розвиненість емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності	студенти у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями в окремих випадках демонструють наявність емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності	студенти виявляють низький рівень сформованості емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності

На підставі попередніх міркувань у дослідженні виокремлено низький, достатній та високий рівні сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної.

Низький рівень готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії характеризується епізодичними потребами у підвищенні майстерності професійної взаємодії, необхідністю постійного спонукання до постановки цілей, самовдосконалення. Студенти демонструють епізодичні знання, не використовують їх під час здійснення професійної взаємодії; характеризуються нерозвиненими комунікативно-мовленнєвими, інтерактив-

ними, морально-етичними уміннями, відчують значні труднощі під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії стоматолога з різними суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладачами), не виявляють активності в моделюванні розмаїття професійних взаємодій. Студенти виявляють низький рівень сформованості емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Достатній рівень готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії характеризується наявністю у студента певної потреби у підвищенні майстерності професійної взаємодії, необхідністю спонукання студентів до постановки цілей, самовдосконалення. Студенти демонструють неповні знання, виявляють певні труднощі послугуванні ними під час здійснення професійної взаємодії; характеризуються певним рівнем сформованості комунікативно-мовленнєвих, інтерактивних, морально-етичних умінь, мають певні труднощі у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями; епізодично демонструють наявність емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Високий рівень готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії характеризується високою сформованістю всіх взаємопов'язаних компонентів. Студенти мають яскраво виражену потребу у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наполегливі у досягненні поставлених цілей у самовдосконаленні; демонструють наявність повних, дієвих знань професійної взаємодії, виявляють активне послугування ними у професійній взаємодії. Студенти досконало володіють комунікативно-мовленнєвими, інтерактивними, морально-етичними уміннями, творчо їх використовують у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями; яскраво виявляють розвиненість емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Таким чином, компонентно-структурний та рівневий аналіз готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, дозволив чіткіше уявити сутність досліджуваного поняття й конкретизувати його зміст.

1.4. Інтерактивні методи навчання як засоби підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії

Сучасність пред'являє найвищі вимоги до рівня підготовки фахівця-стоматолога. Практикуючий лікар-стоматолог має володіти не лише теоретичними знаннями в галузі медицини і практичними вміннями та навичками, які безпосередньо пов'язані з виконанням його професійних обов'язків, а й бути здатним жити і працювати в умовах мінливого світу, вміти отримувати професійно й особистісно значущу інформацію з іншомовних джерел, здійснювати комунікацію з представниками різних країн і культур.

Модернізація вищої медичної освіти має бути спрямована на забезпечення науково обґрунтованих змін у підготовці майбутніх стоматологів з урахуванням вітчизняного й зарубіжного досвіду, пошуку нових методів і форм навчання й виховання справжніх професіоналів. На сьогодні випускники медичних вишів мають глибоко розуміти роль професійної взаємодії у професійних, ділових, наукових сферах і ситуаціях, координації професійного діалогічного спілкування; вміти вільно організовувати професійний діалог з хворими, колегами, керівниками, лікарями різних спеціальностей, медсестрами і людьми, що не мають відношення до медицини; володіти прийомами ведення непередбаченого професійно спрямованого діалогу, аргументувати правильність власних висловлювань.

Програма розвитку вищої медичної освіти (розроблена в Україні до 2015 року) визначила такі основні напрями підвищення якості вищої медичної освіти шляхом приведення її стандартів до потреб галузі охорони здоров'я та міжнародних вимог: вдосконалення нормативно-правової бази; гуманітаризація вищої медичної освіти, створення наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів для досконалого оволодіння практичними навичками та методиками; підготовка національних підручників та посібників з навчальних дисциплін, які відповідають сучасним державним освітнім стандартам; подальший розвиток мережі

університетських клінік та університетських лікарень; інтеграція навчального процесу з науковою та лікувальною діяльністю вищих навчальних закладів та роботою університетських клінік тощо [252].

Цікаво, що провідним напрямом реалізації зазначеної програми став розвиток особистості майбутнього лікаря, його духовного світу через освоєння етнокультурних, загальнонаціональних, загальнолюдських цінностей і формування гуманітарно орієнтованої свідомості, що забезпечує необхідні умови для самореалізації особистості в професійній, комунікативній діяльності.

Визнаючи багатоаспектність проблеми інтерактивних методів навчання, вважаємо за необхідне виділити такі основні напрямки її висвітлення:

- наукові праці, присвячені розкриттю поглядів науковців на інтерактивні методи навчання, їх класифікацію, значення під час організації навчального процесу у виші;

- дослідження вчених, що акцентують увагу доцільності використання інтерактивних методів навчання у підготовці майбутніх стоматологів;

- презентацію інтерактивних методів навчання, які вбачаємо доцільними для вирішення поставлених завдань дослідження.

Щодо першого напрямку дослідження, то зазначимо, що вибір у дослідженні інтерактивних методів навчання як „засобів підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії обумовлений тим, що вони ставлять того, хто шукає знань, в активну позицію їх самостійного освоєння... і шукача істини” [238, с. 225]. Крім того, реалізація зазначених методів потребує трансформації навчального процесу у співнавчання, взаємонавчання. Л. Виготський зазначав, що „функції спочатку складаються в колективі як вид стосунків слухачів, а потім стають психічними функціями особистості” [73, с. 137]. Це означає, що підготовку студентів до професійної взаємодії „неможливо здійснити в індивідуальній діяльності, необхідна спільна діяльність викладачів зі студентами, колегами, студентів між собою” [73, с. 343].

Щодо інтерактивності, то слово „інтерактив” (від англ. „interact”, де „inter” – взаємний і „act” – діяти) означає – здатний до взаємодії, діалогу.

Витоки інтерактивного навчання сягають Стародавньої Греції. Загальновідомими є діалоги Сократа з учнями (470-399 до н.е.), які стали своєрідною бесідою-дослідженням, підпорядкованою пошуку істини, формулюванню правильного запитання і точної відповіді на нього. Платон широко використовував під час навчання ігри, бесіди, казки тощо. У Конфуція навчання й виховання відбувалось у під час довільних бесід, які мали евристичний характер. Подальший розвиток ідеї інтерактивності набули у працях мислителів та філософів Античності, Епохи Відродження і Нового часу (Арістотель, Платон, Г. Галілей, Н. Кузанський, Г. Лейбніц, Л. Фейєрбах, Д. Дідро та ін.), які вбачали інтеракцію як основу буття і світогляду, розвитку пізнавальної та мисленнєвої активності людини.

У 30-і роки ХХ століття широке розповсюдження набула ідея бригадно-лабораторної форми навчання („бригадно-лабораторний метод”), під час реалізації якої основною навчальною одиницею студентів була бригада (група, ланка), яку очолював бригадир. Робота в групах (бригадах) організовувалася завдяки порівнянню результатів різних завдань; колективного обговорення однакового матеріалу, який відрізнявся лише одним питанням. Це спонукало до жвавої дискусії, порівняння результатів, отриманих різними групами. У 70-і роки ХХ століття окремі елементи інтерактивного навчання використовувалися в умовах колективної, групової, індивідуальної роботи студентів. Наприкінці ХХ століття термін „інтерактивна педагогіка” запровадив німецький дослідник Г. Фріц [28, с. 13].

Проблема інтерактивного навчання і на початку ХХІ століття викликає зацікавленість науковців в теоретичному та методологічному аспектах.

Дослідники (Ю. Гуцин [94], С. Кашлев [136], О. Кравчина [5], В. Кручек [166], Є. Крюкова [168], М. Левіна [182], Т. Левовицький [151], О. Пометун [241], Р. Поцюрко [244], Г. Селевко [275], А. Фурман [330], Н.

Чернуха [336] та ін.) акцентують увагу на тому, що інтерактивне навчання, яке ґрунтується на педагогіці співробітництва, педагогіці діалогу, є спеціальною формою організації пізнавальної діяльності, яка має конкретну передбачувану мету – організацію розмаїття форм співробітництва, взаємодії (групової, мікрогрупової, міжгрупової) всіх учасників навчального процесу та наявність «зворотного зв'язку»; створення комфортних умов навчання, за яких кожен студент відчуває свою успішність, інтелектуальну спроможність, відсутність домінування одного суб'єкта взаємодії над іншими, однієї думки над іншою; залучення до процесу взаємодії особистісного досвіду (емоцій, почуттів, відповідних їм вчинків та дій) суб'єктів навчання, досвіду прийняття виважених рішень тощо.

Дослідження Національного тренінгового центру (США, штат Меріленд) показують, що інтерактивне навчання збільшує відсоток засвоєння матеріалу, оскільки впливає не лише на свідомість студента, а й на його почуття, волю (дії, практику) [294, с. 2]. За даними науковців найменших результатів можна досягти за умов пасивного навчання (лекція – 5%, читання – 10%), а найбільших – інтерактивного (дискусійні групи – 50%, практика через дію – 75%, навчання інших або негайне застосування – 90%) [294]. Ці дані цілком підтверджуються дослідженнями сучасних російських педагогів. За їхніми оцінками, старший школяр може, читаючи очима, запам'ятати 10% інформації, слухаючи – 26%, розглядаючи – 30%, слухаючи і розглядаючи – 50%, обговорюючи – 70%, особистий досвід – 80%, спільна діяльність з обговоренням – 90%, навчання інших – 95% [150].

О. Пометун досить наочно сформулювала кредо інтерактивного навчання, дещо перефразувавши слова китайського філософа Конфуція: *Те, що я чую, я забуваю. Те, що я бачу і чую, я трохи пам'ятаю. Те, що я чую, бачу й обговорюю. Я починаю розуміти. Коли я чую, бачу, обговорюю і роблю, я набуваю знань і навичок. Коли я передаю знання іншим – Я стаю майстром.*

Щодо сутності поняття „інтерактивні методи навчання”, то науковці

(Ю. Гущин [94], С. Кашлев [136; 137], Н. Коломієць [149], І. Куришева [180], І. Луцик [194], О. Пометун, Л. Пироженко [241], Г. Селевко [275]) мають різні погляди, визначаючи їх як: методи, засновані на взаємодії тих, хто навчається між собою [94]; „педагогічну взаємодію з високим рівнем інтенсивності спілкування її учасників, ... обміну діяльностями, зміною та різноманітністю їх видів, форм і прийомів, цілеспрямованою рефлексією учасниками своєї діяльності та взаємодії” [136, с. 19]; організацію засвоєння знань і формування певних умінь і навичок через сукупність особливим способом організованих навчально-пізнавальних дій, що полягають в активній взаємодії учнів між собою та побудові міжособистісного спілкування з метою досягнення запланованого результату [241]; способи організації активної, продуктивної взаємодії учнів між собою, з учителем, з різними джерелами інформації, а також з комп’ютером у формі навчальних, ділових, рольових ігор, дискусій, виконанні проектів, аналізі конкретних ситуацій, за якої відбувається освоєння нового досвіду й одержання нових знань, надається можливість для самореалізації учнів [180, с.12]; процес активного пізнання, заснованого на взаємодії, діалозі рівноправних суб’єктів – викладача та студентів, за наявності спільної мети навчання, запланованого результату, з опорою на суб’єктний досвід кожного студента, що протікає в психологічно комфортних умовах, в атмосфері взаємної підтримки, співтворчості, співпраці [275]; „методи навчання, які реалізуються завдяки активній взаємодії учнів і дають змогу на основі внеску кожного з них у спільну справу отримувати нові знання, організувати спільну діяльність, ідучи від окремої взаємодії двох-трьох осіб до широкої співпраці” [149, с.8].

Зазначене дозволяє нам розглядати інтерактивні методи навчання, як систему способів організації засвоєння знань і формування певних умінь і навичок завдяки реалізації сукупності навчально-пізнавальних дій, що полягають в активній взаємодії, багатосторонній комунікації, співпраці студентів між собою, викладачів і студентів, гарантують досягнення поставленої мети навчання, стимулюють процес активного пізнання,

самореалізацію й саморозвиток студентів.

Оскільки розвиток є процесом внутрішнім, особистісним, що регулюється студентом (саморозвиток), основною функцією викладача в процесі інтерактивного навчання є створення оптимальних умов для саморозвитку студента, розвитку його індивідуальності, суб'єктності та корегування цього процесу, „з метою розвитку людини – суб'єкта власної стратегії життя” [137, с. 35].

Упровадження в навчальний процес інтерактивних методів забезпечує моделювання багатосторонньої комунікації, що передбачає врахування думок, поглядів, позицій учасників взаємодії. Студенти отримують можливість здійснити аналіз широкого кола професійних проблем, які розглядаються; актуалізувати свої потреби в самореалізації та відчутти себе дієвими учасниками навчального процесу; внести унікальний вклад кожного учасника у спільні зусилля, незамінні для успіху всієї групи. Перевагами інтерактивних методів навчання є те, що вони дозволяють кожному учаснику мати власні погляди відносно вирішення поставленої проблеми, яка може мати декілька способів розв'язання; „студенти залучаються до колективної творчої діяльності, осмисленого спілкування і взаємодії, розподілу праці між членами групи; здійснюється взаємонавчання та взаємоконтроль” [22, с. 13].

Уміле послугування різноманітними інтерактивними методами навчання під час організації навчального процесу у вищій школі, їх гармонійне поєднання з іншими активними та традиційними дидактичними методами, на думку М. Перець, О. Пометун, „знімає нервову напругу, дає змогу змінювати „звичні” форми діяльності, зосереджуватися на вузлових проблемах, які потребують повсякденної уваги” [241, с.58-59].

Реалізація у навчальному процесі інтерактивних методів навчання базується на дотриманні таких принципів інтеракції: багатостороння комунікація; взаємодія і взаємонавчання студентів; кооперована навчальна діяльність з відповідними змінами ролі та функцій як студентів, так і викладачів [180].

Аналіз науково-педагогічної літератури (О. Голубкова, І. Кефелі [86], І. Куришева [180], О. Січкарук [282]) дозволив констатувати наявність різних класифікацій інтерактивних методів навчання: дискусійні методи (діалог, групова дискусія, розбір і аналіз життєвих ситуацій), ігрові методи (дидактичні ігри, творчі ігри, ділові й рольові ігри, організаційно-діяльні ігри, контрїгри), психологічна група інтерактивних методів (сенситивний і комунікативний тренінг, емпатія) [86, с. 16]; інтерактивні методи навчання в середовищі „учень – учень – учитель”; у середовищі „учень – комп’ютер – учитель”; у середовищі „учень – підручник – навчальний посібник”. У середовищі „учень – учень – учитель” І. Куришева виділяє ігрові (рольові ігри, навчальні ділові ігри, дослідницькі ділові ігри, кейс-методи, проектні методи, організаційно-діяльні ігри, аналіз конкретних ситуацій, тренінгові методи) та неігрові інтерактивні методи навчання (дебати, диспути, відкриті форуми, різновиди дискусій, портфоліо) [180, с. 16]; методи, де однією зі сторін спілкування виступає викладач (включені бесіди, дискусії, проблемні лекції, семінари-обговорення, семінари „питання – відповідь”, дискусії із провокаційними запитаннями, консультації, роботу через сайт-курс); методи, де спілкування відбувається між студентами (бесіди, дискусії, круглі столи, „мозковий штурм”, групове вирішення конкретних ситуацій, ділові, рольові та дидактичні ігри, бізнес-симуляції, проекти, панельні вправи) [282].

В контексті дисертаційного дослідження нам імпонує погляд О. Пометун, яка розподілила інтерактивні технології навчання на чотири групи залежно від мети заняття та форм організації навчальної діяльності тих, хто навчається: інтерактивні технології кооперативного навчання, технології ситуативного моделювання, інтерактивні технології колективно-групового навчання, технології опрацювання дискусійних питань [241, с. 33].

До технологій кооперативного навчання автор відносить: роботу в парах, ротаційні трійки, два-чотири-всі разом, роботу в малих групах. Технології ситуативного моделювання „передбачають осмислення студентами реальної життєвої, професійної ситуації” [241, с.9]. Головним їх

завданням є вироблення навичок професійного діалогу студента залежно від ситуації. До технологій колективно-групового навчання О. Пометун відносить обговорення проблеми в загальному колі, мікрофон, мозковий штурм, навчаючи – учусь, ажурна пилка, кейс-метод, древо рішень. Серед технологій опрацювання дискусійних питань виокремлюють: метод ПРЕС, займи позицію, дискусія, засідання експертної групи, форум, дискусія в стилі телевізійного шоу, оцінювальна дискусія, дебати, судове засідання, розмовні („буз”) групи.

Дана класифікація стала для нас вагомим для обґрунтування сукупності інтерактивних методів навчання, доцільних для підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Другим напрямом став аналіз досліджень вчених, що акцентують увагу на доцільності використання інтерактивних методів у підготовці майбутніх стоматологів.

Аналіз наукової літератури [91; 204; 226] показав, що в останнє десятиріччя проблеми використання інтерактивних методів навчання, виявлення їх можливостей для комунікативної підготовки лікарів, зокрема стоматологів, привертала увагу багатьох науковців та викладачів вишів. Дані питання широко обговорювалися науковою спільнотою.

Так, на навчально-методичній конференції ”Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах” (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року) зосереджувалася увага на необхідності впровадження у медичні вищі навчальні заклади інтерактивних методів навчання. У матеріалах конференції підкреслювалося, що робота в парах та трійках як складових групового методу інтерактивного навчання [24, с. 8-9], моделювання ситуацій, максимально наближених до майбутньої професійної діяльності [75, с.39-40], реалізація ”мозкового штурму” [108; 126], імітаційно-ігрової діяльності [341; 351], послугування сучасними інформаційними технологіями [243], забезпечує підготовку майбутніх фахівців до здійснення професійно

спрямованої взаємодії.

У збірнику тез Всеукраїнської навчально-методичної конференції „Нові напрямки впровадження кредитно модульної організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації” (2011 р.), наголошено на необхідності втілення в психіку, світогляд майбутнього фахівця постулатів гуманізму, етики взаємодії та доведення їх до автоматизму з метою недопущення аморальності взаємовідносин в системах „лікар – пацієнт” [249, с. 74-75]. Ідеї науковців та викладачів-практиків нами враховано у процесі формувального етапу експерименту, зокрема обґрунтування й реалізації технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

В матеріалах Міжнародної наукової конференції „Суспільство, сучасна наука й освіта: проблеми та перспективи” (2012 р.) підкреслюється, що під час використання інтерактивних методів навчання у процесі вивчення соціально-гуманітарних дисциплін важливим є акцентування уваги на проведенні тренінгів, які дозволяють не лише виявити власні особливості особистості, а також сприятимуть формуванню в майбутніх стоматологів комунікативних умінь, емпатійності, толерантності [290].

Питанням щодо доцільності інтерактивних методів навчання як засобів професійної підготовки майбутніх лікарів приділено значну увагу й на науково-практичній конференції “Реалізація закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України”, проведеній під егідою Тернопільського державного медичного університету (21-22 травня 2015 р.).

Аналіз наукової літератури показав, що інтерактивні методи навчання широко використовуються в медичних навчальних закладах під час вивчення як гуманітарних, так і фахових дисциплін.

Перш за все зазначимо, що, розпочинаючи педагогічний експеримент, ураховували погляди О. Уваркіної, яка стверджувала, що формуванню готовності до професійної взаємодії в студентів медичних спеціальностей

особливу увагу необхідно приділити на початковому етапі навчання „...починаючи з I – II курсів навчання в медичних ВНЗ у майбутніх лікарів під час вивчення соціально-гуманітарних дисциплін та основ лікарської підготовки здійснюється формування професійної культури, розвиток здібностей пізнавальної діяльності. У студентів закладаються підвалини професійного спілкування, ... відбувається трансформація системи цінностей” [301; 302]. Дані погляди нами ураховано під час обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Щодо навчальних дисциплін, то цікавими стали погляди О. Корж, яка акцентувала увагу на тому, що під час вивчення соціально-гуманітарних дисциплін: „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Історія України”, „Історія української культури”, „Філософія”, „Українська мова (за професійним спрямуванням)” доцільним є формування в майбутніх лікарів професійно значущих якостей, зокрема комунікативних (гнучкість спілкування, емпатійність, рефлексивність, тактовність) [156]. Реалізація цього процесу можлива за умови впровадження діалогічно-дискусійних (діалоги, „круглий стіл”, засідання експертної групи, симпозіум, „судове засідання”), ігрових (ділові, рольові, ситуаційно-рольові, інтерактивні), тренінгових (фокус-групи, тренінг розвитку емпатійності), проектних методів навчання. Дана позиція висловлена у роботі Г. Краєвської [162].

А. Берестова [29], Л. Богданова [35], зазначають, що основи комунікативної компетенції майбутнього фахівця, закладаються у процесі вивчення дисципліни „Українська мова (за професійним спілкуванням)”, мета якої – сформувати високий рівень комунікативної культури у сфері професійного спілкування в його усній та писемній формах, виробити навички практичного володіння мовою у різних видах діяльності, формування свідомої особистості, яка вільно володіє державною мовою у процесі комунікації, відрізняється високою мовною компетентністю та готовністю до подальшого професійного навчання; акцентує увагу на доцільності реалізації таких методів навчання як аналіз помилок, колізій,

казусів, брейнстормінг („мозковий штурм”), діалог Сократа (сократів діалог), „дерево рішень”.

Значний потенціал у процесі підготовки майбутніх лікарів до здійснення професійної взаємодії має іноземна мова [61; 64; 65; 83; 91; 124; 156; 171; 172; 206; 223; 274]. Лікар-стоматолог має вміти застосовувати знання іноземної мови в ситуаціях ділового спілкування, вирішувати в процесі іншомовної комунікації професійно значущі питання, читати медичну літературу іноземною мовою, створювати іншомовні тексти в своїй професійній області, використовуючи відповідну термінологію, фразеологію, лексику ділового спілкування; знати культурні особливості ділового та професійного спілкування в галузі стоматології та охорони здоров'я в різних країнах, володіти основами медичної етики, характерною для різних культур, вміннями обирати оптимальні стратегії поведінки в професійній комунікації в ситуаціях зіткнення різних національних культур.

Дослідники зазначають, що досягти зазначеного не можливо без використання під час проведення навчальних занять з іноземної мови професійно-орієнтованих дискусій, дискусійних ігор, де обговорюються актуальні та цікаві для студентів питання, рольових ігор, які дають змогу студентам практикувати ролі, які можуть знадобитись при майбутній роботі. Кожен обирає собі певну роль і говорить від імені обраного ним персонажу. Змістом таких дискусій може бути будь-яка проблема реального життя, яка розкриває специфіку спілкування в різних сферах ділової взаємодії в сучасному світі з урахуванням міжкультурних відмінностей комунікантів.

О. Голік акцентує на доцільності використання методу кооперативного навчання у поєднанні зі скеровуванням „прихованої навчальної програми”, який забезпечуватиме можливість створення близької до реального життя атмосфери в аудиторії, що сприятиме доведенню до свідомості майбутніх лікарів культури спілкування та манери поведінки, які необхідні для реалізації умов та тактики спілкування, взаємодії лікаря з пацієнтом, його родичами та колегами [83, с. 12].

С. Герасименко [80] стверджує, що підготовці майбутніх лікарів до професійної взаємодії сприяє реалізація групового навчання, яке володіє особистісно формуючим потенціалом і знаходить своє вираження в діловому спілкуванні студентів, самостійному пошуку та прийнятті рішень, міжгруповій взаємодії; наявність комунікативних завдань, що ґрунтуються на взаємодії партнерів і соціальних принципах, а також на тому, що студент використовує свої загальні здібності у поєднанні з власне мовною компетенцією; наявність варіативності у виборі завдань і способів їх виконання, де автентичність і оригінальність завдань і проектів спонукають студентів привносити особисте ставлення, участь у процес їх вирішення; створення ситуацій для саморефлексії, самооцінки студентами реального рівня особистісного розвитку, порівнювання себе з іншими і вироблення на цій основі програми саморозвитку, власної „Я-концепції” та ін.

Ю. Орел-Халік, Л. Сазанович, С. Трегуб акцентували увагу на тому, що використання у навчальному процесі методу проектів, кейс – методу, методу аналізу конкретної проблеми, мозкового штурму, конференції, методу конкурентних груп, методу кооперативних груп, пошуку і відкриття, моделювання сприяє підвищенню комунікативності майбутніх лікарів, формуванню в них толерантності, емпатійності [223]. Н. Амрагова доходить висновку, що майбутні лікарі набувають досвіду професійно спрямованої взаємодії за умови використання таких інтерактивних методів як: симуляції, карусель, групові пазли, рольові ігри, „кейс-стаді” [8, с. 54].

В. Кручек, С. Тихолаз своїми дослідженнями доводять, що набуттю студентами досвіду професійної взаємодії сприяє тренінг професійної спрямованості, який може використовуватися у вищих медичних навчальних закладах [166]; метод *імітації виробничої діяльності* – навчальних ділових ігор, розігрування ролей, імітаційних вправ [298].

Цікавою виявилася робота В. Кіпіані [139], в якій розроблено програму розвитку комунікативної компетентності лікаря-стоматолога і сконструйовано авторський тренінг, який актуалізує можливості особистості лікаря у

формуванні компетентного індивідуального стилю професійного спілкування. Автором розроблено спецкурс для стоматологів „Психологічні основи ефективного професійного спілкування лікаря-стоматолога” і авторський тренінг, які можуть застосовуватися при навчанні лікарів.

Л. Богданова [35] доводить ефективність створення комунікативних ситуацій з освоєння професійних норм і ритуалів, спрямованих на усвідомлення специфіки професійної взаємодії і набуття досвіду ритуального спілкування. Даний метод авторка пропонує реалізувати поетапно, через комплектацію ситуацій навчально-дослідної та науково-дослідної роботи студентів, що сприяють розгортанню дослідницької діяльності та освоєння норм і ритуалів професійно-наукової комунікації.

У дослідженні урахували підхід О. Савиної, Н. Булкиної [268], які акцентують увагу на ефективності таких форм організації навчання майбутніх стоматологів: колективна творча діяльність, групові форми навчальних занять, фронтальні бесіди, екскурсії, відвідування музеїв, дискусії, тренінги та ін. На нашу думку саме групові форми є найбільш ефективними для підготовки студентів до професійної взаємодії. Оскільки саме в процесі групової роботи кожний її учасник має природну потребу вступати в контакт з іншими людьми, бути активним, дієвим партнером міжособистісної взаємодії. У процесі групової взаємодії відбувається прийняття цінностей і потреб інших. В атмосфері психологічної безпеки та комфорту, в ситуації підтримки та контролю людина навчається новим умінням, умінням експериментувати з різноманітними стилями мислення та стосунків серед рівних партнерів, виявляє власні поведінкові емоційні та мисленнєві стереотипи, й, отримавши зворотній зв'язок, усвідомлює ймовірні помилки у взаємодії з іншими, самодіагностується, самокорегується, саморозвивається.

Аналіз психолого-педагогічних досліджень [48; 52; 61; 83; 156; 183; 286 та ін.] засвідчує, що науковці акцентують увагу на необхідності готовності викладача вишу до впровадження інтерактивних методів навчання,

встановлення діалогічної взаємодії.

Так, О. Гвильдис [78] обґрунтовано й доведено, що оптимізацію діалогічної взаємодії викладачів і студентів у медичному вузі може забезпечити реалізація комунікативного потенціалу особистості викладача і студента на основі моделі двосторонньої комунікації; розвиток комунікативної мобільності з боку суб'єктів взаємодії, що забезпечує ефективний перехід в різні мовні субкультури, специфічні для професії лікаря (тріада „лікар-педагог - студент - хворий”); створення дидактичних засобів, що сприяють діалогічній взаємодії, і використанню конферсаторіїв як однієї з інтерактивних форм навчання.

Викладач зі студентом має поводитися переважно як з колегою, людиною, яка привносить в процес навчання істотну частку свого попереднього досвіду. Взаємодія має будуватися як співпраця і взаємний обмін знаннями та думками. Тут педагог виконує роль наставника і учасника спільної навчальної діяльності. Процес навчання має бути організований як загальна колективна діяльність викладача та студентів, мати демократичний характер.

Щодо третього напрямку дослідження, то зупинимося на розгляді інтерактивних методів, які вбачаємо доцільними для вирішення поставлених завдань дослідження.

Упровадження в навчальний процес інтерактивних методів навчання, роботи в групах та під час підготовки та проведення лекційних, семінарських, практичних занять дає змогу проаналізувати студентам свої знання про коло професійних проблем, які розглядаються; актуалізувати свої потреби в самореалізації та відчутти себе дійовими учасниками навчального процесу; сприяє розвитку цілісної особистості, яка прагне до реалізації своїх можливостей, відкрита для сприймання нового досвіду, здатна на свідомий і відповідальний вибір у різноманітних професійних діалогових ситуаціях.

Діалогічно-дискусійні методи навчання є провідними під час підготовки майбутніх стоматологів до здійснення професійної взаємодії. Їх вибір обумовлений можливістю трансформації навчального процесу (завдяки

їх реалізації) у співнавчання, взаємонавчання (колективне, мікрогрупове, групове, навчання у співпраці), де студент і викладач рівноправні, рівнозначні суб'єкти навчання.

Упевнені, що обговорення максимально підвищує активність і внесок кожного учасника, допомагає уточнити власні уявлення, оцінні судження, усвідомити почуття і ставлення, стимулює вільний обмін думками, збільшує ймовірність того, що вони краще зрозуміють почуття й позиції інших; розвиває навички активного слухання, співпереживання, співробітництва, упевненої поведінки і толерантності; стимулює розвиток й самовдосконалення емоційної стійкості й чутливості, гнучкості спілкування, емпатійності, рефлексивності тощо.

За визначенням Т. Ліфінцевої [188, с. 244], діалог (від грецьк. бесіда, розмова) – філософський термін, що використовується в сучасних онтологічних теоріях комунікації для позначення особливого рівня комунікативного процесу, на якому відбувається злиття особистостей учасників взаємодії. Діалог – „вільний обмін думками рівноправних співрозмовників, який будується за законами логіки і виключає примус у сприйнятті чужої думки” [147, с. 79-80].

Основними характеристиками професійно орієнтованого діалогу є: „виразність, ініціативність, спрямованість мовлення, логічний взаємозв'язок і взаємозумовленість реплік діалогу, спонтанність мовлення, реакційність; відповідність комунікативної поведінки в ситуації і наміру партнера” [179, с. 16; 87].

Серед пріоритетних форм діалогів виокремлюємо **діалоги**, які є найбільш функціональними у професійній діяльності майбутнього стоматолога: діалог-розпитування, діалог-домовленість, діалог-обмін враженнями, діалог-обговорення, діалог-бесіда, полілог, ситуативні діалоги („Стоматолог – пацієнт”, „Огляд пацієнта стоматологом”) які доцільно реалізовувати у діадах: викладач – студент, студент – студент, студент – лікар, студент – хворий, студент – медичний персонал, студент – група,

студент – родич хворого, студент – лікар-наставник, студент – молодший медичний персонал. За такого підходу студенти перебувають у різних позиціях: і того, хто реагує, і того, хто ініціює комунікативний акт.

Для ефективного формування вмінь професійно-орієнтованої комунікації варто виокремити типи діалогів, які є найбільш функціональними у професійній діяльності майбутнього лікаря і тому необхідні для оволодіння у медичному ВНЗ: діалог-розпитування, діалог-домовленість, діалог-обмін враженнями, діалог-обговорення, дискусійний діалог, етикетний діалог. Спиралися на дослідження Т. Тихонової, М. Шакарашвілі [299; 338].

Так, діалог-розпитування характеризується наявністю конкретної теми (хворий на огляді у лікаря, виявлення анамнезу), постановкою питань (спонукають пацієнта до повідомлення інформації, активізують мовленнєву дію в діалозі), за допомогою яких вводиться і розвивається тема, відбувається обмін інформацією між учасниками з метою покращення стану здоров'я пацієнта, досягається встановлення вірного діагнозу і призначення лікування; отримання відповідей на запитання, які можуть варіюватися від лаконічних до розгорнутих. Послугування такими діалогами сприяє формуванню в студентів вміння ставити запитання, перепитати, уточнити інформацію у співрозмовника, висловити сумнів, задоволення щодо почутого.

Найскладнішим є діалог-обговорення (дискусія), коли співрозмовники намагаються виробити певне рішення, дійти певних висновків, навести аргументи та докази. Такі діалоги є спонтанними і можуть виникати на під час проведення консиліумів, форумів медичних працівників тощо.

Ефективним засобом реалізації професійно-орієнтованого спілкування студентів-медиків є використання ситуативних діалогів на теми “Лікар – пацієнт”, “Огляд пацієнта, встановлення діагнозу”,

Дискусія є досить результативним інтерактивним методом навчання, оскільки імплементація її у навчальний процес забезпечує формування уміння використовувати різні способи інтегрування інформації, ставити питання критично осмислювати одержану інформацію, аргументувати власні

погляди та презентувати їх, працювати в команді, здатність до участі у спільному прийнятті рішення в екстремальних ситуаціях. Даний аспект зазначено у працях [1; 48; 52; 83; 153; 156; 274].

Обов'язковою умовою дискусії є наявність проблеми. Так, студенти на заняттях можуть брати участь в обговоренні таких питань як професія стоматолога та її специфіка, довкілля та його вплив на здоров'я людини, лікарські помилки та їх причини, прийом стоматологом пацієнта-візуала (кінестетика, аудіала, дігітала), стоматолог і та батьки пацієнта-дитини. Предмет обговорення може бути заданий за допомогою мотиваційно-стимулюючого тексту, перегляду автентичного відеоматеріалу тощо.

Дискусійні методи навчання надають можливість студентам висловлювати власні думки, відстоювати власну позицію („Я вважаю, що...”, „Що нового я зможу запровадити в свою професійну діяльність”, „Ваш ідеал сучасного лікаря-стоматолога”, „Роздуми про себе у своїй професії”, „Які причини того, що в деяких випадках люди погано справляються з професійними обов'язками? ”, „Яка роль професійних й особистісних якостей лікаря в його професійній діяльності? ”, „Яка роль спілкування в професійній діяльності лікаря?”, „Від чого залежить успіх здійснення професійного діалогу?” тощо).

Так, доцільним вбачаємо використання методу „Займи позицію”, спрямованому на опрацювання дискусійних питань за умови наявності двох протилежних поглядів. Його реалізація забезпечує оволодіння студентами здатністю обґрунтовувати власну позицію, знаходити та висловлювати найбільш переконливі аргументи, поважати опонента і толерантно ставитися до протилежної точки зору.

Вагому роль у формуванні умінь професійної взаємодії відіграє послугування методом „мозкова атака” („мозковий штурм”), методом генерування ідей (стимулює активність та інтуїтивне мислення студентів у процесі пошуку ідей, пропозицій, сприяють інтеграції накопиченої інформації, значно підвищують ефективність прийнятих рішень). У процесі

колективного пошуку вирішення проблеми, за твердженням Н. Волкової [66, с.170–174], студенти набувають не тільки нові знання, удосконалюють уміння і навички, а й шліфують відповідне ставлення учасників один до одного. Мозкова атака та генерування ідей дають змогу побачити проблему та визначити підходи щодо її вирішення з позиції кожного учасника, висловлювати власну думку, аргументуючи її та підтверджуючи фактами. Саме завдяки цим методам навчання студенти мають можливість „включити” власні емоції, які стимулюють інтелектуальний сплеск, розвинути уміння ставити цілі, обирати зміст, засоби комунікації під час професійної взаємодії, планувати та добирати доречні запитання, репліки, оволодівати оптимальним темпом мовлення, належним використанням пауз та логічних наголосів у повідомленнях, навчатися розуміти невербальні комунікативні сигнали та ін.

Даний метод доцільно використовувати під час вирішення клінічних задач, в яких для постановки діагнозу пацієнта не достатньо даних (інформація може додаватися на вимогу учасників), або ж результати додаткових методів дослідження не дозволяють поставити остаточний діагноз. Вирішення таких задач дозволяє студентам набути не лише позитивний досвід вирішення (коректно поставлений діагноз та видужання пацієнта після призначеного лікування), а і негативний з подальшим обговоренням причин, помилок та інших можливих результатів.

З метою активізації діяльності студентів ефективними є ігри-опитування: „Передай наступному”, „Запитай товариша”, „Ти – мені, я – тобі”, „Змагання команд”. Їх цінність в тому, що вони націлені на з’ясування викладачем рівня засвоєного лекційного матеріалу. Проте, від звичайного опитування відрізняються інтерактивною спрямованістю (студенти самі ставлять питання й визначають відповідача, що вимагає більш ретельної підготовки до занять; зникають контролюючі механізми свідомості, які сковують потік ідей під тиском звичних, стереотипних форм прийняття рішень; знижується страх перед невдачею, побоювання видатися смішним,

невпевненість у своїх знаннях та вміннях).

Спиралися на погляди О. Гвильдис, яка довела, що проведення занять в діалогічному дискурсі, спрямованому на розвиток комунікативної дискусійної культури особистості сприяє розвитку духовності студентів за умов: організації особистісно-орієнтованого взаємодії педагога і студентів; наявності високого рівня професійної компетенції викладача, його вміння працювати в логіці діалогічного процесу; реалізації діалогу на всіх його рівнях; формуванні у студентів здатності до діалогу.

Серед інтерактивних методів навчання значну увагу надаємо **методам кооперативного навчання** – вид активного навчання, що передбачає кооперативну взаємодію студентів у малих групах для досягнення спільної навчальної мети [374]. Основною передумовою такого навчання є взаємодія членів групи, а не індивідуалізоване змагання, кожен студент має бути активним незалежно від його бажання [366]. Метод забезпечує тривалу стійку залученість студентів в навчальний процес, стимулює творчий підхід до прийняття рішень, підвищує ступінь мотивації до навчання [100].

В. Кручек зазначає, що групові форми навчання можуть бути „ефективно реалізовані за умови побудови у навчальному процесі партнерських, довірчих міжособистісних взаємин на основі гуманних цінностей, норм і установок педагогічного колективу та студентської групи” [166, с. 80]. Виділення їх в окрему категорію інтерактивних методів зумовлюється тим, що вони потребують значних витрат часу як на підготовку, так і на їх проведення. Дані методи навчання передбачають *роботу в парах, ротаційних трійках, мікрогрупах, роботу за карусельним принципом, роботу в малих групах.*

Серед кооперативних методів навчання наша увага акцентована на ділових та рольових іграх, методі кейсів, тренінгах, методі „грона”, методі „515”, методі „Акваріум”, методі проектів, методі JIGSAW, баскет-методі, методі навчання по станціям та ін. Обираючи дані методи навчання спиралися на наукові доробки А. Борисюк, Н. Волкової, Л. Кайдалової, О.

Корж та ін.

Формуванню вмінь роботи в групі, аргументованого висловлення власних поглядів, винайденню раціональних способів розв'язання проблем, підвищенню рівня професійної мотивації, розвитку самостійності, толерантності, відповідальності сприяє імплементація методу проектів (колективна форма творчості). Вагоме значення в ході мікрогрупової роботи має індивідуальний емоційний досвід студентів, досвід міжособистісного спілкування, посилення й задоволення мотивів особистісного зростання. Даний факт зазначено у працях [48; 49; 67; 68; 69; 129; 156].

Акцентуємо увагу на методі Jigsaw (в перекладі – „ажурна пилка”), яка передбачає командну роботу над навчальним матеріалом, який розділено на фрагменти – логічні блоки. Кожен член команди знайомиться з навчальним матеріалом і відбирає матеріал фрагменту, який повинен вивчити досконало. Після самостійного вивчення фрагментів, студенти, які вивчають одне питання, але працюють в різних командах, зустрічаються і обмінюються інформацією як експерти з даного питання („зустріч експертів”). Після зустрічі вони повертаються в свої команди і навчають всьому новому, про що дізналися самі, інших членів своєї команди. Під час двобічної взаємодії майбутні лікарі навчаються колегіальності, поваги до думки інших, самоаналізу та самооцінки. Вони висловлюють свої міркування відносно поставленої проблеми, також чують та беруть до уваги точки зору та досвід своїх колег. Інтерактивні технології дозволяють швидко адаптуватися під час роботи у колективі, приймати командні рішення. Це процес свідомого створення педагогом та студентом нових для себе сенсів з досліджуваної дисципліни, що забезпечує високу мотивацію, ґрунтовні та міцні знання, творчість і фантазію.

Використання групової, мікрогрупової роботи сприяє виробленню у майбутніх стоматологів уміння приймати колективні рішення, робити вибір на ґрунті оцінок альтернатив і керуватись установленими правилами. На хід вибору впливають стосунки учасників, особиста зацікавленість,

об'єктивність, їхні особистісні якості. Якщо група знає всі можливості альтернативи рішення проблеми і може з упевненістю обрати єдину позицію, то знайдене рішення буде правильним.

Створюючи мікрогрупи студентів вважаємо за доцільне урахувати закони групового розвитку (рис. 1.5), закономірності спілкування і взаємовпливу в малих групах [329], а саме: психологічну сумісність студентів; навчальні можливості, інтереси, нахили; оптимальне поєднання парно-групової, колективної та індивідуальної форм роботи.

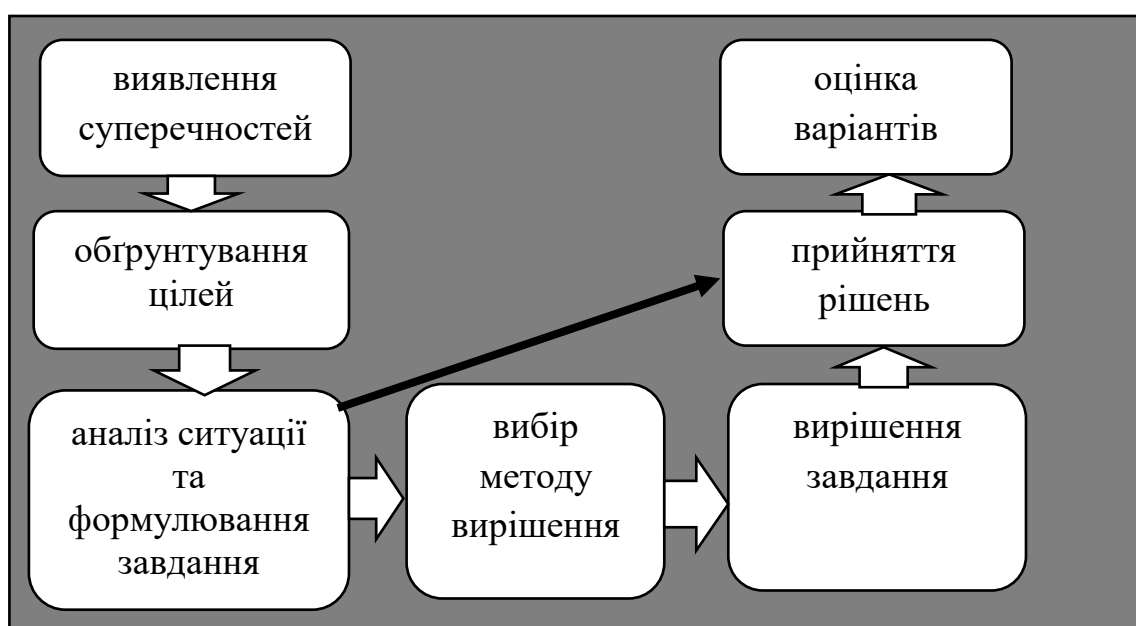


Рис. 1. 5. Процес прийняття рішень у малих групах

Значний потенціал для підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії має *метод ситуаційного моделювання* (метод „кейс-стаді” (робота над проблемною ситуацією, її аналіз та розв’язання проблеми у дискусії), послугування яким передбачає осмислення студентами реальної *професійно спрямованої ситуації* шляхом актуалізації певного комплексу знань, який необхідно засвоїти для її вирішення; розв’язання *ситуаційних вправ* (опис реальної ситуації, яка мала місце в практиці стоматологічної клініки; опис ситуації здійснюється особою, якій належить прийняти рішення щодо реальної ситуації, виступивши у ролі стоматолога, завідувача відділення; сприяє відточенню студентами аргументації власної думки,

винайденню лінії професійно спрямованої поведінки; забезпечує вияв особистісної позиції студентів у кожній конкретній ситуації), *метод „case history”* (для студентів-медиків) (див. додаток Г).

Прихильники даного методу [156] акцентують увагу на його пріоритетах: ефективний під час вивчення дисциплін, істина яких плюралістична; аналіз і обговорення професійних ситуацій дозволяє студентам відчувати вагомість навчальної дисципліни для подальшої професійної діяльності, а також невинне зростання особистісної успішності („Я можу!”, „Я можу тут, а отже, я зможу і в реальному професійному житті”).

Дійсно, під час розв’язання професійно спрямованої задачі-ситуації у студента виникає потреба поставити себе на місце лікаря (пацієнта, завідувача відділення, керівника медичної установи) та прийняти власне рішення, зважаючи на визначені обставини. Вирішення ситуаційних вправ сприяє розвитку в студентів критичного мислення, навичок вирішення проблем і прийняття зважених рішень, активізації мислення, стимулюванню інтересу студентів до професійного діалогу, підвищенню відповідальності за прийняті рішення. Крім того, впровадження ситуаційного навчання забезпечує відточення студентами аргументації власних поглядів, апробування різних механізмів впливу, винайдення лінії поведінки під час здійснення професійного діалогу. Студенти отримують можливість виявити особистісну позицію в кожній конкретній ситуації, яка у даному випадку відіграє роль специфічного освітньо-виховного комунікативного засобу.

На підставі аналізу наукових праць (Г. Волкова, Л. Кайдалова, О. Корж) ураховуємо, що метод ситуаційного моделювання містить такі взаємопов’язані та взаємопроникливі структурні компоненти: *пізнавальний* (факти, які збагачують знання студента певними персоніфікованими прикладами, взятими з конкретної галузі знань, зокрема стоматологічної практики), *понятійний* (передбачає оперування професійною мовою, яка насичена термінами і поняттями, зрозумілими для студента та його

партнерів), *навчальний* (визначається сутністю і атрибутами аналізу ситуації), *суспільний* (груповий обмін думками, дискусія), *аналітичний* (індивідуальне мислення і аналіз), *вирішувальний*, *евристичний*, *мотиваційний* тощо (див. рис. 1.6).

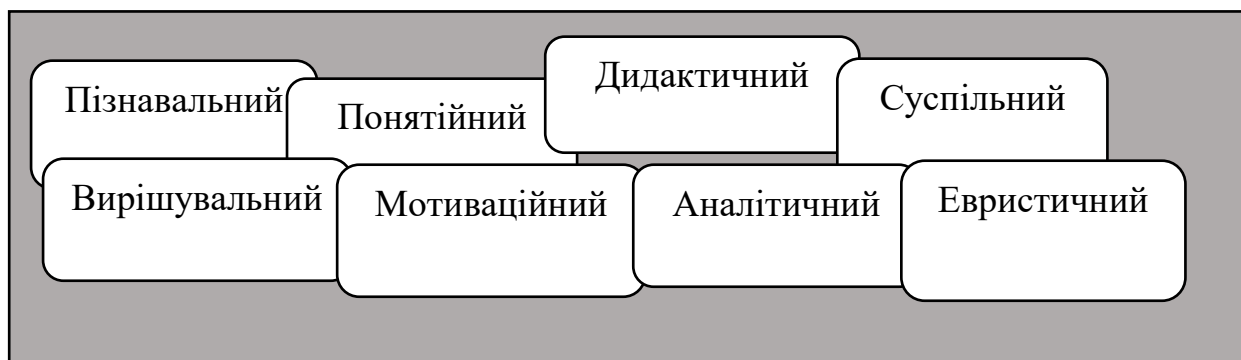


Рис. 1.6. Компоненти внутрішньої структури методу ситуаційного моделювання

Ситуаційна вправа являє собою реальну ситуацію з практики стоматологічної діяльності, в яку потрапляють учасники. В основу кожної ситуації має бути покладено одне з явищ (вибір, боротьба, потреба, криза, конфлікт, інновація) (див. табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Класифікація ситуацій з погляду явищ, які покладені в основу

Вид явища	Характеристика явища
Вибір	Необхідність обрати альтернативу
Боротьба	Протиборство сторін, використання певних стратегій і тактик
Потреба	Нестача, задоволення якої стримується певними факторами
Криза	Різке погіршення стану справ у системі
Конфлікт	Прагнення протилежних сторін заволодіти обмеженим ресурсом
Інновація	Поява нововведення, яке змінює звичайний спосіб життя

Доцільним вбачаємо також моделювання проблемних ситуацій, які потребують прийняття рішення щодо морального вибору в процесі діяльності стоматолога (проекування і створення ситуацій і можливих варіантів

вирішення поставлених завдань; обговорення ходу технологічних дій, прийнятих рішень, шляхів досягнення результатів із включенням у цей процес експертів, медиків-практиків, педагогів інших дисциплін). Виокремлюємо такі способи моделювання проблемної ситуації: *спосіб аналогій* (спираємося на життєвий досвід, або ж актуалізуємо раніше отримані знання для вирішення нових завдань), *індуктивний, аналітико-синтетичний спосіб* (студенти самостійно досліджують явища і факти й роблять необхідні наукові висновки), *висунення проблемного питання* (є доцільним для вирішення проблеми й оволодіння новими знаннями).

Серед ситуацій, які доцільно обговорювати під час проведення занять є: „Черга в стоматологічній клініці”, „На прийомі у стоматолога”, „Візит стоматолога в будинок для людей похилого віку”, „Конфлікт стоматолога і пацієнта”, „Мені погано, лікарю!”, „Поясніть, будь ласка, лікарю, яким ви вбачаєте процес лікування” та ін. Окрему увагу має бути приділено питанням діловодства: майбутні стоматологи знайомляться з обліково-звітною медичною документацією з метою аналізу проблемних моментів, що зустрічаються в даному виді діяльності.

Враховуючи особливості професійної діяльності стоматолога, вважаємо за доцільне послуговатися методом модерації, модифікованого відповідно зі специфікою професійної підготовки.

Moderare – у перекладі з латинської – приводити до рівноваги, управляти, регулювати. Як метод організації навчання, модерація була вперше розроблена в 60-ті – 70-ті роки минулого століття в Німеччині. В основу розробки цілей, принципів, змісту і методів модерації покладені педагогічні, психологічні й соціологічні аспекти, спрямовані на активну зацікавлену участь всіх студентів у процесі навчання, забезпечення їх комфортності, формування націленості на досягнення результатів.

Основою для розробки даного методу стала концепція В. Володимирової. На думку дослідниці, зазначений метод навчання являє собою систему технік, які використовуються для формування думок, пошуку

рішень, збору інформації, розробки спільного рішення й проведення заходів у процесі групової взаємодії [64]. Виокремлено принципи модерації: структурованості (зміст заняття раціонально розподіляється на чітко визначені частини); систематичності (окремі частини заняття взаємопов'язані й логічно впливають одна за одною, створюючи повноцінний зміст заняття); комплексності (зміст кожної частини заняття, процеси, що організуються, спрямовані на навчання, виховання, розвиток і соціалізацію студентів); прозорості (діяльність кожного студента є прозорою для викладача, кожен студент чітко розуміє хід освітнього процесу, його проміжні та підсумкові результати) [90; 266].

Н. Грибова, Н. Тарасюк виокремлюють такі фази модерації: ініціація (початок заняття, знайомство); входження або занурення в тему (повідомлення цілей заняття); формування очікувань студентів (планування ефектів заняття); інтерактивна лекція (передача й пояснення інформації); опрацювання змісту теми (групова робота студентів); підведення підсумків (рефлексія, оцінка заняття); емоційна розрядка (розминки) [90]. Дані нароби нами використано під час організації формувального етапу експерименту.

Під час підготовки до професійної взаємодії студентів вищих медичних навчальних закладів доцільним вбачаємо організацію і проведення *тренінгів* із використанням вербальних і невербальних способів комунікацій, професійного та міжособистісного спілкування [198; 199]; рольових тренінгів, проектування та реалізація моделей професійно спрямованих ситуацій.

У вітчизняній психології поширені визначення тренінгу як „засобу впливу, спрямованого на розвиток знань, соціальних настанов, умінь і досвіду міжособистісного спілкування”, „засобу розвитку компетентності в спілкуванні”, „засобу психологічного впливу” [236]; засобу перепрограмування моделі управління власною поведінкою і діяльністю [199, с. 56]; групи методів розвитку здібностей до навчання та оволодіння будь-яким складним видом діяльності [113]; методу активного соціально-

психологічного навчання як комплексного соціально-дидактичного напрямку [142]; багатофункціонального методу передбачуваних змін психологічних феноменів людини, групи та організації з метою гармонізації професійного та особистісного буття людини [21]. Основними цілями тренінгу є підвищення рівня підготовки до професійної взаємодії майбутніх стоматологів, що досягається шляхом вирішенням таких завдань: набуття психологічних знань щодо особистості людини, процесу взаємодії людей, рушійних сил цієї взаємодії, прийомів ефективного спілкування; формування умінь та навичок спілкування: у парній взаємодії, у складі групи, при вступі в контакт, при активному слуханні, тобто збагачення техніки та тактики спілкування; корекція комунікативних установок, формування власної стратегії спілкування; розвиток здатності до адекватної самооцінки й оцінки інших людей у ситуації спілкування; „розвиток і корекція особистості, її глибинних новоутворень, вирішення особистісних проблем” [36, с. 143].

Щодо формування готовності до професійної взаємодії, то тут варто згадати Г. Буша, який емоційно й образно висловився з цього приводу: „Справжня людська діалогічна взаємодія – це головна, можливо, єдина передумова удосконалення й облагородження всіх відношень, що існують у суспільстві та уявляють собою і передумову, і гарант, і регулятив життєтворчості людей. У муках відбувається становлення діалогічної людини, але іншого певного шляху не існує. Без діалогічних відношень людська культура і цивілізація будуть залишати в світі тільки руїни, сльоту, уламки і морок” [53, с. 16-17].

Обрані для дослідження види тренінгів містять *тренувальні вправи*, які майбутні стоматологи виконували за зразком, інструкцією, за завданням без зразка й докладних указівок викладача: „*Постановка запитань*” (спрямована на формування навичок ставити запитання в процесі комунікації стоматолога), „*Нескінченний ланцюжок*” (передбачає формулювання альтернативної позиції стосовно дискусійної проблеми, прогнозування наслідків індивідуальних професійних позицій і рішень для окремих осіб),

„Аргументи „за” та „проти” (метою є відпрацювання навичок контраргументації), „Організація аргументу” (спрямована на усвідомлення процесу об’єднання думок щодо створення логічного, зрозумілого та переконливого аргументу), „Пояснення на картках” (відпрацювання навичок добору аргументів), „Регулювання емоційного напруження” (спрямована на формування навичок вербального регулювання емоційного напруження під час професійного спілкування).

Виконання зазначених вправ сприяє розвитку та вдосконаленню практичних умінь логічно міркувати, критично мислити; формуванню практичних навичок і вмінь побудови аргументації, ведення дискусії, засвоєння прийомів і правил аргументованого дискурсу тощо.

Підсумовуючи, зазначимо, що, на підставі аналізу досліджень вчених, які акцентують увагу доцільності використання інтерактивних методів у підготовці майбутніх лікарів, зокрема стоматологів, нами презентовано інтерактивні методи навчання, які вбачаємо доцільними для вирішення поставлених завдань дослідження і стали складниками змістово-процесуального компонента технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання (параграф 2.1).

Висновки до розділу 1

Аналіз філософської, психологічної, педагогічної літератури, теорії та практики підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії дозволив нам дійти таких узагальнюючих висновків.

У дисертації обґрунтовано теоретичні засади підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, основу яких склали ідеї філософів, соціологів, психологів, педагогів, медиків.

Розглянуто підходи науковців до визначення понять „готовність”, „готовність до професійної діяльності” та їх дослідження: функціональний (готовність розуміється як функціональний стан, що сприяє успішній

діяльності), особистісний (готовність є складним утворенням, яке включає сукупність знань, вмінь, навичок, професійно важливих якостей особистості, необхідних для ефективного виконання діяльності), особистісно-діяльнісний (готовність характеризується як цілісний прояв усіх сторін особистості, що виконує певні професійні функції).

Вивчення генези поняття „взаємодія” у філософських, соціологічних дослідженнях, психолого-педагогічній літературі дало можливість виявити сутнісні ознаки взаємодії (двосторонність зв'язків, активність суб'єктів, динамічність взаємообміну інформацією, зв'язок з рефлексією), її складові (ситуація, суб'єкти, норми, цінності), норми (емпатія, моральність, повага) й принципи (гуманізму, демократизму, інтерактивності, реверсивності, толерантності). Взаємодія передбачає встановлення різновидів відносин (суб'єкт-об'єктні, суб'єкт-об'єкт-суб'єктні, суб'єкт-суб'єктні) й спрямована на взаєморозуміння, координацію й узгодження дій її суб'єктів.

Унаслідок наукового пошуку конкретизовано найважливіші концепти професійної взаємодії стоматолога як основи й умови встановлення найрізноманітніших відносин у професійному середовищі (розмаїття суб'єктів та функцій, вимушений характер); встановлено основні типи (кооперація, конкуренція), моделі взаємодії (інженерна, колегіальна, контрактна, патерналістська), стилі, тактики й технології професійної взаємодії стоматолога; розкрито типи спілкування з суб'єктами процесу лікування (основний, допоміжний, okazіональний, фатичний), акцентовано увагу на провідних стратегіях поведінки стоматолога (співпраця, протидія, компроміс, поступливість, уникнення). Виокремлено специфічні особливості професійної взаємодії стоматолога (монотонність, необхідність роботи в замкнутому просторі з людьми, які зазнають проблеми зі здоров'ям, відчувають біль, зазнають страху і тривоги, психоемоційні навантаження, дефіцит часу й уваги та ін.), причини непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта.

Визначено ключове поняття дослідження, а саме *готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії*, що розглядається як стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, основою якого є володіння професійно орієнтованими знаннями, уміннями та особистісними якостями, які забезпечують конструктивну взаємодію в системі професійних відносин й реалізації професійних функцій стоматолога. Опанування цього особистісного утворення забезпечує перевагу стоматологів на ринку праці.

Виокремлено компоненти готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії: *мотиваційний* (потреба у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наявність мотивації досягнення (прагнення до успіху, самовдосконалення), *когнітивний* (повнота та міцність знань професійної взаємодії стоматолога), *операційний* (рівень володіння сукупністю умінь професійної взаємодії: комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні, ставлення до моделювання професійних взаємодій), *особистісний* (ступінь сформованості емпатії, рефлексії, емоційного інтелекту, толерантності). Визначено рівні сформованості досліджуваної готовності (*низький, достатній, високий*) та розкрито їх зміст.

На підставі аналізу наукових праць, присвячених розкриттю поглядів дослідників на інтерактивні методи навчання, їх класифікацію, досвіду використання інтерактивних методів навчання у підготовці майбутніх стоматологів, обґрунтовано сукупність інтерактивних методів навчання, які вбачаємо доцільними для вирішення поставлених завдань дослідження: *діалогічно-дискусійні* (діалог-розпитування, діалог-домовленість, діалог-обмін враженнями, діалог-обговорення, діалог-бесіда, полілог, ситуативні діалоги, дискусія, метод „Займи позицію”, „мозковий штурм”, метод генерування ідей), *методи кооперативного навчання* (ділові та рольові ігри, метод кейсів, тренінги, метод „грона”, метод „515”, метод „Акваріум”, метод проєктів, метод Jigsaw, баскет-метод, метод навчання по станціям, метод ситуаційного моделювання (метод „кейс-стаді”), моделювання проблемних ситуацій, метод модерації, тренінги).

Визначені теоретичні основи та уявлення про сутність та структуру готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії стали важливими орієнтирами для обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, реалізація якої гарантувала б досягнення цілей, які були поставлені у дослідженні.

Матеріали, які ввійшли до розділу, опубліковано автором у наукових статтях і матеріалах конференцій [309; 315; 317; 318; 319; 320].

РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ

2.1. Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання

У першому розділі дисертації було здійснено спробу зробити ґрунтовний різноаспектний аналіз проблеми підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, обґрунтувати сутність та презентувати структурно-критеріальну характеристику готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, а також розглянути можливості інтерактивних методів навчання щодо формування готовності до професійної взаємодії зазначеної категорії студентів. Дані наробки становлять достатню методолого-теоретичну базу для розробки технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, обґрунтування якої було визначено за мету даного підрозділу.

Обираючи саме *технологію* засобом підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, спиралися на погляди Н. Волкової, яка зазначає, що якість освіти забезпечується технологічністю освітнього процесу, „...оскільки саме технологічність намагається відповісти на запитання, яким чином краще здійснювати освітню діяльність” [68, с. 108].

Уважаємо за необхідне упередити хід і логіку теоретичного обґрунтування педагогічної технології визначенням понять „технологія” та „педагогічна технологія”, що є конститутивними у дослідженні.

Технологія (від грец. *techne* – мистецтво, майстерність, уміння й *logos* – слово, поняття, вчення) – це „сукупність процесів, правил, навичок, що застосовуються при виготовленні певного виду продукції у будь-якій сфері

виробничої діяльності. У своїй еволюції технологія спирається на всю сукупність природно-наукових знань і у свою чергу призводить до виникнення нових галузей науки і техніки, створює матеріальну та інформаційну базу для їх розвитку” [28].

На сучасному етапі розвитку суспільства технологія інтегрує досягнення науки і практики та являє собою складну динамічну систему, до якої входять не лише штучні технічні пристрої, виробничі процеси, операції та ресурси, а й підсистеми соціальних наслідків, управління тощо.

Поняття „педагогічна технологія” впливає з уявлення про технологію на основі використання технічних засобів навчання із запровадженням заздалегідь спроектованого навчально-виховного процесу.

Цілком влучним є визначення В. Докучаєвої, яка презентує педагогічну технологію як „сукупність процесів, правил, що виконують підпорядкувальну (нормотворчу) та упорядкувальну (алгоритмізуючу) функції стосовно дій проектувальника, які спрямовані на створення заданого об’єкта – інноваційної педагогічної системи” [105, с.172].

Незважаючи на існування неоднозначного тлумачення терміну „педагогічна технологія” (С. Гончаренко [87], С. Сисоєва [281], Д. Чернілевський [335], Ф. Янушкевич [355] та ін.), наведемо погляд В. Беспалька, який вважає, що педагогічна технологія – це змістово-операційна діяльність щодо забезпечення педагогічного процесу; систематичне і послідовне втілення на практиці заздалегідь спроектованого навчально-виховного процесу; сукупність взаємозв’язаних засобів, методів і процесів, необхідних для організації цілеспрямованої дії з формування особи із заданими якостями; „діяльність, спрямована на створення умов для формування особистості; раціонально організована діяльність щодо забезпечення досягнення мети педагогічного процесу” [28, с. 31].

Вагомими виявилися погляди С. Кашлева на особливості педагогічної технології. Автор виокремив такі:

– педагогічна технологія розробляється під конкретний педагогічний

задум, у її основі лежить певна методологічна, філософська позиція автора;

- технологічний ланцюжок (алгоритм) педагогічних дій, операцій, комунікацій педагогічної технології вибудовується відповідно до цільових настанов, які мають форму конкретного результату;

- функціонування педагогічної технології передбачає взаємопов'язану діяльність педагога і студента на договірній основі з урахуванням принципів індивідуалізації і диференціації, оптимальну реалізацію людських і технічних можливостей, використання діалогу, спілкування;

- формування знань і умінь у межах педагогічної технології відбувається шляхом розкриття спеціально переробленого змісту;

- поетапне планування і послідовне втілення елементів педагогічної технології повинні бути, з одного боку, відтворювані будь-яким педагогом, з іншого боку – гарантувати досягнення планованих результатів усіма учнями;

- органічною частиною педагогічної технології є діагностичні процедури, які містять критерії, показники та інструментарій вимірювання результатів діяльності [137, с. 46].

Основними аспектами педагогічної технології, на думку Г. Селевка, є науковий (розробка мети, змісту, методів навчання та проектування педагогічних процесів); процесуально-описовий (алгоритм досягнення запланованих результатів навчання); процесуально-дієвий (дії всіх особистісних, інструментальних та методологічних педагогічних засобів) [275].

Отже, педагогічна технологія є конкретним способом організації діяльності для отримання спільно визначених, гарантованих, потенційно відтворюваних педагогічних результатів; сукупністю методів, способів, прийомів та засобів навчання, формування знань і умінь шляхом розкриття спеціально переробленого змісту. Вона має відповідати критеріям: *концептуальності* (побудова технології на основі наукової концепції, що містить філософське, психологічне, дидактичне та соціально-педагогічне

обґрунтування досягнення визначених цілей); *системності* (наявність взаємозв'язку всіх її частин, цілісність); *керованості* (можливість діагностичного цілепокладання, планування, проектування навчального процесу, поетапної діагностики, варіювання способів та методів для корекції результатів); *ефективності* (результативність, оптимальність витрат і досягнення певного стандарту навчання); *відтворюваності* (можливість повторної реалізації в інших однотипних навчальних закладах іншими суб'єктами).

Стосовно технології навчання, О. Набока презентує такі її компоненти: мета навчання; структурно представлений зміст; певна логіка застосування методів; прийомів, засобів навчання в межах конкретної організаційної форми та способу взаємодії суб'єктів навчального процесу; визначена послідовність оцінки результатів засвоєння навчальної інформації з набором методичного інструментарію в межах конкретної форми контролю. Отже, технологія навчання є „... системою форм, методів, прийомів і засобів, спрямованих на гарантоване досягнення цілей фахової підготовки ..., які максимально наближують її до умов професійної діяльності, забезпечуючи формування конкурентоспроможного на ринку праці фахівця” [211, с. 79].

Відповідно до зазначеного, зрозуміло, що зміст, методи й засоби навчання є взаємопов'язаними та взаємообумовленими. Викладач має віднайти необхідний зміст, оптимальні форми, методи й засоби навчання, реалізація яких має бути спрямована на досягнення поставлених цілей. Зважаючи на зазначене технологія навчання може бути представлена у вигляді схеми (рис. 2.1).

У роботі під *технологією підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання розуміємо конкретним способом організовану сумісну діяльність викладачів та студентів, яка забезпечує підготовку майбутніх стоматологів до професійної взаємодії; сукупність методів, прийомів та засобів навчання, форм контролю і корекції, що поетапно (пропедевтичний, змістово-*

процесуальний, рефлексивно-аналітичний, контрольньо-оціночний) упроваджуються у навчальний процес ВНЗ та гарантують досягнення кінцевого результату.

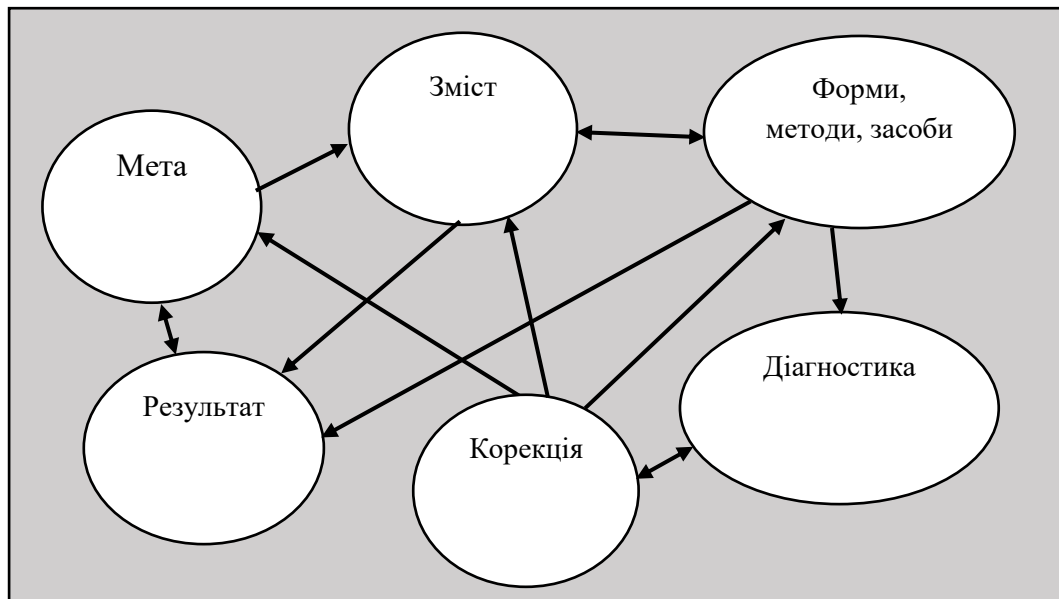


Рис. 2.1 Схема структури технології навчання

Щодо проектування технології, урахували погляди Н. Волкової, Г. Селевка. Науковці акцентували на тому, що проектування технології передбачає: визначення мети та способів її досягнення, концептуальної основи, змістовної частини навчання, технологічного процесу.

Спираючись на зазначене, у дослідженні обрано такий алгоритм проектування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання: визначення цільових орієнтирів, завдань, методологічних засад, принципів; проведення попередньої діагностики рівня сформованості в студентів готовності до професійної взаємодії; моделювання змісту, форм та методів підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; рефлексія, самодіагностика, самокоректування; діагностика кінцевого рівня сформованості досліджуваного феномену у майбутніх стоматологів.

Отже, технологія підготовки майбутніх стоматологів до професійної

взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, яка має чітко визначені мету й завдання, методологічні засади, принципи, містить такі етапи реалізації; *пропедевтичний* (навчально-методичний семінар для викладачів «Формування готовності студентів до здійснення професійної взаємодії», розробка навчально-методичного забезпечення, попередня діагностика); *змістово-процесуальний* (зміст, форми, інтерактивні методи навчання); *рефлексивно-аналітичний* (рефлексія, самодіагностика, самокоректування); *контрольно-оціночний* (діагностика кінцевих результатів) (рис.2.2).

Загальною **метою** підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання визначено формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії. Згідно мети поставлено такі **завдання**: стимулювання у студентів мотивації до оволодіння майстерністю професійної взаємодії, наполегливості у досягненні своїх цілей, потреби в самопізнанні й самовдосконаленні; оволодіння студентами знаннями щодо сутності, особливостей професійної взаємодії стоматологів, формування поглядів на особливості взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), бар'єри взаємодії, типи і форми поведінки стоматолога під час взаємодії; спонукання активності у взаємодії з однокурсниками, викладачами, практикуючими стоматологами; відпрацювання комунікативно-мовленнєвих, інтерактивних, морально-етичних умінь, розвиток емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Зупинимо свою увагу на **методологічних підходах**, на яких базується побудова технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Системний підхід. Дозволяє з'ясувати структуру, взаємозв'язки елементів, їх функціонування, цілісність розвитку, сутність й динаміку рівня готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії (В. Афанасьєв [20], Ю. Бурименко [51], Е. Юдін [350], Ю. Шабанова [337]). Крім зазначеного процес підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання досліджується як цілісна система, яка являє

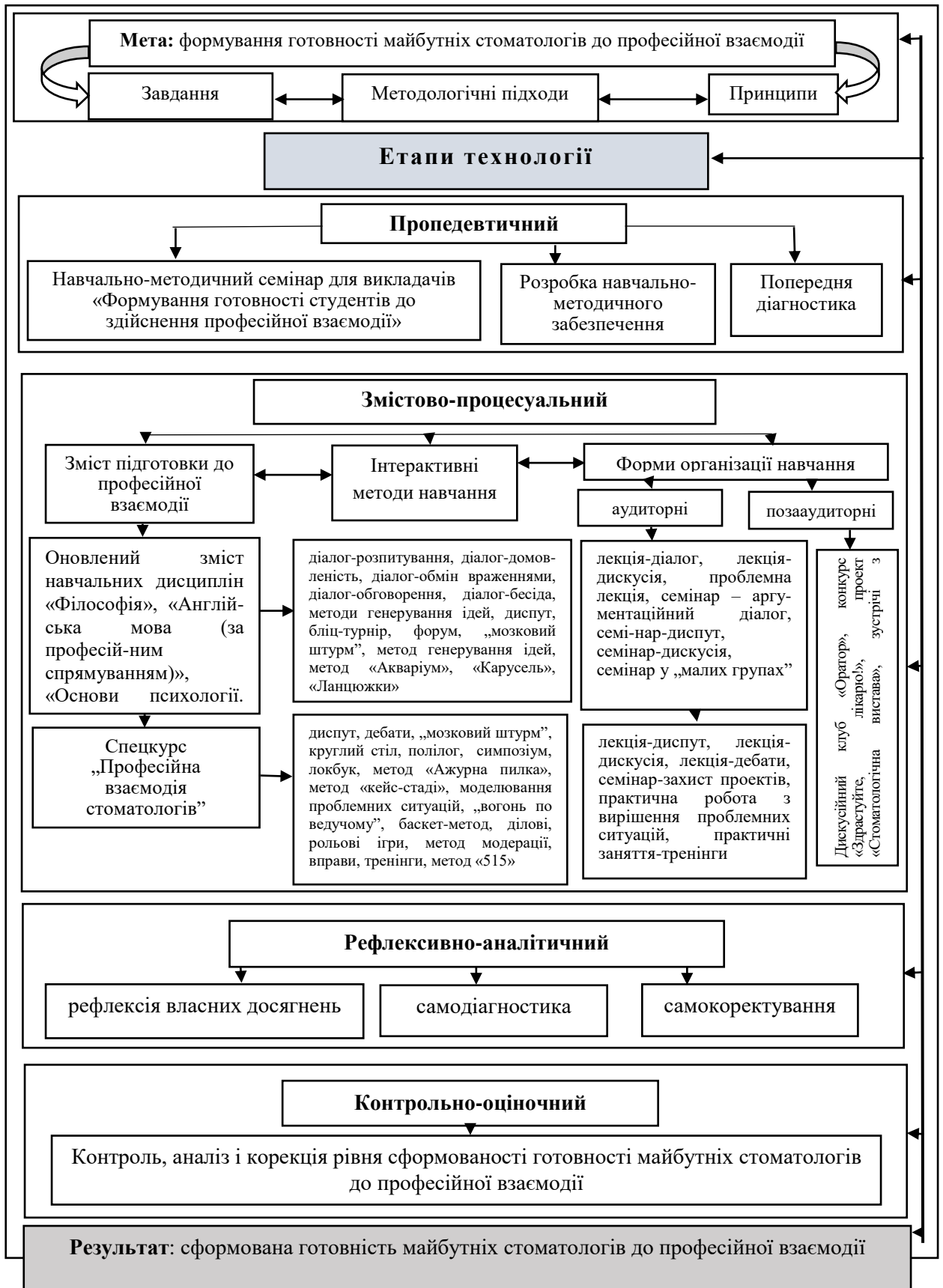


Рис. 2.2. Схема технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання

собою упорядковану множину взаємопов'язаних компонентів (мети, змісту, методів, засобів, форм і результатів навчання).

Кожен із зазначених компонентів спрямовано на досягнення успіху професійної взаємодії.

Діяльнісний підхід. Передбачає визнання провідної ролі діяльності в реалізації внутрішніх потенцій та резервів особистості (Б. Ананьєв [9; 10], М. Каган [127; 128], О. Леонтьєв [185], С. Рубінштейн [264]); дотримання принципів єдності свідомості та діяльності (саме діяльність обумовлює формування психічних процесів і свідомості людини, які, виступаючи регуляторами, стають основою подальшого особистісного вдосконалення), інтеріоризації – екстеріоризації (завдяки засвоєнню зовнішньої соціальної діяльності (інтеріоризації), здійснюється формування психологічної структури особистості). Реалізація даного підходу передбачає включення студентів у різноманітні за змістом та формою види діяльності, максимально наближеної до майбутньої професійної, орієнтує на розвиток навичок цілепокладання, проектування, самоаналізу, рефлексії, спрямовує процес фахової підготовки на формування індивідуальних стилів професійної взаємодії.

Синергетичний підхід. Досліджує цілісні системи в їх змінюваності й розвитку, педагогічні явища з урахуванням їх неоднозначності, суперечливості, варіативності (Л. Величко [58], В. Кремень [163; 280], І. Пригожин, І. Стенгерс [247], А. Самодрин [269]). За такого підходу процес підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії має урахувувати наявність криз, запобігання або подолання яких потребує негайного аналізу (самоаналізу), оновлення професійної картини світу студента-стоматолога; надання можливості вибору в ситуаціях невизначеності, готовність студентів до ризику у майбутній професійній діяльності.

Культурологічний підхід. В основі його – концепція В. Вернадського [60], ідеї М. Бахтіна про культуру як діалог, про цілісне сприйняття людини в бутті, культурі [25; 26], вчення О. Лосєва про медіатори (знак, слово, символ) [189], ідея герменевтичного розуміння освіти Х.-Г. Гадамера [74],

інформаційно-семіотичний підхід до культури Ю. Лотмана [190], ідеї Школи діалогу культур В. Біблера – С. Курганова [32; 33]. Передбачає бачення освіти крізь призму культури, її розуміння як культурного процесу, що здійснюється в культуровідповідному освітньому середовищі, усі компоненти якого „наповнені людськими смислами та слугують людині, яка вільно виявляє свою індивідуальність, здатність до культурного саморозвитку та самовизначення у світі культурних цінностей” [44; 45, с. 251]. Поле культурної самоідентифікації та самодетермінації майбутнього стоматолога є філософія, українська історія й культура, тому й культурне ядро змісту його професійного становлення складають універсальні загальнолюдські, загальнонаціональні, професійні цінності. За такого підходу професія лікаря-стоматолога розглядається як результат соціального й культурного розвитку людства.

Контекстний підхід. За даного підходу процес навчання майбутніх стоматологів здійснюється на підставі моделювання предметного й соціального змісту праці стоматолога, особливостей його професійної взаємодії, що забезпечує „умови перетворення навчальної діяльності студента на професійну” (А. Вербицький) [59]. Отже у навчальній діяльності здійснюється реалізація динамічної моделі руху діяльності студентів від навчальної діяльності через квазіпрофесійну та навчально-професійну до професійної діяльності за допомогою семіотичної імітаційної та соціальної навчальних моделей; створення проблемних ситуацій, що дають змогу розкрити зміст освіти у динаміці шляхом створення завдань, які моделюють професійну діяльність та створюють можливості для інтеграції знань усіх інших дисциплін, необхідних для вирішення цієї ситуації [59].

Особистісно-зорієнтований підхід. В його основі глибокі переконання в тому, що засвоєння студентами гуманітарних знань (зокрема знань з професійної взаємодії) сприяє розкриттю особистісних комунікативних потенцій студентів, стимулює процеси самопізнання, самоствердження та саморегуляції. Даний підхід (Є. Бондаревська [44; 45], В. Серіков [277], І.

Якиманська [353]) характеризується активністю, суб'єкт–суб'єктною взаємодією студентів та викладача, набуттям студентами *особистісного досвіду*, як результату індивідуально-суб'єктного переживання змісту, який вивчається, через створення ситуацій вибору так званого „поля можливостей”. Реалізація зазначеного підходу передбачає надання зовнішнім впливам особистісного сенсу. Завдяки реалізації механізму вибірковості процес підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії стає керованим (забезпечується гармонією зовнішніх впливів і внутрішніх процесів – персоналізація, самоідентифікація, самореалізація тощо).

– *Аксіологічний підхід*. Представлений ідеями Ю. Вооглайда [71]. О. Леонтьєва [185], А. Кавалерова [143], Н. Ткачової [300] та ін.; ґрунтується на визнанні ціннісних орієнтацій особистості в якості регуляторів її діяльності; розкриває механізм формування поглядів студентів на підставі теорії цінностей, ціннісно-діяльнісного ставлення особистості до професійної взаємодії як основи здійснення стоматологічної діяльності. Реалізація зазначеного підходу забезпечує появу бажання в студентів до конструктивної презентації власних поглядів, думок та ідей, глибокого розуміння феномену «цінності», «професійні цінності», «цінності взаємодії», прагнення до реалізації розмаїття стратегій і тактик професійної взаємодії.

Спираючись на виокремлені методологічні підходи, нами визначено *принципи*, за умови реалізації яких можна сподіватися на досягнення очікуваних результатів.

Принцип інтерактивності. Забезпечує різноаспектну презентацію та розгляд будь-якої проблеми, перетворення традиційної активності викладача на активність самих студентів, заохочення їх до самостійного пошуку інформації, обміну знаннями, думками, формування навичок роботи в команді, взаємодії у групі. Забезпечує реалізацію засад діалогічної взаємодії, таких як рівноправ'я, самореалізація і самоутвердження у спільній діяльності шляхом залучення студентів до вирішення професійних і освітніх завдань на демократичних основах, спільного обговорення створених учасниками

навчального процесу продуктів, активної взаємодії із викладачем, іншими студентами, вільного висловлювання власних думок, пошуку істини, яка народжується у процесі взаємодії суб'єктів.

Принцип диверсифікації контексту професійної підготовки. Передбачає урахування усіх складників фахової підготовки майбутніх стоматологів, розширення „поля можливостей” для формування та прояву готовності до здійснення професійної взаємодії.

Принцип діалогізації. Виявляється у превалюванні діалогу у навчальній взаємодії; розвиток у студентів уміння бачити сильні й слабкі аспекти співрозмовника, критично ставитися до отриманої інформації, розрізняти упереджену й неупереджену інформацію, виявляти розбіжності в позиціях учасників діалогу та розуміти позицію співрозмовника.

Принцип індивідуалізації. Спрямовує процес навчання на особистість майбутніх стоматологів, розкриття їх комунікативного потенціалу та здібностей, самоцінності, самостійності, що сприяє внутрішній мотивації та формуванню ціннісного ставлення до професійної взаємодії; дозволяє здійснювати індивідуальний підхід до кожного студента, сприяючи реалізації їх прихованого потенціалу та зважаючи на рівень попередньої підготовки до здійснення професійної взаємодії.

Принцип толерантності. Передбачає поважне ставлення до суб'єктів взаємодії (студентів, викладачів, практикуючих лікарів), розуміння та прийняття розмаїття стратегій і тактик професійної взаємодії стоматолога, поглядів іншої людини, способів самовираження та прояву індивідуальності особистості; увагу суб'єктів взаємодії один до одного, взаєморозуміння.

Принцип інтегративності. Передбачає створення сприятливого освітнього середовища на основі інтеграції навчальної, позааудиторної, науково-дослідної і практичної діяльності, яка здійснюється на базі різних видів медичних установ.

Принцип особистісної свободи. Реалізується через надання кожному студенту можливості самореалізуватися у різновидах взаємодії завдяки

надання свободи вибору відповідно власних здібностей та інтересів як видів взаємодії, так і рольових функцій.

Значним фактором підвищення ефективності навчання, зокрема формування у майбутніх стоматологів готовності до професійної взаємодії, є забезпечення високого рівня пізнавальної мотивації та активності студентів, зацікавленості їх як у самому процесі учіння, так і у знаннях з професійної взаємодії, що є потужним імпульсом до діяльності, і призводить до досягнення мети навчання, особистих цілей.

На думку С. Рубінштейна, будь-яка дія починається з мотиву, тобто спонукаючого до дії переживання чогось значущого, що надає даній дії сенсу для індивіда. Визначення мотиву є відповіддю на питання, заради чого здійснюється діяльність. Отже, процес учіння заснований на мотивації – сукупності внутрішніх факторів, що зумовлюють поведінку і діяльність людини і підтримують її на необхідному рівні [264]. Вагомими стали погляди Л. Карамушки, що студенти, у яких переважає спрямованість на себе, характеризуються прагненням до задоволення власних потреб, особистих переваг, престижу [133]. Якщо ж навчання відповідає їх прагматичним прагненням, досягненню власних цілей, то вони виявляють до нього інтерес, якщо така тенденція не виявляється, їх активність значно знижується. Отже, мотиви учіння можливо формувати завдяки відповідним чином організованим зовнішнім впливам (навчання, виховання) та їх регуляції. Зазначені міркування можна екстраполювати на процес формування мотивів підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Вважаємо, що навчальна діяльність студента, спрямована на підготовку майбутніх стоматологів до професійної взаємодії є діяльністю досягнення, оскільки вона орієнтована на досягнення певного результату як критерію успішності. Вагомими для нас виявилися результати досліджень Л. Журавської [116], Ю. Комар [150], в яких доведено, що в навчальній діяльності більш успішними є студенти, у яких мотив досягнення успіху (прагнення до успіху, підвищення рівня власних можливостей, які

підтримуються інформацією про отримані результати) переважає над мотивом уникнення невдач. Отже, найбільш потужними мотивами, які впливають на поведінку та діяльність студентів вважаємо мотиви досягнення й пізнавальні мотиви, що ведуть до пізнання навколишньої дійсності, відкриття нового. Тому під час підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії акцентуємо увагу саме на формуванні мотивів досягнення та пізнавальних мотивів, чому сприяє відповідність навчального змісту цілям професійної підготовки майбутнього стоматолога, переконання студентів у важливості оволодіння навчальними дисциплінами для забезпечення готовності до професійної взаємодії.

Розкриємо сутність етапів технології.

Пропедевтичний. Передбачає теоретико-методичну підготовку викладачів вищого медичного навчального закладу до формування готовності майбутніх лікарів до здійснення професійної взаємодії шляхом проведення навчально-методичного семінару „Формування готовності студентів до здійснення професійної взаємодії”; розробку навчально-методичного забезпечення процесу підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання. Даний етап включає також попередню діагностику рівня сформованості у майбутніх стоматологів готовності до професійної взаємодії (констатувальний етап педагогічного експерименту).

Змістово-процесуальний. Має за мету конструювання цілісного процесу навчання, який забезпечує оволодіння студентами комплексом знань, необхідних для виконання професійних функцій, основу реалізації яких складає взаємодія.

При цьому йдеться про виокремлення студентами з масиву пропонованої інформації *суттєво нової для них*, особистісно значущої. Такий підхід вбачаємо надзвичайно важливим, оскільки переконані, що «нарощування» інформації може протікати лише у сфері особистісного знання (майбутні стоматологи мають вміти в будь-який момент віднайти та

відібрати з наявного розмаїття інформації потрібні знання, необхідні для здійснення професійних дій).

Поділяємо думки Н. Волкової, Ю. Пасова щодо важливості усвідомлення студентами знання як власної цінності. Дослідники стверджують, що презентований студентам зміст має „відображати зв'язки і стосунки предметів, явищ об'єктивної дійсності й містити в собі особисті погляди того, хто говорить, його оцінку, ставлення до предметних зв'язків зовнішнього світу, ... емоційну забарвленість...” [68, с.185]. При цьому співставлення нового знання з власним – „процес суперечливий і неоднозначний, своєрідна дискусія, діалог (переважно внутрішній), у результаті якого формується емоційне ставлення до пропонованих знань й первинне їх прийняття або відкидання” [230, с. 152]. Саме виникнення „когнітивного дисонансу” (Л. Фестінгер) спонукає людину до його подолання. Прагнучи редукувати дисонанс, суб'єкт або змінює, переоцінює „вихідну інформацію”, або змінює себе і власну поведінку [68, с.242].

А. Борисюк зазначає, що знання майбутнього медичного працівника мають бути зорієнтовані на формування реальних практичних навичок – подолання комунікативних бар'єрів, стресових навантажень, розв'язання конфліктних ситуацій, формування колективу і взаємин у ньому, спілкування в групах та оптимізації цього процесу тощо. Важливо, щоб знання й навички мали комплексний характер, що передбачає вміння ефективно синтезувати отримані відомості й легко застосовувати їх на практиці [49].

Моделюючи зміст підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії спиралися на вищезазначене, урахувавши можливості інтеграції знань із різних дисциплін гуманітарної, фахової підготовки майбутніх стоматологів. Реалізуючи сказане, нами оновлено зміст навчальних дисциплін, пов'язаних із професійною взаємодією стоматологів. До низки цих дисциплін віднесено такі: *„Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Основи психології. Основи педагогіки”*.

Вважаємо, що у процесі їх вивчення є всі можливості створення найкращих умов для формування в студентів готовності до здійснення професійної взаємодії. Орієнтація на підготовку майбутніх стоматологів до професійної взаємодії передбачає оптимізацію ресурсів і можливостей у межах викладання кожної дисципліни, оскільки за допомогою реалізації міждисциплінарного підходу можна значно збагатити кваліфікаційні ознаки майбутнього лікаря як фахівця сучасного типу.

Оновлення навчальних дисциплін передбачає розширення змісту навчальних програм завдяки їх доповненню й збагаченню теоретичними знаннями щодо сутності професійної взаємодії стоматолога, моделей, стратегій, тактик професійної взаємодії тощо, а також збільшення кількості годин, відведених на практичні заняття і самостійну роботу студентів завдяки впровадженню інтерактивних методів навчання.

Шляхи оновлення змісту навчальних дисциплін представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Оновлення змісту навчальних дисциплін із метою підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії

Навчальна дисципліна	Зміст оновлення навчальної дисципліни
Філософія (III семестр)	<p>Медицина як науковий і культурний феномен. Система професійних цінностей взаємодії лікаря-стоматолога. Духовна культура лікаря-стоматолога як основа професійної взаємодії. „Лікар – філософ, рівний Богові”.</p> <p>Як поєднувати в спілкуванні стоматолога з пацієнтом щирість і лікарську таємницю? Добро як етична категорія і її місце в ціннісних орієнтаціях стоматолога. Соціальна відповідальність в структурі етичних орієнтацій стоматолога. Християнські цінності милосердя, співчуття й діяльної любові в моделі Парацельса.</p> <p>Гіппократ про етичні цінності лікаря. Парацельс та його погляди на проблему моральності взаємодії лікаря та пацієнта. Професійна взаємодія лікаря та пацієнта в працях М. Пирогова. Людяність та гуманізм видатного терапевта С. Боткіна, хірурга професора і єпископа Луки (В. Войно-Ясенецького), тюремного</p>

	<p>доктора Ф. Гааза, доктора К. Федяєвського.</p> <p>Аналіз творів М. Булгакова „Записки юного лікаря” та В. Вересаєва „Записки лікаря”.</p> <p>Мозковий штурм „Сучасна філософія медицина: якою їй бути?”. Дебати „Різні культури – різні культури лікування”. Ділова гра „Медицина. Стоматологія. Культура. Реформи”</p>
<p>„Англійська мова (за професійним спрямуванням)” (I, II, III, IV семестри)</p>	<p>Я – студент, майбутній стоматолог. Міжкультурна взаємодія лікаря-стоматолога. Створення команди працівників стоматологічної установи. Презентація стоматологічної послуги. Ділове спілкування лікаря-стоматолога. Індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога.</p> <p>Фахова термінологія і стандартизовані мовленнєві конструкції.</p> <p>Імперативні висловлювання як основа діалогу лікаря-стоматолога.</p> <p>Метод „Акваріум” („Домінантна ліва рука лікаря-стоматолога, недолік чи перевага?”, „Аргументуй власну позицію”).</p> <p>Форум „Міжнародна конференція лікарів”.</p>
<p>Основи психології. Основи педагогіки (II семестр)</p>	<p>Особистість стоматолога як фактор лікувального впливу на клієнта.</p> <p>Основні принципи психології лікування. Типи і форми поведінки стоматолога. Психологічні особливості професійної взаємодії стоматолога.</p> <p>Проведення бесіди в умовах проблемної ситуації. Ефективність медико-педагогічного переконання в комплексній системі профілактики стоматологічних захворювань. Особливості формування позитивного іміджу фірми і конкретного працівника з точки зору клієнта. Типологія поведінки клієнтів стоматологічної клініки. Фактори професійного стресу. Саморегуляція психоемоційного стану стоматолога.</p> <p>Дискусії „Прийом стоматологом пацієнта-візуала (кінестетика, аудіала, дігтала)”, „Стоматолог і та батьки пацієнта-дитини”.</p>

Формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії у процесі вивчення зазначених навчальних дисциплін передбачає послугування такими інтерактивними методами навчання: діалогічно-дискусійні (діалог-розпитування, діалог-домовленість, діалог-обмін

враженнями, діалог-обговорення, діалог-бесіда, полілог, „займи позицію”, „мозкова атака” („мозковий штурм”), метод генерування ідей, метод „515”), ігрові (ігри-опитування: „Передай наступному”, „Запитай товариша”, „Ти – мені, я – тобі”, „Змагання команд”), метод проекту; моделювання проблемної ситуації (спосіб аналогій, індуктивний, аналітико-синтетичний спосіб, висунення проблемного питання); метод „Ланцюжки”.

Взаємодія студентів під час проведення занять може здійснюватися по-різному: у парах (діадах), ротаційних трійках, за карусельним принципом, малих групах (мікрогрупах), бригадах, члени яких мають спільне завдання, під час вільного руху по аудиторії і чергових зустрічах один із одним, одного чи декількох студентів, що ведуть бесіду з членами групи, яка виконує індивідуальне завдання, у процесі вербального взаємообміну окремих мікрогруп чи груп у процесі виконання загального завдання всією групою.

Окрім цього, з метою набуття студентами теоретичних знань і практичних умінь у галузі професійної взаємодії розроблено спеціальний курс „Професійна взаємодія стоматолога” („... курс лекцій у вищому навчальному закладі, що являє собою поглиблену розробку спеціальної, окремої теми за програмою, запропонованою лектором” [57]), який введено у навчальний план студентів експериментальної групи у *V семестрі*; його зміст органічно поєднується зі змістом вищезазначених дисциплін, знання з яких стали підґрунтям для засвоєння даної дисципліни.

Метою викладання навчальної дисципліни **„Професійна взаємодія стоматологів”** є формування в майбутніх стоматологів готовності у здійсненні професійної взаємодії, як основи здійснення професійної діяльності.

При вивченні дисципліни вирішуються такі основні **завдання**:

- набуття майбутніми стоматологами теоретичних знань із проблем комунікації та взаємодії;
- підвищення рівня потреби у спілкуванні, здійсненні розмаїття взаємодій;

- формування в майбутніх стоматологів готовності до здійснення професійної взаємодії;

- формування в майбутніх стоматологів позитивної комунікативної налаштованості на командну взаємодію і отримання задоволення від неї.

Програма дисципліни розрахована на 120 годин, із яких: лекційних – 10 годин, семінарських лекційних – 10 годин, практичних занять – 10 годин, індивідуальної роботи – 24 години, самостійної роботи – 66 годин.

Згідно з вимогами освітньої програми студенти повинні:

знати:

- стилі, тактики й стратегії професійної взаємодії;
- принципи взаємодії клієнта і стоматолога;
- особливості складних, конфліктних взаємовідносин між стоматологом і клієнтом;
- класифікації бар'єрів професійної взаємодії;
- сутність готовності стоматологів до професійної взаємодії;
- формування індивідуального стилю і проблеми професійної деформації;
- види, особливості вербальних засобів професійної комунікації;
- невербальні засоби комунікації;
- особливості використання комп'ютерних мереж у професійній діяльності стоматолога;
- етичні правила й правові аспекти взаємодії стоматолога з пацієнтом;
- особливості професійної взаємодії за допомогою електронної пошти;
- встановлення комунікативних зв'язків через участь у всесвітніх тематичних телеконференціях;
- особливості мережного етикету;

вміти:

- послуговуватися у практичній діяльності різними моделями, стилями, тактиками й стратегіями професійної взаємодії;

- володіти механізмами привернення уваги клієнтів у процесі взаємодії;
- створювати позитивний емоційний фон взаємодії;
- вирішувати складні ситуації у професійній взаємодії;
- застосовувати різні стратегії запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії;
- володіти різними способами впливу на людей під час взаємодії;
- застосовувати індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними клієнтами та співробітниками;
- володіти вербальними засобами професійної комунікації;
- організовувати взаємодію в режимах зв'язку „off-line” й „on-line”.

Оволодіння студентами змісту спецкурсу має виробити систему дій, спрямованих на застосування знань професійної взаємодії під час вирішення різноманітних професійно спрямованих завдань, основою яких є розмаїття ситуацій професійної взаємодії, сформувати в студентів мотиваційний, когнітивний, операційний, особистісний компоненти готовності до професійної взаємодії.

Майбутні стоматологи мають усвідомити сутність розмаїття професійних ролей стоматологів під час взаємодії; види, функції взаємодії лікаря-стоматолога; стилі, тактики й стратегії професійної взаємодії; принципи взаємодії клієнта і стоматолога, асистента і стоматолога; особливості встановлення тандему стоматолога та асистента. Вони мають володіти особливостями складних, конфліктних взаємовідносин між стоматологом і клієнтом (асистентом, керівником, колегою); інформацією про бар'єри професійної взаємодії; основами формування індивідуального стилю і питаннями щодо професійної деформації; видами, особливостями вербальних та невербальних засобів здійснення професійної взаємодії; механізмами привертання уваги й переконання клієнтів; технологіями вирішення складних ситуацій у взаєминах та ін.

Увага має приділятися оволодінню студентами вміннями

послугуватися у практичній діяльності різними моделями, стилями, тактиками й стратегіями професійної взаємодії; володіти механізмами привернення уваги клієнтів у процесі взаємодії; створювати позитивний емоційний фон взаємодії; вирішувати складні ситуації у професійній взаємодії; застосовувати різні стратегії запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії; володіти різними способами впливу на людей під час взаємодії; застосовувати індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними клієнтами та співробітниками.

Презентація змісту спецкурсу передбачає проблемність у викладанні. Тобто викладач не дає знання в готовому вигляді, а ставить перед студентами певну проблему та пропонує шляхи її вирішення, демонструючи майбутнім фахівцям зразок правильних дій. Доцільним вбачаємо також впровадження елементів частково-пошукової діяльності, що передбачає чергування самостійних дій студентів з метою вирішення поставленої проблеми та дій викладача, який приходить до них на допомогу тоді, коли вони відчують труднощі.

Упевнені, що досягти зазначеного можна шляхом технологічного забезпечення процесу професійної підготовки майбутніх стоматологів.

Програмою спецкурсу передбачено гармонійне поєднання *лекційних* (лекція-діалог, лекція-дискусія, проблемна лекція), *семінарських* (семінар у „малих групах”, семінар – захист проектів, індивідуальних творчих завдань) і *практичних* занять з використанням інтерактивних методів навчання: *діалогічно-дискусійних* (диспут, дебати, „мозковий штурм”, круглий стіл, симпозіум, локбук, кейс-метод, „вогонь по ведучому”, баскет-метод (розбір кореспонденції, ділових паперів) – метод навчання, який припускає виконання студентами ролі співробітників, яким потрібно розібрати запити, що накопичилися, листи, службові записки, звіти, факси тощо і за кожним прийняти рішення. Він заснований на роботі з документами й паперами, що належать до повсякденної діяльності будь-якої установи (фірми, офісу), *ігрових* (ділові, рольові ігри), *модерації*, *тренінгових* (див. додаток 3). Вибір

методів навчання здійснено з урахуванням наукових наробків Н. Волкової [66; 67; 68; 69], Л. Кондрашової [152], Т. Поясок [245], С. Сапожникова [271] та ін.

У формуванні готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії значну увагу приділяємо активній участі студентів у різних формах *позааудиторної роботи*, мета якої – створення умов для творчого інтелектуального розвитку студентів у вільний від навчання час, їх самореалізації; підготовка студентів до професійної взаємодії; упровадження інноваційних форм і методів організації такої підготовки. Переконані, що позааудиторна робота зі студентами повинна мати професійно спрямований характер, що дозволить їм набути первинного практичного досвіду, сформувати навички самостійних дій, пошуку власного професійного стилю взаємодії.

У дослідженні надаємо перевагу формам позааудиторної роботи, що сприяють формуванню компонентів готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, а саме: організація роботи дискусійного клубу „Оратор”, проведення конкурсу „Здрастуйте, лікарю!”, захист проекту „Стоматологічна вистава”, організація зустрічей з провідними стоматологами.

Рефлексивно-аналітичний. Даний етап технології є надзвичайно вагомим через усвідомлення того, що успіх сформованості високого рівня готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії обумовлений здатністю студентів до рефлексії (від *лат. reflexio* – відображення; „звернення назад), самопізнання внутрішніх психічних актів і станів на основі життєвого досвіду, розвитку в них уміння зосереджуватися на собі, власних досягненнях” [203, с. 7].

За наявності рефлексивної позиції студенти отримують можливість сприймати результати своєї діяльності, оцінювати їх рівень, планувати подальші корекційні дії. Розроблений діагностичний інструментарій (параграф 2.3) дозволяє двічі на семестр проводити діагностичні зрізи серед студентів.

З метою розвитку рефлексії доцільним є *метод локбука* (локбук – записник, який містить ідеї, роздуми студента за результатами окремого заняття, ускладнення або проблеми у процесі навчання), який передбачає здійснення самоаналізу на підставі ALACT-моделі (дія – погляд на виконану дію – усвідомлення суттєвих сторін – створення альтернативних методів дії – випробування), спрямований на відпрацювання навичок самоаналізу, самооцінки, самоконтролю.

Вбачаємо за необхідне використовувати метод *сталкінгу* (від англ. *stalking* – підкрадатися), який передбачає роботу із завданнями саморозуміння та самоприйняття; спрямований на відслідковування власних реакцій та станів, що виникають внаслідок зовнішнього впливу. Наш вибір обумовлено тим, що як відомо, саморозвиток особистості зумовлений дією внутрішніх механізмів. Щодо зовнішнього тиску, то будь-яка його форма (настанова, рекомендація, приписи) викликає внутрішній опір з метою збереження індивідуальності.

Передбачено також послугування самодіагностикою, спрямованою на визначення рівня сформованості досліджуваної готовності. Завдяки цьому майбутні стоматологи отримують можливість акцентувати увагу на слабких місцях власної діяльності. Самодіагностика має здійснюватися кожного семестру з метою координації дій викладачів та студентів.

Контрольно-оціночний. Даний етап передбачає контроль, аналіз отриманих в процесі експериментальної роботи результатів, виявлення недоліків у здійсненні процесу формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, внесення уточнень, що об'єктивно сприяють продуктивному формуванню досліджуваної готовності, визначення перспектив подальшої діяльності як викладачів, так і студентів.

Результатом реалізації технології є сформованість кожного компонента готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії й досліджуваного феномена у цілому.

У наступному підрозділі представлено опис формувального етапу експерименту, а саме реалізації технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

2.2. Експериментальна перевірка технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання

У підрозділі 2.1 дисертації обґрунтовано технологію підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання. Даний підрозділ спрямовано на розкриття етапів реалізації зазначеної технології під час проведення формувального етапу експерименту.

Реалізуючи технологію, спрямовану на формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, спиралися на системний, діяльнісний, синергетичний, культурологічний, контекстний, особистісно-зорієнтований, аксіологічний методологічні підходи. Під час організації дослідження дотримувалися визначених принципів, а саме: інтерактивності, диверсифікації контексту професійної підготовки, діалогізації, індивідуалізації, толерантності, інтегративності, особистісної свободи.

Розкриємо особливості реалізації кожного етапу досліджуваної технології.

На *пропедевтичному етапі* вирішувалися такі завдання: здійснення теоретико-методичної підготовки викладачів вищого медичного навчального закладу до формування готовності майбутніх лікарів до здійснення професійної взаємодії шляхом проведення навчально-методичного семінару; розробка навчально-методичного забезпечення підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії; здійснення попередньої діагностики рівня сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Теоретико-методична підготовка викладачів вищого медичного

навчального закладу до формування готовності майбутніх лікарів до здійснення професійної взаємодії була здійснена шляхом проведення навчально-методичного семінару „Формування готовності студентів до здійснення професійної взаємодії”, метою якого стало оволодіння професорсько-викладацьким складом ВНЗ знаннями та навичками формування у студентів готовності до професійної взаємодії.

Перш за все зазначимо, що значна увага на семінарі була приділена розкриттю сутності, компонентно-структурному складу готовності студентів до здійснення професійної взаємодії, а також методиці застосування інтерактивних методів навчання у процесі фахової підготовки студентів. Після навчально-методичного семінару викладачі мали знати: сучасні методи навчання майбутніх стоматологів професійної взаємодії, зокрема моделей взаємодії, технік слухання та інформування пацієнтів); вміти урахувати особливості професійної взаємодії лікаря, лікарської комунікації, методи навчання студентів технікам взаємодії, слухання та інформування пацієнтів про характер захворювання та лікування; реалізовувати на практиці розмаїття інтерактивних методів навчання студентів професійній взаємодії.

Семінар включав лекції (8 год.), практичні заняття (4 год.), тренінгові заняття (6 год.), майстер-класи (4 год.). Учасниками семінару були викладачі кафедр гуманітарних наук, мовної підготовки ДЗ „Дніпропетровська медична академія”. Зазначимо, що тематикою семінару зацікавилися і лікарі-інтерни за фахом „Стоматологія”, а також викладачі кафедр стоматології ФПО, дитячої стоматології, хірургічної стоматології, імплантології та парадонтології.

Особливу зацікавленість у викладачів викликали обговорювані питання, які розкривали сутність сучасних інтерактивних методів навчання, їх можливості щодо підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії. У рамках семінару висвітлювалися питання щодо методики проведення діалогічно-дискусійних, кооперативних технологій навчання. Увага викладачів акцентувалася на технологіях встановлення суб'єкт-

суб'єктних відносин в системах „студент – студент”, „студент – викладач” та забезпечення їх взаємодії; налагодженні професійних відносин зі студентами, які базувалися на доброзичному ставленні один до одного, прояві відповідальності, дотриманні етики взаємодії. Найдосвідченіші викладачі проводили майстер-класи.

На пропедевтичному етапі для нас важливим було здійснити попередню діагностику рівня сформованості компонентів готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії: *мотиваційний* – потреба у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наявність мотивації досягнення (прагнення до успіху, самовдосконалення); *когнітивний* – повнота та міцність засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога, активність у взаємодії з однокурсниками, викладачами, фахівцями; *операційний* – сукупність умінь професійної взаємодії (комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні), рівень володіння умінням, застосування, ставлення до моделювання професійних взаємодій; *особистісний* – емпатійність, емоційний інтелект, толерантність, рефлексивність (рівень виявлення у процесі професійної взаємодії). Опис результатів надано у підрозділі 2.3. Отримані результати дозволили більш цілеспрямовано розробити навчально-методичне забезпечення процесу підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Реалізуючи *змістово-процесуальний* етап технології, перш за все, спрямовували увагу на формування мотиваційного складника готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, а саме: системи мотивів, ціннісних орієнтацій і смислових установок фахівця, які визначають загальну спрямованість професійного спілкування, характер та успішність взаємодії з партнерами. Формування стійкої позитивної мотивації до оволодіння майстерністю професійної взаємодії, наполегливості у досягненні своїх цілей, потреби в самопізнанні й самовдосконаленні, прийняття ними цінностей професійної діяльності, зокрема професійної взаємодії та

необхідних для цього знань відбувалося за рахунок участі студентів у розмаїтті взаємодій з однокурсниками, викладачем, використанню індивідуальних завдань, ситуацій партнерства як навчального співробітництва.

Щодо змісту підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, то експериментальна робота була розпочата зі студентами першого курсу спеціальності „Стоматологія”. На основі глибокого аналізу робочих програм навчальних дисциплін „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Філософія”, „Основи психології. Основи педагогіки”, було зроблено висновок про можливість розширення їх змісту за рахунок уведення додаткових тем, що дозволяють розкрити в межах конкретної навчальної дисципліни основи професійної взаємодії стоматолога (див. табл. 2.1).

Так, вивчення студентами дисципліни „Англійська мова (за професійним спрямуванням)” передбачало засвоєння таких питань: „Я – студент, майбутній стоматолог”, „Міжкультурна взаємодія лікаря-стоматолога”, „Створення команди працівників стоматологічної установи”, „Презентація стоматологічної послуги”, „Ділове спілкування лікаря-стоматолога”, „Індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога”, „Фахова термінологія і стандартизовані мовленнєві конструкції”, „Імперативні висловлювання як основа діалогу лікаря-стоматолога”. Розгляд зазначених питань було спрямовано на формування у студентів потреби у підвищенні майстерності професійної взаємодії, активності у взаємодії з однокурсниками, викладачами, фахівцями, мовленнєвих, морально-етичних умінь, емпатійності, толерантності.

Викладачі послуговувалися такими інтерактивними методами навчання, як діалог-розпитування, діалог-домовленість, діалог-обмін враженнями, діалог-обговорення, діалог-бесіда, бліц-турнір, метод „Акваріум”, метод „Карусель”, форум).

Так, введення такого питання як „Імперативні висловлювання як основа

діалогу лікаря-стоматолога” було обумовлене тим, що характерною особливістю професійного мовлення лікаря-стоматолога є вживання значної кількості імперативних висловлювань, спрямованих як до пацієнта, так і до медсестри. Під час вивчення дисципліни „Англійська мова (за професійним спрямуванням)” студенти оволодівали професійним мовленням на матеріалі імперативних висловлювань (імперативні форми другої особи, імперативні форми спільної дії, імперативні форми третьої особи, імперативні форми першої особи). Звернення до даної теми пов'язано з тим, що в професійне мовлення стоматолога передбачає використання певного ряду імперативних висловлювань як основи діалогу лікаря з пацієнтом або молодшим медичним персоналом у формі спонукання до дії: „Відкрийте рот!”, „Сплюньте!”, „Підніміть підборіддя!”, „Чистіть зуби двічі на день!”, „Витріть губи!”, „Сглотніть слину!” (стоматолог – пацієнтові); „Тримайте слиновідсос!”, „Приберіть слину!”, „Підготуйте інструменти!”, „Підготуйте розчин” та ін. (стоматолог – медсестрі). Ефективним виявилось послугування методом „Карусель”, що дозволило формувати у студентів вміння встановлювати контакти із пацієнтом; підтримувати зворотній зв'язок під час взаємодії, володіти увагою – внутрішньою, зовнішньою; володіти голосом, тобто уміти змінювати тональність, силу, ритм і гучність голосу відповідно до мети та умов комунікації тощо. Ми використали цей метод для інтенсивної перевірки обсягу й глибини наявних знань. Студенти були розміщені у два кола: студенти внутрішнього кола були розташовані спиною до центру і сиділи обличчям до учасників зовнішнього кола. Таким чином, кожен сидів навпроти іншого. Внутрішнє коло було нерухоме, а зовнішнє – рухливе: за сигналом ведучого всі його учасники пересувалися на один стілець вправо і опинялися перед новим партнером. Мета – пройти все коло, виконуючи поставлене завдання. Завдання студентів полягало в перевірці рівня володіння студентами знаннями щодо організації професійної взаємодії.

З метою оволодіння студентами мовленнєвими вміннями, зокрема володіння фаховою термінологією і стандартизованими мовленнєвими

конструкціями медичної галузі, здатністю використовувати мовні засоби відповідно до мети й ситуації спілкування, планування та добір доречно поставлених запитань, реплік було використано метод „Акваріум”. Так, перед студентами ставилось запитання: „Домінантна ліва рука лікаря-стоматолога, недолік чи перевага?” (Десниця чи шуйца? Що в перекладі із старослов'янського означає „права рука чи ліва рука?”. Одна з малих груп сідала в центр аудиторії (це необхідно для того, щоб відокремити діючу групу від слухачів певною відстанню) і починала обговорювати переваги й недоліки стоматологів – шульг, їх характерні особливості; істотні переваги, такі як відмінний музичний слух і слухова пам'ять, відмінне розпізнавання вербальних стимулів, високі творчі потенціали, багатий внутрішній світ і яскрава уява, особливий аналітичний спосіб мислення; проблеми (Як бути, скажімо, стоматологу-шульзі, якщо його «верстат» зроблений під праву руку (панель управління стоматологічним кріслом знаходиться справа)?). Інші малі групи, що знаходилися в зовнішньому колі, слухали, не втручаючись у хід обговорення. Після закінчення відведеного часу (5-7 хвилин), групи поверталися на свої місця, а викладач ставив аудиторії такі запитання: Чи погоджуєтеся ви з думкою групи?, Чи була ця думка достатньо аргументованою, доведеною?, Який з аргументів ви вважаєте найбільш переконливим?

Використання мікрогрупової роботи сприяло виробленню у майбутніх стоматологів уміння приймати колективні рішення, робити вибір на ґрунті оцінок альтернатив і, керуючись установленими правилами, встановлювати толерантні відносини під час професійної взаємодії; демонструвати готовність та бажання вислухати співрозмовника. На хід вибору впливали стосунки учасників, особиста зацікавленість, об'єктивність, їхні особистісні якості. Якщо група знала всі можливості альтернативних рішень проблеми, вона з упевненістю могла обрати єдину позицію, знайти правильне рішення.

Цікавим виявився форум „Міжнародна конференція лікарів”. В залі були присутні «лікарі з різних країн», які обговорювали такі питання:

„Effective treatment of infectious children diseases”; „Taking antibiotics”; „Vaccination – Pros and Cons”; „Fever in children”. Кожен учасник конференції мав власну точку зору, яку вони мали висловити. Завданням для кожного студента стало – переконати колег у своїй правоті, обґрунтувати свої переконання.

У процесі експериментального дослідження зміст дисципліни „**Філософія**” було оновлено шляхом включення таких тем: „Медицина як науковий і культурний феномен”, „Система професійних цінностей взаємодії лікаря-стоматолога”, „Духовна культура лікаря-стоматолога як основа професійної взаємодії”, „Як поєднувати в спілкуванні стоматолога з пацієнтом щирість і лікарську таємницю?”, „Добро як етична категорія і її місце в ціннісних орієнтаціях стоматолога”, „Соціальна відповідальність в структурі етичних орієнтацій стоматолога”.

Було проведено серію інтерактивних семінарських занять: *семінар – аргументаційний діалог* „Християнські цінності милосердя, співчуття й діяльної любові в моделі Парацельса”, „Гіппократ про етичні цінності лікаря”, *семінар-диспут* „Лікар – філософ, рівний Богові”, „Людяність та гуманізм видатного терапевта С. Боткіна”, „Гуманізм хірурга професора і єпископа Луки (В. Войно-Ясенецького), тюремного доктора Ф. Гааза, доктора К. Федяєвського”, *семінар-дискусія з підготовленим студентом у ролі ведучого* „Парацельс та його погляди на проблему моральності взаємодії лікаря та пацієнта”, *семінар-дискусія без ведучого* (самоорганізована) „Професійна взаємодія лікаря та пацієнта в працях М. Пирогова”.

Студенти були залучені до обговорення завдяки аналізу висловів відомих науковців. Так, вони мали висловити думку щодо того, чому М. Бубер в книзі „Я і Ти” назвав спілкування між людьми „діалогічним життям”. Наскільки це є важливим для лікаря-стоматолога?

Розділившись на мікрогрупи студенти мали висловити власне розуміння сказаного А. Бахтіним, який в книзі „Проблеми поетики Достоевського” акцентував увагу на „діалогічній орієнтації слова”, бо „слово

народжується у діалозі, як його жива репліка, формується у діалогічній взаємодії з чужим словом у реальному мовному житті. Діалог розглядається ним як конкретна подія спілкування, при якій відбувається „розкриття” ціннісного світу людини, її самовиявлення в конкретній взаємодії, як відповідь на відповідне посилення партнера”.

Особливий інтерес у студентів викликала участь в *мозковому штурмі* „Сучасна філософія медицина: якою їй бути?”, дебатах „Різні культури – різні культури лікування”. Під час дебатів студенти мали змогу навчитися не тільки відстоювати й аргументувати власну позицію; планувати та добирати доречно поставлені запитання; використовувати мовні засоби відповідно до мети й ситуації спілкування, реплік, але також толерантності, об’єктивності, з повагою ставитися до точки зору опонента.

Для студентів було проведено *ділову гру* „Медицина. Стоматологія. Культура. Реформи”, метою якої стало знайомство з сучасними науковими методами, формування умінь моделювати, аналізувати отримані результати, презентувати на публіці власні нароби, логічно й послідовно презентувати матеріал. У рамках ділової гри відбувався пошук і удосконалювання нових форм інтеграції системи вищої освіти з наукою. Гра імітувала нараду членів науково-дослідних центрів та науково-дослідницьких лабораторій з питань культури стоматологічної діяльності. На нараді були присутні науковці, роботодавці, стоматологи-практики, представники засобів масової інформації (див. дод. Ж).

Кожна група мала розпочати свій виступ з визначення конкретної теми доповіді. Основу виступу кожного учасника становили результати міні-досліджень за однією із запропонованих тем. Групи, що представляли дослідницькі структури, мали будувати свої виступи з позиції державних органів. Їх мета – переконати роботодавців та лікарів-практиків в ефективності проведених реформ, наголошувати на позитивній динаміці змін, що відбуваються. При цьому члени дослідницьких структур мали об’єктивно оцінювати власну діяльність і діяльність своїх колег. Тому

допускалася аргументована критика, у тому числі з боку стоматологів-практиків, роботодавців. Члени дослідницьких структур, відзначаючи проблеми в сучасній стоматології, мали не тільки констатувати факт, але й пропонувати шляхи рішення даних проблем. Представники засобів масової інформації, громадськості готували виступ з проблем в стоматологічній сфері, презентували наявний закордонний досвід стоматологічної діяльності, підготовки майбутніх стоматологів.

Кожному студенту була надана можливість набути досвід професійної взаємодії, опанувати прийомами самопізнання й самовдосконалення, сформуванню вміння добирати методи впливу (особистий приклад, пояснення, переконання, прохання, звернення тощо) на суб'єктів професійної взаємодії; підтримувати зворотній зв'язок під час взаємодії, володіти увагою – внутрішньою, зовнішньою; коригувати чи змінювати за необхідності комунікативну поведінку; уважно спостерігати за невербальними реакціями партнера та ін. Зазначимо, що теоретичні й практичні нароби студентів у процесі підготовки до гри були представлені як дослідницькі роботи на науково-практичній конференції.

Під час вивчення дисципліни **„Основи психології. Основи педагогіки”** студенти взяли участь у вивченні таких тем як „Особистість стоматолога як фактор лікувального впливу на клієнта”, „Основні принципи психології лікування”, „Типи і форми поведінки стоматолога”, „Психологічні особливості професійної взаємодії стоматолога”, „Проведення бесіди в умовах проблемної ситуації”, „Ефективність медико-педагогічного переконання в комплексній системі профілактики стоматологічних захворювань”, „Особливості формування позитивного іміджу фірми і конкретного працівника з точки зору клієнта”, „Типологія поведінки клієнтів стоматологічної клініки”, „Фактори професійного стресу”, „Саморегуляція психоемоційного стану стоматолога”.

Так, під час вивчення теми „Психологічні особливості професійної взаємодії стоматолога”, студентам було запропоновано такі дискусійні

питання: „Діалог з пацієнтом – пуста розмова, або напружена робота сторін”, „Головна дійова особа в діалозі „лікар – пацієнт”, „лікар чи хворий”. Вони мали вивчити питання, визначитися зі своєю позицією та дібрати аргументи для її відстоювання. Під час заняття студенти мали зайняти одну з позицій: „За”, „Не знаю, немає конкретної позиції”, „Проти” і сісти на відповідний ряд. Подальше обговорення передбачало презентацію власних поглядів, спростування протилежної позиції, доведення її помилковості, аргументація своєї позиції, наведення наукових фактів і результатів досліджень. Після обговорення (15 хвилин), викладач запитував у студентів про те, чи змінилася їхня позиція і чи не хоче хто-небудь перейти до іншої групи. Ті, які змінювали свій погляд при переході до іншої групи, мали пояснити причину переходу, а також назвати найбільш переконливу ідею чи аргумент протилежної сторони.

Вивчаючи тему „Проведення бесіди в умовах проблемної ситуації”, студенти програвали ситуації професійного-мовного спілкування, максимально наближені до умов стоматологічної установи, що сприяло успішному формуванню основ професійного спілкування, оволодінню засобами і способами взаємодії, а також розвитку вмінь здійснювати різні форми комунікації (бесіди, співбесіди, ділові розмови, дискусії, діалоги та ін.), аналізувати конфлікти, кризові ситуації, конфронтації і вирішувати їх, вживати мовні етикетні формули, що відповідають ситуації та ін.

Наведемо завдання (незакінчене речення + правильна відповідь), винесені на *бліц-турнір*:

1. На думку І.Харді, реакція лікаря має бути резонансом на сказане пацієнтом, він (лікар) повинен ... (*відгукнутися на розповідь пацієнта всім своїм розумом, у всій своїй повноті*)

2. Спільна мовленнєва взаємодія суб'єктів взаємодії (лікаря і пацієнта) передбачає наявність зворотного зв'язку – ... (*інформації про те, як пацієнт сприйняв самого лікаря та його повідомлення, оцінив його поведінку і слова*).

3. Механізм зворотного зв'язку полягає в тому, що комунікатор (лікар)

тільки тоді зрозуміє, що його інформація проінтерпретована правильно, коли відбудеться зміна ролей: ... *(коли реципієнт (пацієнт) перетвориться на комунікатора і своїм висловлюванням дасть знати, що він зрозумів смисл інформації)*.

4. Якщо зворотний зв'язок передається у формі, яка не приймається партнером через недоброзичливість, то він сприймається ... *(не як зворотний зв'язок, а як тиск, образа з усіма наслідками для спілкування, які з цього випливають)*.

5. При відчутті негативного настрою пацієнта, стоматолог має ... *(з'ясувати його причини, щоб зняти бар'єри для подальшого діалогу)*.

6. У випадку поганого настрою стоматолога, йому необхідно ... *(відрефлексувати свій психологічний стан перед тим, як намагатись навести контакт із пацієнтом (для профілактики власних проєкцій))*.

7. Ефективність професійної взаємодії стоматолога залежить від ... *(врахування лікарем індивідуально-психологічних, вікових та гендерних особливостей пацієнта, а також особистісного прийняття партнерів один одного (лікар-пацієнт))*.

8. Висловлюючи своє негативне ставлення до власних розмірковувань пацієнта на предмет його фізичного стану, стоматолог тим самим ... *(авторитарно руйнує процес діалогу, бере ініціативу виключно у свої руки, нехтуючи думкою пацієнта, позбавляє його можливості на власне прийняття рішення, що формується в діалогічній взаємодії)*.

Вивчаючи тему „Типологія поведінки клієнтів стоматологічної клініки”, студенти були залучені до дискусії „Прийом стоматологом пацієнта-візуала (кінестетика, аудіала, дігітала)”, „Стоматолог і та батьки пацієнта-дитини”.

Студенти мали можливість відстоювати власну позицію („Я вважаю, що...”, „Що нового я зможу запровадити в свою професійну діяльність”, „Ваш ідеал сучасного лікаря-стоматолога”, „Роздуми про себе у своїй професії”, „Які причини того, що в деяких випадках люди погано

справляються з професійними обов'язками?”, „Яку роль відіграють професійні й особистісні якості лікаря в його професійній діяльності?”, „Яку роль відіграє спілкування в професійній діяльності лікаря?”, „Від чого залежить успіх здійснення професійного діалогу?” тощо).

Упровадження розробленого спеціального курсу **„Професійна взаємодія стоматолога”** було спрямовано на формування в майбутніх стоматологів когнітивного, операційного, особистісного критеріїв готовності у здійсненні професійної взаємодії, як основи здійснення професійної діяльності. Увага студентів приділялася оволодінню вміннями послугуватися у практичній діяльності різними моделями, стилями, тактиками й стратегіями професійної взаємодії, продуктивними стратегіями і тактиками спілкування з хворими, зокрема стратегіями діалогу-розпитування, роз'яснення, переконання, рекомендації, тактиками встановлення контакту, зниження категоричності висловлювання, емоційно налаштовуючими тактиками. Студенти мали засвоїти механізми привернення уваги клієнтів у процесі взаємодії, створення позитивного емоційного фону взаємодії; навчитися вирішувати складні ситуації у професійній взаємодії, застосовувати різні стратегії запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії, володіти різними способами впливу на людей під час взаємодії, застосовувати індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними клієнтами та співробітниками.

Під час проведення лекційних та семінарських занять було використано такі інтерактивні методи навчання: діалог-розпитування (хворий на огляді у лікаря, виявлення анамнезу), діалог-домовленість, діалог-обмін враженнями, діалог-обговорення (співрозмовники намагаються виробити певне рішення, дійти певних висновків, навести аргументи та докази), діалог-бесіда, полілог, „мозкова атака” („мозковий штурм”), метод генерування ідей (стимулює активність та інтуїтивне мислення студентів у процесі пошуку ідей, пропозицій, сприяють інтеграції накопиченої інформації, значно підвищують ефективність прийнятих рішень), метод „Займи позицію”

(спрямований на опрацювання дискусійних питань за умови наявності двох протилежних поглядів), ситуативні діалоги („Стоматолог – пацієнт”, „Огляд пацієнта стоматологом”), які доцільно реалізовувати у діадах: викладач – студент, студент – студент, студент – лікар, студент – хворий, студент – медичний персонал, студент – група, студент – родич хворого, студент – лікар-наставник, студент – молодший медичний персонал. Доцільними виявилися такі форми проведення дискусії, як „Дерево рішень”, „Ток-шоу”, „Круглий стіл”, метою яких стало вироблення навичок публічного виступу як можливої форми реалізації професійного спілкування. Найбільш цікавими були такі дискусії: „Як досягти психологічний контакт з пацієнтом?”, „Завдяки чому налагоджувати стосунки та розбудовувати спільний комунікативний простір на рівні „лікар-пацієнт”?”.

Під час реалізації методів інтерактивного навчання студенти набували знань і вмінь як у ході скерованої викладачем взаємодії з іншими студентами так і в процесі самостійної творчої та пошукової діяльності, націлених на розв'язання проблемних ситуацій. Завдяки оволодінню різними стратегіями інтерактивної роботи в студентів формувалися вміння аргументовано висловлювати власні погляди, пропонувати раціональні способи розв'язання проблем. Саме група однолітків, що спільно вирішувала проблемні завдання, ставала середовищем народження й формування ініціативної поведінки в професійній діяльності.

Експериментальне дослідження виявило ефективність застосування таких елементів інтерактивності: *ключові положення* (після 10-15 хв. лекції студентам давалося завдання переглянути свої записи і підкреслити ключові положення; повернутися до свого сусіда і поділитися результатами), *подумайте-поділіться у парах* (студенти мали задати питання, яке вимагало аналізу, оцінювання або синтезу; подумати індивідуально та записати свої відповіді (1-2 хвилини); обмінятися ідеями у парах; поділитися своїми ідеями з групою); *поверніться до свого сусіда і...* (викладач давав вказівку і продовжував: визначте ключові положення останніх хвилин, або

обговоріть почуту інформацію, або пригадайте приклади з практики до інформації, яку я презентував, або вирішіть, які ідеї найкраще підходять вам і чому).

Студенти усвідомлювали, що встановлення контакту під час взаємодії лікаря і пацієнта не може вичерпуватися черговими формулами вітання. Лікар повинен вміти заспокоїти хворого, встановити з ним доброзичливі, довірливі стосунки. Під час проведення занять студенти засвоювали спеціальні мовні формули з метою їх правильного використання в кожній ситуації спілкування (Не хвилюйтеся! Не турбуйтеся! Нічого страшного! Потерпіть, будь ласка! та ін.), намагалися підтримати коротку розмову на особисті теми: про сім'ю або професії хворого.

Ми намагалися переконати студентів в тому, що від того, яким буде особистісний контакт лікаря і пацієнта, нерідко залежить правильність постановки діагнозу і вибору методу лікування. Категоричність думки чи оцінки, наприклад, стану хворого або передбачуваного результату захворювання може істотно ускладнити процес лікування, тому майбутньому лікарю необхідно володіти дискурсивними тактиками зниження категоричності висловлювання, заснованими на знанні і коректному використанні вступних конструкцій (на мою думку, цілком ймовірно, як мені здається, мабуть тощо), умовного способу (Я б не рекомендував цей препарат. Я б порадив приймати ...). Увага студентів акцентувалася на тому, що лікарі-стоматологи-терапевти, лікарі-стоматологи-ортопеди, лікарі-стоматологи-хірурги мають володіти стратегіями емпатичного слухання, яке, будучи за своєю природою активним, передбачає знання тактик-сигналів розуміння співрозмовника, співпереживання і співчуття, емоційної солідарності з хворим, а також відповідних засобів мовної реалізації цих тактик (Ви маєте рацію ... Зрозуміло ... Так-так ... Так-так і т.д.).

Під час проведення семінарських занять активізували діяльність студентів завдяки діалогічній взаємодії (полілоги), яка дозволяла використовувати суб'єктний досвід студента, а, отже, зробити досліджуваний

матеріал особистісно значущим.

Передбачалося виконати такі завдання:

1. При вирішенні важливих для Вас питань чи спостерігали Ви приклади маніпуляції Вами. Як Ви розпізнали, що Вами маніпулюють? Чи вдалося вам уникнути маніпулювання? Якщо так, то як? Якщо ні, то, що ви припускаєте вжити зараз?

2. Під час проходження виробничої практики Ви працювали в колективі. Чи можна цей колектив назвати командою? Відповідь обґрунтуйте.

3. Охарактеризуйте виробничий колектив, в якому Ви працювали на практиці (за Еріком Берном). Яким чином можна розпізнати его-стан „батька”, „дорослого”, „дитини”?

4. Ви прийшли на практику з упевненістю, що будете виконувати певне завдання, проте керівник групи наполягає на вирішенні іншого завдання, для Вас нецікавого. Як Ви спробуєте вирішити цю ситуацію? Відповідь обґрунтуйте.

Виконані завдання, як правило, захищалися в групі шляхом полілогу, проводилася індивідуальна та групова рефлексія. При цьому зверталася увага на можливість саморегуляції студентами своєї діяльності, пов'язаної з професійною і міжпрофесійною взаємодією в кожній конкретній ситуації.

З метою створення ситуації, яка дає змогу працювати разом для засвоєння великої кількості інформації за короткий проміжок часу використовували інтерактивний метод „Ажурна пилка”. Студенти були об'єднані в малі групи по 4-5 осіб. Кожна група отримала для ґрунтовного розгляду одну з професійних ситуацій, а кожен студент одночасно був членом „домашньої” та „експертної” групи.

Таким чином, за допомогою методу „Ажурна пилка” студенти експериментальних груп за короткий проміжок часу отримали велику кількість інформації, а після виконання завдання було проведено бліц-опитування.

Студентам було запропоновано об'єднатися в малі групи (4-5 осіб) і разом підготуватися до розгляду певного питання. Роботу в малій групі зазвичай використовують для вирішення складних проблем, що потребують колективного розуму. Як правило, у групі відбувається розподіл ролей, різні педагоги пропонують різні ролі. Ми зверталися до класифікації, запропонованої О. Пометун [241, с. 39] : кожна мала група самостійно обрала „спікера” (керівника групи), який організовував порядок виконання завдання, заохочував групу до роботи, підсумовував роботу, визначав доповідача; „секретаря”, який мав вести записи результатів роботи групи і, як член групи, мав бути готовим висловлювати думки групи при підведенні підсумків чи допомогти доповідачу; „посередника”, який стежив за часом і заохочував групу до роботи та одного чи двох „доповідачів”, які висловлювали думки групи, доповідали про результати роботи групи.

Доцільним виявилось **моделювання проблемних ситуацій**. Було виокремлено такі способи моделювання проблемної ситуації: *спосіб аналогій* (спираємося на життєвий досвід, або ж актуалізуємо раніше отримані знання для вирішення нових завдань), *індуктивний, аналітико-синтетичний спосіб* (студенти самостійно досліджують явища і факти й роблять необхідні наукові висновки), *висунення проблемного питання* (є доцільним для вирішення проблеми й оволодіння новими знаннями).

Серед ситуацій, які було обговорено під час проведення занять можна виокремити такі: „Черга в стоматологічній клініці”, „На прийомі у стоматолога”, „Візит стоматолога в будинок для людей похилого віку”, „Конфлікт стоматолога і пацієнта”, „Мені погано, лікарю!”, „Поясніть, будь ласка, лікарю, яким ви вбачаєте процес лікування” та ін.

Цікавим виявився цикл занять „Діагностика особистості та ефективності професійної діяльності лікаря-стоматолога”, метою яких було поглиблення знань та діагностичних умінь студентів у галузі психології особистості та ефективності її професійної діяльності. На заняттях студенти розробляли ідеальну модель особистості лікаря-стоматолога, проводили

самодіагностику професійно-важливих якостей особистості, складали і коректували свою подальшу програму самовдосконалення.

Широке впровадження на даному етапі отримав *метод ситуаційного моделювання* (метод „кейс-стаді” – робота над проблемною ситуацією, її аналіз та розв’язання проблеми у дискусії), послугування яким передбачало осмислення студентами реальної *професійно спрямованої ситуації* шляхом актуалізації певного комплексу знань, який студенти мали засвоїти для її вирішення; розв’язання *ситуаційних вправ* (опис реальної ситуації, яка мала місце в практиці стоматологічної клініки; опис ситуації здійснюється особою, якій належить прийняти рішення щодо реальної ситуації, виступивши у ролі стоматолога, завідувача відділення; сприяє відточенню студентами аргументації власної думки, винайденню лінії професійно спрямованої поведінки; забезпечує вияв особистісної позиції студентів у кожній конкретній ситуації. Серед ситуацій, які обговорювалися під час проведення занять виокремимо такі: „Черга в стоматологічній клініці”, „На прийомі у стоматолога”, „Візит стоматолога в будинок для людей похилого віку”, „Конфлікт стоматолога і пацієнта”, „Мені погано, лікарю! ”, „Поясніть, будь ласка, лікарю, яким ви вбачаєте процес лікування” та ін. (див. дод. Г, Е).

Практика показала, що впровадження ситуаційного навчання забезпечувало відточення студентами аргументації власних поглядів, апробування різних механізмів впливу, винайдення лінії поведінки під час здійснення розмаїття професійних взаємодій. Студенти отримали можливість виявити особистісну позицію в кожній конкретній ситуації, яка у даному випадку відігравала роль специфічного освітньо-виховного комунікативного засобу (див. дод. Д).

Увага була прикута і до використання у процесі дослідження можливостей методу проектів. Цікавими виявилися проекти „Коли натхнення нас покличе”, „Слово лікаря як зцілювальна сила”.

На підставі аналізу наукових праць Л. Богданової [35], А. Петрова [235], нами було реалізовано спеціальну структуру навчального заняття зі

спеціального курсу „Професійна взаємодія стоматолога” з використанням *методу модерації* (*moderare* – у перекладі з латинської – приводити до рівноваги, управляти, регулювати), яка являла собою єдність таких етапів: *мотиваційно-стимулюючий* (особлива увага приділяється створенню мотиваційно-стимулюючого середовища, поясненню цілей і особливостей завдання в умовах професійно-детермінованої медичної діяльності), *інформаційний* (передбачає збір найбільш актуальної інформації з досліджуваної теми з використанням різних джерел, а саме інтернет-джерел, медичних професійних журналів, спілкування з представниками професійного співтовариства України і зарубіжних країн), *проектувальний* (відбувається уточнення обраної проблеми, її розробка, вибір способів презентації, найбільш адекватних способів подання інформації з урахуванням особливостей учасників модерації), *обговорювальний* (на даному етапі обговорюється обрана проблема професійної взаємодії стоматолога і способи її вирішення в сучасних умовах; модератор гнучко реагує на всі пропозиції студентів; результат діяльності змінюється залежно від спрямованості і динаміки спілкування в групі; студенти виконують роль не лише спостерігачів, але й активних учасників створення продукту у сфері професійного співтовариства стоматологів з урахуванням побажань учасників і значущості проблеми), *планувальний* (планування довгострокових професійних цілей, підбиття підсумків, планування найбільш актуальних перспективних напрямків дослідження досліджуваної медичної проблеми).

Зазначимо, що процес модерації починався з інтеракції, яка була організована завдяки формуванню малих груп (викладач – студент, студент – студент, викладач – мала група, студент – мала група, студент – аудиторія). Критерієм ефективності взаємодії студентів була здатність групи успішно діяти для досягнення поставлених цілей (обговорення конкретного питання з досліджуваної теми, розв’язання задачі, підготовка виступу, розробка проекту, проведення дослідження та ін.).

Наступним процесом модерації стала комунікація (обмін

інформацією, знаннями, очікуваннями, настроями, почуттями, які передаються партнеру в розмові або при невербальному спілкуванні). Було використано такі відомі техніки вирішення проблем та пошуку оптимальних рішень – мозковий штурм, кластер, морфологічний аналіз, ментальні карти, синектика тощо). Увага була акцентована на візуалізації кожного етапу навчального процесу завдяки послугуванню яскравими презентаціями, відеофільмами, плакатами, ілюстраціями з книг і альбомів, демонстрацією дослідів тощо.

Варто зазначити, що будь-яка команда в своєму розвитку проходила ряд закономірних стадій. Враховуючи, що основою методу модерації є групова робота студентів, важливим було відстеження групової динаміки з тим, щоб, за необхідності, надавати підтримку командам або окремим студентам і вносити корективи в їх роботу. Під час моніторингу групової динаміки викладач уважно стежив за тим, щоб змагання між учасниками команди не викликало негативних ефектів, а, навпаки, підвищувало продуктивність роботи групи за рахунок мобілізації зусиль студентів. Вчасно сказані потрібні слова, доречний коректний гумор допомагали створити позитивний мікроклімат в групі і забезпечити ефективність її роботи.

Результатом використання методу модерації стало прийняття рішення з боку групи, залученість кожного члена групи до процесу прийняття групового рішення, вироблення правил групової взаємодії, спільне планування подальшої діяльності, розробка пропозицій щодо їх удосконалення. Робота в мікрогрупах завершувалася рефлексією – осмисленням нових знань, умінь, якостей і цінностей, критичним аналізом інформації, а також самооцінкою себе, своєї поведінки, своєї ролі, свого вкладу в процесі групової роботи.

Практика довела, що метод модерації відповідає особливостям професійної діяльності майбутнього стоматолога, якому переважно доводиться вдаватися до „фасилітативного” стилю спілкуванню (від „фасилітація” – полегшення, допомога) [35]. Реалізація у процесі підготовки

майбутніх стоматологів методу модерації сприяла стимулюванню пізнавальної активності студентів, створенню атмосфери взаємного навчання, формуванню прагнення до консенсусу й довіри, підвищенню мотивації до професійної діяльності, подоланню бар'єрів комунікації, створенню необхідного психологічного клімату.

Отже, метод модерації дозволив підвищити ефективність їх підготовки до професійної взаємодії і сприяв встановленню довірливих відносин з суб'єктами соціальної взаємодії в медичній сфері (з колегами та пацієнтами).

Під час реалізації технології широко використовували ділові ігри як провідну форму квазіпрофесійної діяльності, за А.Вербицьким [59]. Це обумовлено тим, що вона здатна забезпечити активну позицію кожного учасника у процесі спільної колективної діяльності; творчо використати досвід і знання кожного студента в умовах, максимально наближених до практичної професійної діяльності, який стає надбанням усіх учасників навчального процесу.

Студентам було запропоновано участь у **рольових та ділових іграх** з поділом на команди з різними функціями (дві команди ведуть дискусію, де перша команда висуває для обговорення певну думку, а друга намагається спростувати її) (див. дод. 3).

Завдання для проведення ігор були наступними: *Вас турбує безсоння. Відвідайте свого лікаря і пройдіть обстеження; Ви – дільничний лікар. Огляньте пацієнта і призначте лікування; Вас турбує нестерпний зубний біль. Відвідайте стоматолога...*

Цікавими були ігри-опитування: „Передай наступному”, „Запитай товариша”, „Ти – мені, я – тобі”, „Змагання команд”. Їх цінність в тому, що вони націлені на з'ясування викладачем рівня засвоєного лекційного матеріалу (студенти самі ставлять питання й визначають відповідача, що вимагає більш ретельної підготовки до занять; зникають контролюючі механізми свідомості, які сковують потік ідей під тиском звичних, стереотипних форм прийняття рішень; знижується страх перед невдачею,

побоювання видатися смішним, невпевненість у своїх знаннях та вміннях).

Слід наголосити, що важлива роль у цьому процесі відводилася викладачу, адже те, наскільки чітко він ставить завдання і яку роль відіграє у процесі гри визначить успішність результату. Перш за все, викладач повинен виконувати свої контролюючі функції ненав'язливо, виявити терпіння. Це дає змогу студентам самостійно контролювати хід ситуації, направити хід подій у потрібне їм русло, приймати рішення, щодо застосування тієї чи іншої мовної конструкції, докладати зусилля для вирішення мовного чи ситуативного завдання, проявити свої здібності. Успішність гри забезпечувалася ще й за умови, якщо викладач був спроможний створити атмосферу, в якій відсутнє побоювання студента перед кожним висловлюванням. Рольові ігри допомагали не зосереджуватись на помилках, а вільно висловлювати свої думки.

Ігри, будучи моделлю міжособистісного спілкування, забезпечували розвиток умінь професійної взаємодії, а також формували у студентів здатність зіграти роль лікаря (лікар-стоматолог-терапевт, лікар-стоматолог-ортопед, лікар-стоматолог-хірург), пацієнта, родича хворого, побачити себе з позиції суб'єкта взаємодії.

Під час проведення практичних занять широко використовувалися *вправи, тренінги* („Взаємодія лікаря і пацієнта”, „Дитячий стоматологічний прийом”, „Пролонгований контакт з батьками пацієнта”) (див. дод. 3). Дотримувалися таких правил організації інтерактивного навчання: до роботи мають бути залучені всі студенти, активна участь у роботі має заохочуватися, студенти мають самостійно розробляти й виконувати правила роботи в малих групах, студентів має бути не більше 20 осіб, що зможе забезпечити продуктивну працю, студенти мають бути підготовлені до роботи в малих групах.

Підбираючи вправи, ураховували, що вони мають носити багатофункціональний характер, відповідати таким вимогам: заданість ситуації; професійна спрямованість завдань; природність ситуації

спілкування; вмотивованість мовленнєвої дії студента; наявність вказівок на дію з матеріалом; новизна.

Наведемо типові види **вправ**, що виконувалися на різних етапах реалізації технології підготовки майбутнього стоматолога до професійної взаємодії: *вправи, які забезпечують включення студентів у процес професійно спрямованої взаємодії* (Величезним потенціалом володіє прийом стимулювання інтересу та емоцій шляхом перегляду документальних та художніх фільмів („Біоетика”, „Дантист”, „Стоматолог”, навчальні фільми зі стоматології та інші). Наприклад, при вивченні теми „Психологічні особливості професійної взаємодії стоматолога” студентам пропонувалося познайомитися на основі відеофрагменту з ситуацією „На прийомі у стоматолога”, звертаючи увагу на психологічні особливості пацієнтів, особливості взаємодії, важливість і необхідність висловлення емоційної підтримки пацієнту); *вправи на накопичення зразків взаємодії лікаря, зокрема стоматолога, на основі відео- і аудіоопор (вправи на сприйняття)* (див. додаток Г), *вправи, які пропонують відтворити фрагменти імітованих зразків професійного мовлення лікаря-стоматолога за умови наявності нових установок у вже знайомій ситуації* (див. додаток Г).

Для більш детального опису змодельованих ситуацій студенти мали виявити зв'язок ситуацій з комунікативними намірами співбесідників (див. додаток Г), тактикою їх мовленнєвої поведінки і формою вираження висловів.

Ефективними виявилися й *вправи-криголами*, основна функція яких колоти «лід» спілкування в групі. Це не що інше як завдання, що піднімають настрій, легкі для виконання. Вони вносили відчуття спільності групи і сприяли виникненню атмосфери довіри. Використання „криголамів” дозволяло підвищити робочий настрій на початку заняття і зняти напругу наприкінці.

Складіть діалог-розпитування з елементами пояснення. Завдання першому партнеру: Ви – лікар-стоматолог. Зверніться до пацієнта, з'ясуйте

ознаки, симптоми та перебіг захворювання, призначте схему лікування, заспокойте хворого. Завдання другому партнеру: Ви – пацієнт. Зверніться до лікаря зі своєю скаргою. Поясніть свій стан здоров'я. Запитайте про призначення курсу лікування та його ефективність.

Зазначимо, що всі вправи являли собою типові квазіпрофесійні ситуації, побудовані на текстах стоматологічної спрямованості. За такого підходу моделюється зміст майбутньої професійної діяльності стоматолога, відтворюються умови, відносини і дії тих, хто бере участь в професійній взаємодії.

Після проведення серії вправ обов'язковою була рефлексія: Що відбулося? Що Ви помітили? Що Ви відчували? Що Ви думаєте з приводу даної вправи? Яким чином Ви це зможете використати в професійній діяльності?. Студенти мали продовжити фразу: “Чесно кажучи ...”. Така діяльність сприяла формуванню в учасників навичок самоаналізу. Викладач отримував можливість співвіднести суб'єктивні враження з “об'єктивними” враженнями членів студентської групи, підготувати наступне заняття, відібрати учасників для певних вправ.

Під час проведення вправ використовували метод „Ланцюжки”, сутність якого в тому, що студентам давалося завдання розкрити проблему з наступних питань, відповідаючи по ланцюжку: „Хто?”, „Що?”, „Де?”, „Коли?”. Залежно від теми викладач варіював, додавав питання самостійно. Реалізація зазначеного методу дозволяла формувати вміння описувати ситуацію, вміння мобілізації і вміння виділяти головне, виступати, вступати у взаємодію з одногрупниками.

Вагома роль у дослідженні була відведена **тренінгам**. Обрані для дослідження тренінги містили *тренувальні вправи*, які майбутні стоматологи виконували за зразком, інструкцією, за завданням без зразка й докладних указівок викладача: „*Постановка запитань*” (спрямована на формування навичок ставити запитання в процесі комунікації стоматолога), „*Нескінченний ланцюжок*” (передбачає формулювання альтернативної

позиції стосовно дискусійної проблеми, прогнозування наслідків індивідуальних професійних позицій і рішень для окремих осіб), „Аргументи „за” та „проти” (метою є відпрацювання навичок контраргументації), „Організація аргументу” (спрямована на усвідомлення процесу об’єднання думок щодо створення логічного, зрозумілого та переконливого аргументу), „Пояснення на картках” (відпрацювання навичок добору аргументів), „Регулювання емоційного напруження” (спрямована на формування навичок вербального регулювання емоційного напруження під час професійного спілкування).

Виконання зазначених вправ сприяло розвитку та вдосконаленню практичних умінь логічно міркувати, критично мислити; формуванню практичних навичок і вмінь побудови аргументації, ведення дискусії, засвоєння прийомів і правил аргументованого дискурсу тощо.

Доцільним виявився **тренінг розвитку ділової активності**, зняття психологічних бар’єрів під час здійснення діалогу в системах „лікар – пацієнт”, „лікар – лікар”, „лікар – керівник”, який містив вправи „Знайомство”, „Презентація своєї команди”, „Як пізнати себе?”, „Мої труднощі”, „Якості, важливі для спілкування”, „Публічний виступ”, „Визначення стилю спілкування”, „Переговори”, „Визначення ділових умінь”, „Як будувати стосунки з іншими?”.

Так, метою вправи „Переговори” стало формування у майбутніх стоматологів вмінь встановлювати контакт зі співрозмовниками, створювати сприятливу атмосферу для переговорів, привертати увагу партнера, пробуджувати інтерес до бесіди, а також перехоплювати ініціативу, якщо це потрібно. Вправа „Збір фраз для контакту” була спрямована на формування вмінь устанавлення першого контакту (проводиться за схемою „мозкового штурму”). Вправа „Завершити спілкування” передбачала відпрацювання прийомів завершення бесіди. Вправа „Мій досвід” була спрямована на визначення власних бар’єрів під час здійснення професійного діалогу.

Під час проведення тренінгів використовували відеозаписи реальних

ситуацій у професійній діяльності стоматолога (конференції, виставки, презентації, екскурсії, бесіди, наради тощо), а також фрагменти клінічної практики, що відображають комунікативні процеси.

У процесі проведення тренінгу *„Як будувати стосунки з іншими?“*, метою якого було навчання конструктивних способів виходу з конфліктних ситуацій, ми звернули увагу на те, що джерелом толерантних відносин є діяльність заради блага інших людей. Ми прагнули до того, щоб цей тренінг був інформаційно насиченим, викликав емоційні переживання, стимулював діяльність, спрямовану на піклування про людину й особисте вдосконалення.

Особливу увагу було приділено тренінгам *„Вербальні та невербальні засоби спілкування“* (дозволяє відпрацювати навички взаємодії за допомогою вербальних та невербальних засобів спілкування; ознайомити студентів з різними способами побудови запитань та виразного використання міміки та жестів), *„Бар'єри в міжособистісному спілкуванні“* (ознайомлює з діями, які призводять до бар'єрів спілкування та правилами їх подолання; сприяє вдосконаленню вміння розпізнавати та долати зазначені бар'єри).

Залучення студентів до тренінгових занять, спрямованих на подолання бар'єрів взаємодії, дало підстави стверджувати, що в ситуаціях, коли студент реально відчуває труднощі, проблеми, стикається з бар'єрами, він усвідомлює особистісну значущість оволодіння готовністю до здійснення професійної взаємодії. І чим різноманітнішими були ролі студента (лікар, пацієнт, колега, керівник, працівник медичної установи), тим різнобічніше розвивалася його особистість, а розумова діяльність набувала системного характеру, вироблялась здатність спостерігати, аналізувати, контролювати, оцінювати власні дії, поведінку; аналізувати бар'єри спілкування, управляти стресовими ситуаціями, визначати емоційний стан.

З метою формування емпатійності студенти виконували тренінгові вправи, спрямовані на тренування вмінь виражати певний емоційний стан за допомогою міміки; вправи *„Живе спостереження“*, *„Дзеркало“*, *„Передача почуттів“*, *„Дізнавання партнера та його почуттів“*, *„Оживлення портрета“*

тощо.

З метою самооцінки й визначення цінностей тренінгу студентам було запропоновано вести щоденники, які дозволяли контролювати процес власного навчання, формування умінь професійної взаємодії. Студенти відмічати такі аспекти: проблеми, з якими зіштовхнулися, і як вони були розв'язані; використання нових умінь і пов'язані з цим труднощі; уміння, навички, яких потрібно набути; додаткові коментарі.

Протягом всього періоду тренінгової роботи зі студентами-стоматологами здійснювалася діагностика рівня готовності до професійної взаємодії. Особлива увага була акцентована на розробці індивідуальної програми підготовки до професійної взаємодії студентів вищих медичних навчальних закладів, яка включала: аналіз змісту „ідеального” профілю фахівця, який володіє готовністю до професійної взаємодії; визначення студентами власного індивідуального профілю; зіставлення власного індивідуального профілю з «ідеальним» та визначення „проблемних зон”; розробка індивідуальної програми підготовки до професійної взаємодії тощо.

Серед позааудиторних форм навчання зацікавленість викликали гурткові заняття з елементами тренінгу „Особистісне зростання”, який було спрямовано на розвиток адекватного розуміння самого себе, умінь і потреби в пізнанні інших людей, формування і розвиток особистісних якостей майбутніх стоматологів, умінь професійної взаємодії. Для успішної організації особистісного зростання використовували: самопізнання, самозбудження, програмування особистісного зростання, самореалізацію, послуговувалися прийомами: як самоспостереження, самоствавлення, самоаналіз, самооцінка, самокритика.

Продемонстрований студентам особистий приклад взаємодії викладачів з хворими, студентами як молодими колегами, шанобливе ставлення до них як рівноправних партнерів спільної професійної діяльності, демократичний стиль спілкування і конструктивні стратегії взаємодії при вирішенні міжособистісних ситуацій, увага до підтримання сприятливого психологічного клімату тощо були

важливою підставою для формування готовності майбутніх лікарів до професійної взаємодії.

Потужним засобом формування у студентів готовності до професійної взаємодії стала робота дискусійного клубу „Оратор” (див. додаток І).

Під час проведення засідань клубу широко використовувалися диспути, в основі яких було коментування висловів філософів, мислителів, зокрема

Прокоментуйте висловлювання Конфуція: „Три шляхи ведуть до знання: шлях міркування – це шлях найбільш вдячний, шлях наслідування – шлях найлегший і шлях дослідження – це шлях найбільш гіркий” (Конфуцій), „Значні можливості приходять до всіх, але багато хто навіть не знає, що зустрілися з ними” (У. Данніг).

Під час диспутів обговорювалися питання щодо героїзму професії лікаря, який виявляється в його щоденній самовідданій кропіткій праці. На початку диспуту було наведено слова лікаря-гематолога, академіка Й. Касирського: „Увесь світ спить... а отут у напівсвітлі, у напівтиші, у якій ледь чутні шарудливі кроки чергових лікарів і медичних сестер, у палатах і реанімаційній іде боротьба, боротьба за життя, боротьба, яка повинна закінчитися перемогою над смертю... Але ось відбулося щось несподіване: у хворого сильна кровотеча або колапс. Усе зарухалося... насунувся світанок... а лікарі спокійно продовжують свою повну тривоги драматичну боротьбу за життя людей. Вона буде тривати й увесь день, і знову ніч – цілодобово, і багато, багато діб, нескінченний потік діб... Цей нескінченний потік днів – і є життя лікаря, серце якого без залишку віддане людині”. Під час проведення диспутів широко послуговувалися тактиками, які запропонував професор В. Паращук [27; 228; 229; 365]. Вони побудовані на логічних і психологічних засобах впливу: „Перевтілення” (надає студентам можливість продемонструвати свої знання, відчутти свою пріоритетну позицію), „Перенесення”, „Узагальнення”, „Наведення прикладу”, „Несподіванка”, „Провокація”, „Внесення елемента неформальності”, „Пряме включення”, „Так-так-так”, „Чорний опонент”, „Підмазування аргументу”, „Доказ від

протилежного”, „За себе”, „Обачливість”, „Маскування”, „Свої – чужі”. Кожен студент обирав свої тактики, залежно від темпераменту, ситуації та мети спілкування, деякі із них стали улюбленими. Але, найголовніше, їх реалізація забезпечувала краще розуміння між студентами, налагодження позитивних стосунків на заняттях.

Під час проведення занять дискусійного клубу студенти жваво обговорювали цікаві сторінки життя видатного вченого і хірурга *Миколи Івановича Пирогова*, який опікувався навчальними закладами, турбувався долею студентів, часто звертався до російського царя з проханнями про помилування, полегшення долі репресованих студентів, *Зельмана Абрахама Ваксмана*, виходця з Вінниччини, лауреата Нобелівської премії з фізіології й медицини (1952 р.), який заслужив право називатися «одним з найвидатніших благодійників людства» за відкриття стрептоміцину, першого антибіотика, ефективного при лікуванні туберкульозу.

Також учасниками клубу було обговорено книгу Федора Углова «Человек среди людей». Акцентовано було на особистості самого автора, який протягом 40 років був завідувачем кафедрою госпітальної хірургії в першому Ленінградському медичному інституті та занесений в книгу рекордів Гінесса як найстаріший практикуючий хірург Росії, який мав стаж роботи у хірургії 65 років (1929 – 1994 рр.).

Студенти під час проведення занять клубу виконували різноманітні завдання (див. додаток К). Так, вони мали висловити й обґрунтувати власні думки за різних питань. Наприклад:

1. Прокоментуйте повсякденні вислови: „Він – особистість з великої літери”, „Особистістю не народжуються, а стають”.
2. Висловіть своє ставлення до поради майбутнім лікарям: „Необхідно плекати співчуття, товариство, духовну єдність з колегами та пацієнтами”.
3. Прокоментуйте найцікавіші для вас сторінки книги Н.О.Магазаніка „Искусство общения с больными”.

Свою ефективність довів метод „515”, основна мета якого полягає в

умінні знаходити вихід зі сформованої ситуації. Викладач пропонував студентам проблему. Необхідно протягом 5 хвилин письмово висунути 15 ідей. Активну участь студенти брали в проведенні тренінгів (див. дод. К, Л).

Силами студентів стоматологічного факультету було реалізовано проект „Стоматологічна вистава” з метою профілактики карієсу зубів в дошкільному навчальному закладі та серед учнів початкової школи.

Була створена творча група з викладачів та студентів, розроблено сценарій, підбрано музику, знято відеофільм. Учасниками-акторами вистави „Мое здоров'я починається із яскравої посмішки” стали студенти та діти. Проведення вистави стало справжнім святом.

Під час підготовки вистави, роботи над сценарієм, розучування ролей, виготовлення костюмів студенти отримали важливий досвід міжособистісної та групової взаємодії. Сама ж вистава стала найпотужнішим стимулом для дітей, їх батьків, вихователів до проведення гігієнічних заходів в ротовій порожнині.

Формуванню готовності до професійної взаємодії сприяла участь майбутніх стоматологів в міжфакультетському конкурсі „Доброго дня, лікарю!”, який було спрямовано на виявлення готовності до професійної взаємодії, законів, технік встановлення міжособистісних контактів і умінь знайти підхід до пацієнтів різних індивідуально-психологічних мовних типів та ін. Відповідно до положення конкурсу, спочатку майбутні стоматологи представляли презентаційні матеріали, що характеризують психологічний портрет і принципи майбутньої професійної діяльності конкурсантів. Наступна частина конкурсу здійснювалася під час виробничої практики, де студенти демонстрували в умовах діяльності стоматологічної установи свій рівень готовності до професійної взаємодії. Учасники, які отримали найкращі результати, виходили у фінальний етап конкурсу, що проходив на базі факультету.

Для формування навичок ділового та міжособистісного спілкування, навчання прийомам ефективної партнерської взаємодії всі студенти II, III, IV

курсів, які проходили виробничу практику на одній клінічній базі, були розділені на міні-бригади. У кожен міні-бригаду входили студенти III і IV курсів (помічники лікаря-стоматолога) і студент II курсу (виконує обов'язки медичної сестри стоматологічного відділення).

Всі дії міні-бригад контролював керівник практики. Робота в міні-бригаді сприяла побудови відносин з іншими членами команди, виробленню вміння прислухатися до чужої думки і одночасно аргументовано відстоювати свою позицію, вчила взаємної поваги, взаємодопомоги. Виникаючі проблеми студенти обговорювали спільно, вислуховуючи думка кожного члена команди, а потім погоджували з прикріпленим керівником. Це дозволило оптимально скоординувати робочий процес і як наслідок – домогтися кращих результатів у відпрацюванні комунікативних навичок. Студенти, навчаючись один у одного в процесі роботи, були краще мотивовані.

Однак треба зазначити, що не у всіх міні-бригадах було досягнуто консенсусу через відсутність у студентів вміння йти на компроміс, наявність егоїстичних спрямувань. Студентам було запропоновано завдання за вибором: розробити сценарій бесіди з пацієнтом; скласти пам'ятку для пацієнтів; обґрунтувати ефективність психологічних моделей взаємодії лікаря і пацієнта в стоматології, розкрити сутність та шляхи вирішення міжособистісного конфлікту в стоматологічній практиці.

З метою отримання даних про хід експерименту на всіх етапах реалізації технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання здійснювалося спостереження за навчальними й особистісними досягненнями студентів, їх анкетування, тестування, проводилися бесіди з викладачами, кураторами та студентами.

Вагомими стали позитивні відгуки викладачів, які безпосередньо брали участь в експерименті. Ними було констатовано наявність значних позитивних особистісних зрушень, які відбулися зі студентами за час експерименту. Значна частина викладачів звернула увагу на те, що студенти

демонструють володіння фаховою термінологією і стандартизованими мовленнєвими конструкціями медичної галузі, здатність використовувати мовні засоби відповідно до мети й ситуації спілкування, володіння голосом, тобто уміння змінювати тональність, силу, ритм і гучність голосу відповідно до мети та умов комунікації, розуміння невербальних комунікативних сигналів.

Багато хто звернув увагу на те, що ставлення студентів один до одного, до викладачів, до навчання змінилося в краще. Вони стали демонструвати уміння керуватися принципами та правилами професійної етики й ділового етикету, демонструвати готовність та бажання вислухати співрозмовника, здійснювати самоконтроль, саморегуляцію за будь-якої ситуації.

Продемонстровані студентами наявність емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності, високого пізнавального інтересу, сформованість мовленнєвих, інтерактивних, морально-етичних умінь не могли залишитись непоміченими з боку викладачів вишу.

У цілому реалізація технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання дозволила зробити висновок про доцільність її упровадження у навчальний процес.

Результати експериментально-дослідної перевірки ефективності реалізації технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання представлені в наступному підрозділі.

2.3. Хід та аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи

Експериментальна робота передбачала використання певної сукупності методів: вивчення і аналіз філософської, соціологічної, психологічної, педагогічної літератури, результатів діяльності студентів, викладачів; педагогічний експеримент, анкетування, спостереження, опитування, бесіди,

самоаналіз, експертна оцінка, кількісний та якісний аналіз оцінок та самооцінок; методи математичної статистики. Вважаємо зазначити, що розробка методів експериментального дослідження, відбір методів обробки отриманих даних здійснювалися з урахуванням наукових праць з методології та методики педагогічних досліджень (І. Аносов [224; 225], О. Карпаш [134], Н. Кузьміна [173; 174], Р. Нємов [218], П. Образцов [220], Д. Райгородський [246], В. Ядов [352]), методів математичної статистики в педагогіці (С. Коваленко [144], О. Сидоренко [278]).

Базою проведення експериментального дослідження стали такі вищі навчальні заклади: Дніпропетровська медична академія, Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини, Львівський медичний інститут, Запорізький державний медичний університет.

Педагогічний експеримент, покладений в основу експериментального дослідження, мав певні етапи: констатувальний, формувальний і контрольний.

Констатувальний етап експерименту було спрямовано на вивчення та аналіз стану проблеми дослідження, формулювання гіпотези, мети і завдань; вивчення програмно-нормативних документів, освітньо-кваліфікаційної характеристики фахівців спеціальності „Стоматологія”; визначення місця готовності майбутніх медиків до професійної взаємодії в структурі їх професійної готовності; теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; встановлення кількісного і якісного складу учасників контрольної та експериментальної груп, аналіз однорідності досліджуваних груп; визначення діагностичного інструментарію для виявлення рівня сформованості складників готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії і отримання вихідних даних щодо реальної практики формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Формувальний етап експерименту передбачав здійснення експериментальної перевірки гіпотези, практичне впровадження розробленої і

теоретично обґрунтованої технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Формувальний етап експерименту проходив протягом трьох років (2014-2017 навчальні роки). До проведення експерименту було залучено 384 студенти спеціальності „Стоматологія” Дніпропетровської медичної академії, Дніпропетровського медичного інституту традиційної та нетрадиційної медицини, Львівського медичного інституту, Запорізького державного медичного університету, а також 28 викладачів зазначених вишів. Для проведення формувального етапу експерименту створено контрольну (144 студенти) та експериментальну (148 студентів) групи. Контрольна група працювала за традиційною навчальною програмою.

Бажаючи виключити суб'єктивний вплив експериментатора та створення однакових умов для всіх учасників, під час проведення експерименту запропоновано таке: усі експериментальні дії проводили викладачі вищого медичного навчального закладу, які отримали чіткі інструкції щодо порядку та умов проведення експерименту.

Діагностика складників готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії відбувалася за допомогою таких методів діагностування.

Рівень сформованості **мотиваційного критерію** готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії визначався за такими показниками: рівень мотивації досягнення та потреби у взаємодії.

Рівень сформованості мотивації досягнення з'ясовувався за допомогою методики „Оцінка потреби в досягненні” (М. Корольчук і В. Крайнюк [246]) (див. дод. Н). Респонденти мали відповісти „так” чи „ні” на 22 судження. Відповіді, які збігалися з ключем, оцінювалися одним балом. За результатами аналізу відповідей студентів виокремлено три рівні: високий (16–19 балів), достатній (12–15 балів), низький (2–11 балів). Межі значення рівня сформованості мотивації досягнення представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Межі значень рівня сформованості мотивації досягнення

Рівні	Значення рівня сформованості мотивації досягнення
Низький	$2 \leq K_{\text{МД}} \leq 11$
Достатній	$12 < K_{\text{МД}} \leq 15$
Високий	$16 < K_{\text{МД}} \leq 19$

Рівень потреби особистості у взаємодії визначався за допомогою методики Ю. Орлова „Потреба у спілкуванні” (див. дод. О). Студентам було запропоновано дати відповіді на запитання „так” або „ні”. Кожний бал, який збігався з ключем, отримував значення 1. Отримані дані було диференційовано за визначеними рівнями: (23–33 бали) – висока потреба, (12–22 бали) – достатня потреба, (1–11 балів) – низька потреба.

Загальний рівень сформованості мотиваційного критерію готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії визначався як середнє арифметичне кількісних значень кожного показника даного критерію.

Діагностика **когнітивного критерію** здійснювалася за допомогою середнього арифметичного значень коефіцієнту повноти засвоєння знань, коефіцієнту міцності засвоєння знань.

Коефіцієнт повноти засвоєння знань професійної взаємодії визначали як відношення засвоєних студентами елементів знань до відповідних елементів знань, якими необхідно оволодіти під час вивчення начальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Психологія і педагогіка” та спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів” [278]:

$$K_{\alpha} = \frac{N_1}{N_2} \quad (2.1),$$

де K_{α} – коефіцієнт засвоєння знань професійної взаємодії,

N_1 – кількість засвоєних елементів знань,

N_2 – кількість елементів знань, якими необхідно оволодіти під час вивчення начальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за

професійним спрямуванням)”, „Психологія і педагогіка” та спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”.

Якщо елементи знань засвоєні у повному обсязі, то $K_\alpha=1$. За умови відсутності результату $K_\alpha = 0$. При недостатньому засвоєнні теоретичних знань професійної взаємодії значення коефіцієнта знаходиться у межах $0 < K_\alpha < 1$; $K_\alpha > 0,7$ є оптимальним значенням. $0,5 < K_\alpha < 0,7$ – допустиме значення; $0,4 < K_\alpha < 0,49$ – критичне значення.

Виявлення коефіцієнту міцності засвоєння знань передбачало здійснення аналізу поточної успішності студентів з начальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Психологія і педагогіка” та спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”. Було узагальнено кількість засвоєних елементів знань за результатами проміжних і рубіжних контролів знань, умінь і навичок із зазначених навчальних дисциплін.

З відстрочкою у часі (через один навчальний семестр) була проведена діагностика міцності знань студентів. Коефіцієнт міцності засвоєння знань професійної взаємодії обчислювався за формулою [278]:

$$K_M = \frac{\sum L_m}{\sum L_a} \quad (2.2),$$

де K_M – коефіцієнт міцності засвоєння знань,

$\sum L_m$ – сума збережених у пам’яті студентів елементів знань,

$\sum L_a$ – сума повідомлених елементів знань.

У контрольні роботи увійшли базові елементи знань, кількість яких залежала від кредитного обсягу начальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Психологія і педагогіка” та спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”.

Якщо елементи знань засвоєні у повному обсязі, то $K_\alpha=1$. При недостатньому рівні міцності засвоєння знань професійної взаємодії значення коефіцієнта знаходиться у межах $0 < K_\alpha < 1$. Інші значення коефіцієнта є

такими: $K_\alpha > 0,7$ – оптимальне значення, $0,5 < K_\alpha < 0,7$ – допустиме значення; $0,4 < K_\alpha < 0,49$ – критичне значення.

Загальний рівень сформованості когнітивного критерію визначався як середнє арифметичне кількісних значень кожного з вищезазначених показників. Було виокремлено такі три рівні: низький (0–14 балів), достатній (15–20 бали), високий (21–25 бали) (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Межі значень рівня сформованості когнітивного критерію

Рівні	Значення рівня сформованості когнітивного критерію
Низький	$0 < K_{KK} \leq 14$
Достатній	$15 < K_{KK} \leq 20$
Високий	$21 < K_{KK} \leq 25$

Діагностика наступного критерію готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, а саме **операційного**, здійснювалася на підставі оцінювання рівня сформованості *комунікативно-мовленнєвих, інтерактивних, морально-етичних* умінь.

Для дослідження операційного критерію готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії використали оцінку експертів, якими стали викладачі начальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Психологія і педагогіка” та спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”. Завдяки спостереженню за діяльністю студентів під час проведення навчальних занять (рольових та ділових ігор, виконання вправ, вирішення професійних ситуацій, виконання проєктів, тренінгів тощо) та позааудиторної роботи викладачі мали зафіксувати вияв умінь за показниками *інтенсивності та систематичності*.

Рівень сформованості кожної групи умінь професійної взаємодії здійснювався за такими показниками: студенти у повному обсязі володіють вказаними групами умінь, систематично демонструють рівень їх сформованості під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії стоматолога з різними

суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладачами), позитивно ставляться до моделювання розмаїття професійних взаємодій (високий рівень – 3 бали); студенти не в повному обсязі володіють вказаними групами умінь, відчують труднощі під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії стоматолога з різними суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладачами), потребують спонукання до участі у моделюванні розмаїття професійних взаємодій (достатній рівень – 2 бали); студенти виявляють низький (невиразний) рівень сформованості вказаними групами умінь, відчують значні труднощі під час здійснення навчальної діяльності, моделювання різновидів взаємодій, стратегій і тактик взаємодії стоматолога з різними суб'єктами (пацієнтами, одногрупниками, викладачами), не виявляють активності в моделюванні розмаїття професійних взаємодій (низький рівень – 1 бал).

Діагностика **особистісного критерію** готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії здійснювалася на підставі оцінювання рівня сформованості ***емпатійності, рефлексивності, емоційного інтелекту***.

Діагностика рівня *емпатії* здійснювалася за методикою В. Бойка „Методика діагностики рівня емпатичних здібностей” (див. дод. П).

Сумарний показник за даною методикою може змінюватися в межах від 0 до 36 балів. Було виокремлено такі три рівні: 30 балів і вище – високий рівень емпатії; 29-15 – достатній; менше 14 – низький.

Для діагностики *рефлексивності* було використано „Методику визначення рівня рефлексивності” (А. Карпов, В. Пономарьова) (див. дод. Р). За даною методикою результати, рівні або більші за 7 стенив засвідчували високу рефлексивність. Фахівець з таким балом більшою мірою схильний звертатися до аналізу своєї діяльності й вчинків інших людей, з'ясовувати причини й наслідки своїх дій як у минулому, так і сьогодні і в майбутньому. Йому властива рефлексія власної діяльності у найдрібніших деталях, ретельне її планування й прогнозування можливих наслідків.

Результати в межах від чотирьох до семи стенів – індикатори достатнього рівня рефлексивності. Низькі результати – менше чотирьох стенів – засвідчують низький рівень розвитку рефлексивності. Це виявляється в тому, що студенту складно поставити себе на місце іншого, регулювати власну поведінку.

Розглядаючи *емоційний інтелект* як якість особистості, що визначає успіх будь-якої взаємодії, зокрема взаємодії стоматолога в професійній діяльності, спиралися на розуміння зазначеного феномена С. Каганом [375], який виокремив такі дві форми: міжособистісний та внутрішньоособистісний інтелект (див. дод. С).

Міжособистісний інтелект представлено здатностями: *розв'язувати конфлікти* (проведення переговорів та посередництво під час вирішення конфліктів; розуміння та розпізнавання емоцій, що виникають у інших людей; адекватний невербальний вираз власних емоцій); *товаришувати* (встановлювати міжособистісні контакти з колегами, підтримувати доброзичливі стосунки з іншими людьми, управляти емоціями, які виникають при взаємодії з іншими; усвідомлювати мотиви діяльності інших людей; виявляти співчуття); *працювати в команді* (організовувати інших, планувати діяльність; мотивувати інших до діяльності за допомогою позитивних емоцій; співпрацювати з іншими людьми; сприяти успішній діяльності за допомогою позитивних емоцій); *бути комунікативним* (викликати захоплення, симпатію, впливати на людей на емоційному та підсвідомому рівні; отримувати задоволення від спілкування з іншими; бути відкритими новому досвіду).

Внутрішньоособистісний інтелект представлено здатностями: *метапізнання* (самопостереження за власними проявами; усвідомлення власних емоцій і почуттів; регулювання власного емоційного стану згідно з уявленнями про норми поведінки, моральні настанови, обирати відповідну форму поведінки); *самооцінка* (формування адекватної моделі власного “Я”; повага до унікальності інших у процесі міжособистісної взаємодії);

розстановка авторитетів і цілей (інтуїтивне передбачення, прогнозування наслідків майбутньої діяльності; самоналаштування на діяльність; розстановка пріоритетів); *саморегуляція* (регулювання власних емоцій; відображення в зовнішній поведінці власної незалежності від безпосереднього моменту життєдіяльності, в якому відбувається емоційне реагування; аналіз власної мотивації).

Для виявлення рівня сформованості в студентів емоційного інтелекту в дослідженні використано адаптований варіант методики С. Кагана [375] (див. додаток С). Було діагностовано чотири складових емоційного інтелекту: *метапізнання, самооцінка, робота в команді, комунікативність*, кожен з яких оцінювався за 10-бальною шкалою.

Виділено 3 рівні сформованості емоційного інтелекту: *високий* (характеризує студентів, які вміють спостерігати за власними проявами, викликати захоплення, співпрацювати з іншими людьми й отримувати задоволення від цього; вміють досягнути свої почуття та почуття інших людей, мотивувати активну діяльність свою та оточуючих; мають адекватну самооцінку; визнають та поважають унікальність кожної людини) – 8-10 балів; *достатній* (студенти намагаються спостерігати за власними проявами, викликати позитивні емоції у суб'єктів взаємодії, вміють співпрацювати з іншими людьми, проте мають певні труднощі взаєморозуміння; не завжди усвідомлюють власні емоції і почуття, мають певні навички щодо мотивації активної діяльності; мають неадекватну самооцінку; керуються здебільшого реактивними діями) – 3-5; *низький* (студенти майже не спостерігають за власними проявами; діють залежно від ситуації, керуючись емоціями та почуттями, не викликають захоплення, симпатії у співбесідників; відчувають значні труднощі в мотивуванні активної діяльності своєї та оточуючих, діють переважно імпульсивно; мають неадекватну самооцінку; надають перевагу власним цінностям) – 1-2. Загальний показник розвитку соціального інтелекту вираховувався за рівнями: високий – 32-40 балів, достатній – 11-31; низький – 4-10 балів.

Для виявлення наявності або відсутності розбіжностей у рівні сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії використано статистичний критерій φ^* Фішера [278]. Даний критерій оцінює достовірність відмінностей між відсотковими долями двох вибірок, у яких зареєстрований ефект, який нас цікавить. Даний критерій надає можливість визначити рівень статистичної значущості, який відповідає розрахованому емпіричному значенню критерію, тобто визначити ймовірність помилки.

Критерій обчислюється за формулою:

$$\varphi^* = (\varphi_1 - \varphi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}, \quad (2.3)$$

$\varphi = 2 \cdot \arcsin \sqrt{p}$, де φ_1 – кут, відповідний меншій відсотковій частці; φ_2 – кут, відповідний більшій відсотковій частці; n_1 – кількість спостережень у вибірці 1; n_2 – кількість спостережень у вибірці 2.

Наведемо результати діагностики рівнів сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, отримані під час констатувального та контрольного етапів експерименту з метою з'ясування ефективності реалізації на практиці технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Представимо результати констатувального зрізу, провідною метою якого було виявлення рівня сформованості складників (мотиваційний, когнітивний, операційний, особистісний) готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Діагностика була розпочата з виявлення рівня сформованості **мотиваційного компоненту** готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії за такими показниками: рівень мотивації досягнення та потреби у взаємодії.

Результати діагностики вихідних рівнів сформованості складників мотиваційного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної (144 студенти) та експериментальної (148 студентів) груп

представлено у таблиці 2.4.

Перш за все зазначимо, що перед нами було поставлено завдання – виявлення потреби в досягненнях, прагненні до успіху, самовдосконалення. Усвідомлювали, що сформованість даної потреби дає змогу оцінити прагнення респондентів до самовдосконалення, наполегливість у досягненні своїх цілей, бажання студента до формування готовності до професійної взаємодії.

Таблиця 2.4

**Вихідні дані показника складників мотиваційного компоненту
готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та
експериментальної груп**

Група респондентів	Рівень сформованості складників мотиваційного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Потреба в досягненнях</i>						
контрольна	28	19,4	47	32,6	69	48,0
експериментальна	31	20,9	50	33,8	67	45,3
<i>Потреба у взаємодії</i>						
контрольна	33	22,9	64	44,4	47	32,7
експериментальна	34	22,9	68	45,9	46	31,2

Переконані, що особистість, яка володіє високим рівнем такої мотивації, упевнена в успішному результаті, готова прийняти на себе відповідальність, рішуча, виявляє наполегливість у досягненні мети, завзятість при зіткненні з перешкодами, одержує задоволення від професійної взаємодії.

Аналізуючи дані табл. 2.3, зазначимо, що на констатувальному етапі експерименту за результатами методики „Оцінка потреби в досягненні” виявлено, що лише 28 студентів (19,4%) контрольної групи та 31 (20,9%) експериментальної групи мають високий рівень потреби в досягненні.

Середній рівень зазначеної потреби виявлено у 47 (32,6%) КГ та 50 (33,8%) ЕГ відповідно. Низький рівень переважає у 69 (48,0%) студентів КГ та 67 (45,3%) у ЕГ.

Щодо потреби у взаємодії, то отримані результати виявилися такими: високий рівень показали 33 (22,9%) студентів контрольної та 34 (22,9%) експериментальної груп. Достатній рівень сформовано у 64 (44,4%) студентів КГ та 68 (45,9%) студентів ЕГ. Щодо низького рівня, то, на наш погляд, показники його є достатньо високими: 47 (32,7%) студентів КГ та 46 (31,2%) ЕГ.

Узагальнені вихідні дані мотиваційного компонента готовності до професійної взаємодії студентів експериментальної та контрольної груп на початку експерименту представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Вихідні дані показника мотиваційного компонента готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості складників мотиваційного компонента					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
контрольна	30	20,8	55	38,2	59	41,0
експериментальна	32	21,6	59	39,9	57	38,5

Аналізуючи дані таблиці 2.5 можемо констатувати, що, лише 20,8% студентів КГ та 21,6% – ЕГ виявили яскраво виражене бажання досягти конструктивних результатів, успіху, мають високу потребу у взаємодії та спрямованість на взаємодію. Вони характеризуються ініціативністю, впевненістю в собі, відповідальністю, самодостатністю, самостійністю у прийнятті рішень. Їх відрізняє наполегливість у досягненні мети, висока потреба у встановленні різноманітних зв'язків з людьми. 38,2% студентів КГ та 39,9% – ЕГ можна охарактеризувати як таких, у кого виражено бажання досягти позитивних результатів, вони активно вступають у різноманітну взаємодію, проте не завжди правильно обирають найбільш ефективний

стиль, тактики взаємодії.

На жаль, досить значна кількість студентів потрапила до низького рівня (41,0% – КГ; 38,5% – ЕГ). У них майже не виражено бажання досягти позитивних результатів у навчальній та професійній діяльності. Починаючи справу, студенти вже наперед бояться можливої невдачі, думають про шляхи її уникнення. Їх відрізняє діяльність за чіткими інструкціями й постійне спонукання до будь-якої взаємодії. У них переважає вмотивованість на невдачу, що спричиняє підвищену тривожність, низька упевненість в своїх силах, спрямованість на взаємодію, прагнення уникати відповідальних завдань. Вони потребують спонукання до активності, проте можуть виявляти відповідальне ставлення до справи.

Щодо оцінки *когнітивного компоненту* (повнота та міцність засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога), то в контрольній та експериментальній групах виявлено приблизно однакову кількість студентів, що виявили високий рівень сформованості даного компоненту (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Вихідні дані показника складників когнітивного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості складників когнітивного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Повнота засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога</i>						
контрольна	12	8,1	85	59,1	47	32,8
експериментальна	17	11,5	83	56,1	48	32,4
<i>Міцність засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога</i>						
контрольна	28	19,4	54	37,5	62	43,1
експериментальна	26	17,6	54	36,5	68	45,9

Аналізуючи дані таблиці 2.6, зазначимо, що лише 12 (8,1%) студентів

КГ та 17 (11,5%) ЕГ виявили повні засвоєння знання професійної взаємодії стоматолога, змогли розкрити особливості взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), володіють знаннями щодо деонтологічних норм, бар'єрів взаємодії, типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми. Рівень знань студентів виявлявся за результатами виконання контрольних робіт, до змісту яких увійшли базові елементи знань начальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Психологія і педагогіка” та спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”. Достатньо високими виявилися дані низького рівня за показником „повнота засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога”: 47 (32,8%) студентів КГ та 48 (32,4%) – ЕГ. Отримані дані засвідчили необхідність спеціальної підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Щодо міцності засвоєння знань професійної взаємодії стоматолога, то її визначали за допомогою коефіцієнта міцності, який демонструє кількість збережених у пам'яті студентів елементів знань. Цей показник є надзвичайно вагомим, так як знання професійної взаємодії лише тоді можуть бути дієвими, якщо студенти зробили їх особистісно значущими, а отже дієвими. На жаль, даним етап експерименту показав, що показники міцності знань також не є високими, тому що зазначений рівень виявило лише 28 (19,4%) студентів КГ та 26 (17,6%) – ЕГ. На жаль, низький рівень даного показника виявлено у 62 (43,1%) студентів КГ та 68 (45,9%) – ЕГ. А це для нас означало, що студенти усвідомлюють зазначені знання як особистісно значущі для подальшої професійної діяльності. Саме цим ми можемо пояснити відсутність у них бажання запам'ятати інформацію для подальшої професійної самореалізації.

Узагальнені дані щодо вихідних даних показника складників когнітивного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп представлено у таблиці 2.7.

Аналізуючи отримані дані (див. табл. 2.7) зазначимо, що високий

рівень показника когнітивного компоненту виявила лише незначна частка студентів – 20 (13,9% – КГ) та 19 (12,8% – ЕГ). Студенти продемонстрували знання різних моделей, стилів, тактик й стратегій професійної взаємодії, продуктивних стратегій і тактик спілкування з хворими, тактик встановлення контакту; механізмів привернення уваги клієнтів у процесі взаємодії, створення позитивного емоційного фону взаємодії; шляхів вирішення складних ситуацій у професійній взаємодії, застосування різних стратегій запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії, володіння способами впливу на людей під час взаємодії.

Таблиця 2.7

Вихідні дані показника когнітивного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості складників когнітивного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
контрольна	20	13,9	69	47,9	55	38,2
експериментальна	19	12,8	81	54,7	48	32,5

Проте, на жаль, значна частка студентів продемонструвала низький рівень знань – 55 (38,2% – КГ), 48 (32,5% – ЕГ). Вони характеризуються наявністю значних ускладнень студентів у виборі правильних стратегій й технологій взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), подоланні бар'єрів взаємодії, виборі оптимальних типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми; епізодично виявляють активність у взаємодії з однокурсниками, викладачами, фахівцями. Отримані результати ще раз підтвердили необхідність цілеспрямованого формування в майбутніх стоматологів готовності до професійної взаємодії.

Діагностика рівня сформованості у майбутніх стоматологів *операційного компоненту* готовності до професійної взаємодії здійснювалася експертами, якими стали викладачі ВНЗ, завдяки спостереженню за діяльністю студентів під час проведення навчальних

занять (рольових та ділових ігор, виконання вправ, вирішення професійних ситуацій, виконання проектів, тренінгів тощо) та позааудиторної роботи. Викладачі мали зафіксувати вияв умінь за показниками інтенсивності та систематичності.

Вихідні дані показника складників операційного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп наведено у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Вихідні дані показника складників операційного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості складників операційного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Комунікативно-мовленнєві уміння</i>						
контрольна	26	18,1	61	42,4	57	39,5
експериментальна	31	20,9	67	45,3	50	33,8
<i>Інтерактивні уміння</i>						
контрольна	24	16,6	63	43,8	57	39,6
експериментальна	27	18,2	62	41,9	59	39,9
<i>Морально-етичні уміння</i>						
контрольна	28	19,4	54	37,5	62	43,1
експериментальна	31	20,9	50	33,8	67	45,3

Аналізуючи отримані дані, представлені у таблиці 2.8, зазначимо, що високий рівень сформованості комунікативно-мовленнєвих умінь продемонстрували лише 26 студентів КГ (18,1%) та 31 студент ЕГ (20,9%) відповідно. Для достатнього рівня характерні такі відсотки – 61 (42,4%) та 67 (45,9%). Низький рівень сформованості зазначеної групи умінь зафіксовано у 57 студентів (39,5%) контрольної групи та 50 студентів (33,8%)

експериментальної групи.

Щодо рівня сформованості інтерактивних умінь, то високий бал отримали 24 студентів КГ (16,6%) та 27 (18,2%) ЕГ, достатній рівень переважає у 63 студентів КГ (43,8%) та 62 (41,9%) ЕГ, низькому рівню відповідає 57 (39,6%) та 59 (39,9%).

Для нас важливими були результати щодо діагностики рівня сформованості морально-етичних умінь. Високий рівень сформованості зазначених умінь виявлено у 28 студентів КГ (19,4%) та 31 (20,9%) – ЕГ. На достатньому рівні знаходяться 54 студенти КГ (37,5%) та 50 (33,8%) – ЕГ. Низькі показники – у 62 студентів КГ(43,1%) та 67 (45,3%) ЕГ.

Узагальнені дані щодо рівня сформованості операційного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп наведено у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Вихідні дані сформованості операційного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості складників операційного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
контрольна	26	18,1	60	41,7	58	40,2
експериментальна	30	20,2	59	39,9	59	39,9

Отже, наведені вище дані (див. табл. 2.9) дають підстави стверджувати, що у майбутніх стоматологів переважають достатній та низький рівні сформованості всіх груп умінь та операційного компонента у цілому.

Діагностика *особистісного компоненту* готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії здійснювалася на підставі оцінювання рівня сформованості емпатійності, рефлексивності, емоційного інтелекту.

Зазначимо, що виявлення рівня емпатії здійснювалося за методикою В. Бойка „Методика діагностики рівня емпатичних здібностей”. Діагностика

рівня рефлексивності відбувалася завдяки „Методики визначення рівня рефлексивності” (А. Карпов, В. Пономарьова). Для виявлення рівня сформованості в студентів емоційного інтелекту використано адаптований варіант методики С. Кагана, діагностовано чотири складових емоційного інтелекту: метапізнання, самооцінка, робота в команді, комунікативність.

Вихідні дані показника складників особистісного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп наведено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Вихідні дані показника складників особистісного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості складників операційного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Емпатійність</i>						
контрольна	24	16,7	60	41,7	60	41,7
експериментальна	26	17,6	59	39,9	63	42,5
<i>Рефлексивність</i>						
контрольна	23	16,0	56	38,9	65	45,1
експериментальна	22	15,3	53	36,8	73	47,9
<i>Емоційний інтелект</i>						
<i>Метапізнання</i>						
контрольна	25	17,4	57	39,5	62	43,1
експериментальна	24	16,2	60	40,5	64	43,3
<i>Самооцінка</i>						
контрольна	24	16,6	69	47,9	51	35,5
експериментальна	26	17,6	72	48,6	50	33,8

<i>Робота в команді</i>						
контрольна	26	18,1	63	43,8	55	38,1
експериментальна	23	15,5	61	41,2	64	43,1
<i>Комунікативність</i>						
контрольна	32	22,3	57	39,6	55	38,1
експериментальна	31	20,9	67	45,3	50	33,5

Аналізуючи дані табл. 2.10, зазначимо, що студентів, які володіють високим рівнем емпатійності виявлено 24 (16,7%) в КГ та 26 (17,6%) в ЕГ. До достатнього рівні нами було віднесено 60 (41,7%) студентів КГ та 59 (39,9%) студентів ЕГ. Решта посіла низький рівень (41,7% – КГ та 42,5% – ЕГ).

Зазначимо, що високий рівень сформованості здатності до рефлексії власної діяльності виявила лише незначна частка студентів (16,0% – КГ, 15,3% – ЕГ). Переважна більшість студентів була віднесена до достатнього (38,9% – КГ, 36,8% – ЕГ) та низького (45,1% – КГ, 47,9% – ЕГ) рівнів. Отримані результати показали, що під час проведення формувального етапу експерименту слід звернули значну увагу на формування в майбутніх стоматологів здатності до рефлексії, бо саме вона допомагає студентам стати на позицію суб'єкта взаємодії, зрозуміти як він реагує на слова, дії; коригувати чи змінювати за необхідності комунікативну поведінку, аналізувати та адекватно оцінювати власну комунікативну діяльність під час здійснення професійної взаємодії; прогнозувати результати власних дій та дій суб'єктів професійної взаємодії; здійснювати самооцінку власних стратегій поведінки у взаємодії.

У ході експерименту діагностувався рівень сформованості компонентів емоційного інтелекту як здатності майбутнього стоматолога до усвідомлення та управління власними емоційними станами та почуттями інших людей, гармонійного поводження; осягнення своїх почуттів та почуттів інших

людей, мотивувати активну діяльність свою та оточуючих, керувати емоціями.

Діагностика мала на мету визначення рівня метапізнання. За результатами дослідження виявлено, що високий рівень має незначна кількість студентів контрольної та експериментальної груп (17,4% та 16,2% відповідно), достатній (39,5% та 40,5%), низький (43,1% та 43,3%), що наочно демонструє несформованість у переважній більшості студентів здатності до самоспостереження за власними проявами, усвідомлення власних емоцій і почуттів, регулювання власного емоційного стану згідно уявлень про норми поведінки, моральні настанови, обирати відповідну форму поведінки.

Щодо самооцінки, то отримані результати виявилися також низькими: високий рівень показали (16,6% та 17,6% відповідно) студентів контрольної та експериментальної груп, достатній у (47,9% та 48,6%), низький (35,5% в КГ та 33,8% в ЕГ).

За результатами діагностики виявлено, що лише 26 (18,1%) студентів контрольної групи та 23 (15,5%) студенти експериментальної групи мають високий рівень роботи в команді, тобто здатні організувати інших, планувати діяльність; мотивувати інших до діяльності за допомогою позитивних емоцій; співпрацювати з іншими людьми; сприяти успішній пізнавальній діяльності за допомогою позитивних емоцій. Достатній рівень досліджуваного складника продемонстрували 63 (43,8%) студентів КГ та 61 (41,2%) – ЕГ. Досить високі показники і низького рівня: 55 (38,1%) студентів КГ та 64 (43,1%) у ЕГ.

Щодо комунікативності, то отримано такі результати. Високий рівень сформованості даного складника виявлено у 32 (22,3%) студентів КГ та 31 (20,9%) студента ЕГ. Такі студенти можуть викликати захоплення, симпатію, впливати на людей на емоційному та підсвідомому рівні (харизма), отримувати задоволення від спілкування з іншими, любити інших й турбуватися про них, бути відкритими новому досвіду. На жаль, досить

високими виявилися показники достатнього (57 (39,6%) – КГ; 67 (45,3%) – ЕГ) та низького рівнів: 55 (38,1%) – КГ та 50 (33,5%) – ЕГ.

Отримані дані стали підґрунтям для виявлення вихідних показників особистісного компоненту готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Узагальнені дані щодо вихідних даних показника особистісного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп наведено в таблиці 2.11.

Аналіз узагальнених даних щодо особистісного компоненту виявив значні показники низького рівня – 59 (40,9%) студентів КГ та 60 (40,0%) студентів ЕГ. Дані результати можна розглядати як проблемне місце, що потребує спеціального навчання студентів. Високий рівень сформованості операційного компонента готовності студентів до професійної взаємодії зафіксовано у 17,4% студентів КГ, 18,1% – ЕГ.

Таблиця 2.11

Вихідні дані показника особистісного компоненту готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп

Група респондентів	Рівень сформованості операційного компоненту					
	високий		достатній		низький	
	К	%	К	%	К	%
контрольна	25	17,4	60	41,7	59	40,9
експериментальна	26	18,1	62	41,9	60	40,0

Результати, отримані під час проведення констатувального етапу експерименту, мають вагомим мотиваційним значенням для подальшого дослідження. Упевнені, що отримані дані свідчать про здійснювану викладачами медичних вищих навчальних закладів роботу, спрямовану на підготовку майбутніх стоматологів до професійної взаємодії. Свідченням цього є той факт, що досить значна кількість студентів продемонструвала високий рівень сформованості як компонентів готовності до здійснення професійної взаємодії, так і досліджуваного феномену в цілому. Проте, наша

увагу була прикута до значної частки майбутніх стоматологів, які виявили достатній та низький рівень. Саме ці студенти мали стати суб'єктами подальшої роботи з цілеспрямованого формування готовності до професійної взаємодії. Усе це дало нам змогу розробити й апробувати на практиці технологію підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

Відомо, що наукова значущість експериментального дослідження залежить не лише від його спрямованості, змісту, потужного діагностичного інструментарію, а й від отримання конкретних результатів, які сприяють перевірці й уточненню теоретичних положень, мають суттєве значення для підтвердження достовірності наукових положень дисертаційного пошуку. З цією метою організовано формувальний етап експериментального дослідження, проведення якого дало можливість з'ясувати ефективність реалізації на практиці технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, що було здійснено завдяки контрольному зрізу.

Результати щодо динаміки зміни показників рівнів сформованості компонентів готовності до професійної взаємодії у студентів контрольної та експериментальної груп наведено у табл. 2.12.

Зіставлення даних щодо рівня сформованості компонентів готовності до професійної взаємодії у студентів контрольної та експериментальної груп говорить про суттєві позитивні зміни на всіх рівнях, що відбулися під час формувального етапу експерименту.

Аналізуючи дані рівнів сформованості мотиваційного компонента готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії (табл. 2.12), слід відзначити, що за два роки в контрольній групі відбулися певні зміни. Проте динаміка була незначною. Кількість студентів з високим рівнем зросла на 1,5%. Певні зміни відбулися у студентів, які мали низький рівень сформованості мотиваційного компоненту (з 41,0% до 36,0%). Отримані результати щодо наявності незначних змін в контрольній групі свідчать про

відсутність цілеспрямованої роботи з формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії. Щодо експериментальної групи, то дані таблиці свідчать, що після формувального етапу експерименту в рівні сформованості мотиваційного компонента відбулися істотні позитивні зрушення. Показники становили: для високого рівня – (+ 17,3%), для низького рівня – (– 23,0%).

Таблиця 2.12

Зміна показників рівнів сформованості компонентів готовності до професійної взаємодії у студентів контрольної та експериментальної груп

Рівень сформованості	Група студентів			
	КГ (144 осіб)		ЕГ (148 осіб)	
	Етап експерименту			
	Констатувальний	Контрольний	Констатувальний	Контрольний
Мотиваційний компонент				
Високий	20,8	22,3	21,6	38,9
Достатній	38,2	41,7	39,9	46,9
Низький	41,0	36,0	38,5	15,5
Когнітивний компонент				
Високий	13,9	17,4	12,8	43,2
Достатній	47,9	40,9	54,7	41,9
Низький	38,2	41,7	32,5	14,9
Операційний компонент				
Високий	18,1	19,4	20,2	41,7
Достатній	41,7	41,7	39,9	48,0
Низький	40,2	38,9	39,9	10,3
Особистісний компонент				
Високий	17,4	18,8	18,1	39,1
Достатній	41,7	45,8	41,9	47,1
Низький	40,9	35,4	40,0	13,8

Щодо динаміки рівнів сформованості когнітивного компонента готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, то отримані дані експериментального дослідження свідчать про стрімкі позитивні зрушення. Після проведення формувального етапу експерименту в експериментальній групі значно збільшилась кількість студентів, яких ми віднесли до високого рівня (з 12,8 до 43,2%). Приріст становив + 30,4. Якісний аналіз результатів показав, що майбутні стоматологи вільно володіють глибокими та дієвими

знаннями щодо сутності, особливостей професійної взаємодії стоматологів. У них сформовано стійкі погляди на особливості взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), бар'єри взаємодії, типи і форми поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми. Значно зросла кількість правильних повних відповідей, що свідчить про дієвість технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, правильність обраних методів навчання, які забезпечують формування в студентів готовності до здійсненні професійної взаємодії.

Суттєво зменшилась кількість студентів, з низьким рівнем (з 32,5 до 14,9%). Приріст склав (-17,6). Щодо контрольної групи, то нами виявлено певні зміни, проте несуттєві: високий рівень (з 13,9 до 17,4%), достатній (з 47,9 до 40,9%), низький (з 38,2 до 41,7%). Приріст відповідно становив (+3,5; -7; +3,5). Зміна мотивів спричинила запуск внутрішніх механізмів саморозвитку, самореалізації й самовдосконалення особистості у різновидах професійної взаємодії, усвідомлення необхідності особистісної перебудови як майбутніх стоматологів.

Стосовно динаміки рівнів сформованості операційного компонента готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, то можна констатувати таке. У процесі діагностики виявлено, що якщо в контрольній групі кількість студентів, які мають високий рівень становить 19,4% (порівняно з 18,1%), то в експериментальній – 41,7% (порівняно з 20,2%). Приріст становив відповідно (+1,3 та +21,5).

Це пов'язуємо із включенням у навчальний процес інтерактивних методів навчання, що вимагало від майбутніх стоматологів обґрунтування власних поглядів на проблему та шляхи її розв'язання; ігрових методів навчання, які, базуючись на професійно спрямованих ситуаціях, забезпечили вияв особистісної позиції майбутніх стоматологів під час взаємодії в системах «студент – студент», «викладач – студент».

Низький рівень було виявлено у 38,9% студентів контрольної групи.

Щодо експериментальної, то виявлено суттєві позитивні зрушення в кожному з досліджуваних рівнів, а саме: високий рівень – позитивні зміни +21,5; достатній – зміни +8,1; низький – (-29,6).

Співставляючи отримані результати, відзначаємо, що після проведення формувального етапу експерименту в експериментальній групі помітне суттєве збільшення кількості студентів, яких віднесено до високого рівня: відсоток студентів експериментальної групи з високим рівнем змінився від 18,1 до 39,1. Значно зменшилася кількість майбутніх стоматологів, які продемонстрували низький рівень (з 40,0 до 13,8%). У контрольній групі зміни відбулися, проте незначні: високий рівень – з 17,4 до 18,8%, достатній – з 41,7 до 45,8%, низький рівень – з 40,9 до 35,4%.

На завершення формувального етапу експерименту було проведено контрольний етап дослідження, спрямований на визначення динаміки рівнів сформованості готовності до професійної взаємодії в студентів досліджуваних груп (див. табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Зміна показників рівнів сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії у студентів контрольної та експериментальної груп

Рівень сформованості	Група студентів			
	КГ (144 осіб)		ЕГ (148 осіб)	
	Етап експерименту			
	Констатувальний	Контрольний	Констатувальний	Контрольний
Високий	17,4	19,4	17,6	41,9
Достатній	41,7	42,4	43,2	44,6
Низький	40,9	38,2	39,2	13,5

Порівняльний аналіз результатів, отриманих при визначенні рівня сформованості в студентів готовності до професійної взаємодії на етапі констатацій і кінцевих експериментальних даних після проведення формувального етапу експерименту дозволив простежити динаміку рівнів сформованості досліджуваної готовності.

Дослідивши динаміку рівнів, констатуємо стрибкоподібність отриманих даних рівнів сформованості готовності майбутніх стоматологів

експериментальної групи до професійної взаємодії. Це демонструють дані табл. 2.13.

Так, кількість студентів експериментальної групи з високим рівнем сформованості готовності до професійної взаємодії збільшилася на 24,3 %, на відміну від контрольної групи, де ця цифра становить 2,0 %. Ці студенти мають яскраво виражену потребу у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наполегливі у досягненні поставлених цілей у самовдосконаленні; демонструють наявність повних, дієвих знань професійної взаємодії, виявляють активне послугування ними у професійній взаємодії. Вони досконало володіють комунікативно-мовленнєвими, інтерактивними, морально-етичними вміннями, творчо їх використовують у процесі взаємодії з однокурсниками, викладачами й фахівцями; яскраво виявляють розвиненість емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Що стосується динаміки змін кількості студентів з низьким рівнем сформованості вказаної готовності в експериментальній та контрольній групах, то вона свідчить про зниження цих показників на 25,7 % та 2,7 % відповідно. Це відбулося за рахунок переходу студентів з низького рівня на достатній, значення якого суттєво знизилися в експериментальній групі.

Співставлення результатів, відображених в табл. 2.13, дозволяє зробити загальний висновок про те, що більш інтенсивні позитивні зміни у рівні сформованості готовності до професійної взаємодії відбулися у студентів експериментальної групи порівняно зі студентами контрольної групи, що свідчить про правильність запропонованої в дослідженні гіпотези.

Отримані результати пояснюються ефективністю дослідно-експериментальної роботи, а саме реалізацією технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, упровадження якої мало певну етапність: *пропедевтичний* (навчально-методичний семінар для викладачів "Формування готовності студентів до здійснення професійної взаємодії", розробка навчально-

методичного забезпечення, попередня діагностика); *змістово-процесуальний* (зміст, форми, інтерактивні методи навчання); *рефлексивно-аналітичний* (рефлексія, самодіагностика, самокоректування); *контрольно-оціночний* (діагностика кінцевих результатів).

Для більш ґрунтовного порівняння рівнів сформованості готовності до професійної взаємодії студентів контрольної та експериментальної груп використовували статистичний критерій φ^* Фішера [278].

Дані щодо порівняння характеристик експериментальної та контрольної групи на констатувальному етапі експерименту (за критерієм φ^* Фішера) наведено в таблиці 2.14.

$$\varphi_1 = 1,789; \varphi_2 = 1,754.$$

$\varphi_{емп}^* = 0,299$; $\varphi^*_{критич} = 1,64$; $\varphi_{емп}^* < \varphi^*_{критич}$ (нульова гіпотеза про відсутність відмінностей між ними підтвердилась).

Таблиця 2.14

Порівняння характеристик експериментальної та контрольної групи на констатувальному етапі експерименту (за критерієм φ^* Фішера)

Група	Ефект наявний: достатній та високий рівень		Ефект відсутній: низький рівень		Разом
	Кількість студентів	%	Кількість студентів	%	
Е	90	60,8	58	39,2	148
К	85	59,1	59	40,9	144
Разом	175		117		292

Відмінності в експериментальній та контрольній групі на констатувальному етапі експерименту (за критерієм φ^* Фішера) виявилися статистично незначущими (емпіричне значення критерію $\varphi_{емп}^* = 0,299$ менше за критичне 1,64) (див. табл. 2.14).

Щодо порівняння характеристик контрольної групи до та після формувального етапу експерименту за критерієм φ^* Фішера, то дані наведено у таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Порівняння характеристик контрольної групи до та після формувального етапу експерименту за критерієм φ^* Фішера

Час виміру	Ефект наявний: достатній та високий рівень		Ефект відсутній: Низький рівень		Разом
	Кількість студентів	%	Кількість студентів	%	
До формувального етапу	85	59,1	59	40,9	144
Після формувального етапу	89	61,8	55	38,2	144
Разом	174		114		288

$$\varphi_1 = 1,754; \varphi_2 = 1,809.$$

$$\varphi_{емп}^* = 1,077; \varphi^*_{критич} = 1,64; \varphi_{емп}^* < \varphi^*_{критич} \text{ (відмінність відсутня).}$$

Відмінності в контрольній групі до та після формувального етапу експерименту (за критерієм φ^* Фішера) виявилися статистично незначущими (емпіричне значення критерію $\varphi_{емп}^* = 1,077$ менше за критичне 1,64).

Порівняння характеристик експериментальної групи до та після формувального етапу експерименту за критерієм φ^* Фішера представлено в таблиці 2.16.

$$\varphi_1 = 1,799.$$

$$\varphi_2 = 2,380.$$

Тепер визначимо емпіричне значення критерію φ^* :

$$\varphi_{емп}^* = 4,998; \varphi^*_{критич} = 1,64; \varphi_{емп}^* > \varphi^*_{критич}$$

Відмінності в експериментальній групі до та після експерименту виявилися статистично значущими (емпіричне значення критерію $\varphi_{емп}^* = 4,998$ більше за критичне 1,64) (див. табл. 2.16).

І нарешті,

$$\varphi_1 = 1,809.$$

$$\varphi_2 = 2,380.$$

Таблиця 2.16

Порівняння характеристик експериментальної групи до та після формувального етапу експерименту за критерієм φ^* Фішера

Час виміру	Ефект наявний: достатній та високий рівень		Ефект відсутній: Низький рівень		Разом
	Кількість студентів	%	Кількість студентів	%	
До формувального етапу	90	60,8	58	39,2	148
Після формувального етапу	128	86,5	20	13,5	148
Разом	219		78		296

Тепер визначимо емпіричне значення критерію φ^* :

$\varphi_{емп}^* = 4,878$; $\varphi^*_{критич} = 1,64$; $\varphi_{емп}^* > \varphi^*_{критич}$ (спостерігається суттєва розбіжність, що є достатнім, щоб на статистичному рівні відхилити нульову гіпотезу та прийняти альтернативну про те, що різниця у показниках груп Е та К є суттєвою) (див. табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Порівняння характеристик експериментальної та контрольної групи на контрольному етапі експерименту (за критерієм φ^* Фішера)

Група	Ефект наявний: Достатній та високий рівень		Ефект відсутній: Низький рівень		Разом
	Кількість студентів	%	Кількість студентів	%	
Е	128	86,5	20	13,5	148
К	89	61,8	55	38,2	144
Разом	217		75		292

Результати розрахунків (див. табл. 2.15 та 2.17) вказують на статистично незначущу різницю між контрольною та експериментальною групами до експерименту (емпіричні значення критерію $\varphi_{емп}^* = 0,299$; φ^*

$\varphi_{критич} = 1,64$; $\varphi_{емп}^* < \varphi_{критич}^*$) та, навпаки, статично значущу різницю між показниками експериментальної та контрольної групи після експерименту (емпіричні значення критерію $\varphi_{емп}^* = 4,878$; $\varphi_{критич}^* = 1,64$; $\varphi_{емп}^* > \varphi_{критич}^*$).

Підбиваючи підсумки, маємо констатувати, що реалізація у навчальному процесі технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання дійсно привела до суттєвих позитивних змін рівня сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії у майбутніх стоматологів експериментальної групи. Це є переконливою підставою вважати, що завдання дослідження виконано і його мету досягнуто.

Висновки до розділу 2

Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, презентація процесу її упровадження на практиці та аналіз отриманих результатів дозволяє зробити такі висновки.

У розділі технологію *підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання* представлено як конкретним способом організовану спільну діяльність викладачів та студентів, що забезпечує підготовку майбутніх стоматологів до професійної взаємодії; а також сукупність методів, прийомів та засобів навчання, форм контролю і корекції, що поетапно (пропедевтичний, змістово-процесуальний, рефлексивно-аналітичний, контроль-оціночний етапи) упроваджуються у навчальний процес ВНЗ та гарантують досягнення кінцевого результату – сформованої готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії

Обґрунтовано, що технологія підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання має чітко визначені мету й завдання, методологічні засади, принципи, містить такі

етапи реалізації: *пропедевтичний* (навчально-методичний семінар для викладачів «Формування готовності студентів до здійснення професійної взаємодії», розробка навчально-методичного забезпечення, попередня діагностика); *змістово-процесуальний* (зміст, форми, інтерактивні методи навчання); *рефлексивно-аналітичний* (рефлексія, самодіагностика, самокоректування); *контрольно-оціночний* (діагностика кінцевих результатів).

Визначено мету реалізації зазначеної технології: формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії. Окреслено завдання: стимулювання у студентів мотивації до оволодіння майстерністю професійної взаємодії, наполегливості у досягненні своїх цілей, потреби в самопізнанні й самовдосконаленні; оволодіння студентами знаннями щодо сутності, особливостей професійної взаємодії стоматологів, формування поглядів на особливості взаємодії стоматолога і клієнта (асистента, колеги, керівника), бар'єри взаємодії, типів і форм поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми; спонукання активності у взаємодії з однокурсниками, викладачами, практикуючими стоматологами; відпрацювання комунікативно-мовленнєвих, інтерактивних, морально-етичних умінь, розвиток емпатійності, емоційного інтелекту, толерантності, рефлексивності.

Обґрунтовано основні методологічні підходи, а саме: системний, діяльнісний, синергетичний, культурологічний, контекстний, особистісно-зорієнтований, аксіологічний. Визначено принципи організації навчання, що забезпечують формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії: інтерактивності, диверсифікації контексту професійної підготовки, діалогізації, індивідуалізації, толерантності, інтегративності, особистісної свободи.

Розроблена технологія підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання визначається *етапами її реалізації*.

Пропедевтичний етап технології передбачає теоретико-методичну підготовку викладачів вищого медичного навчального закладу до формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії шляхом проведення навчально-методичного семінару „Формування готовності студентів до здійснення професійної взаємодії”; розробку навчально-методичного забезпечення процесу підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; попередню діагностику рівня сформованості у майбутніх стоматологів готовності до професійної взаємодії.

Змістово-процесуальний етап передбачає засвоєння студентами комплексу знань та формування відповідних умінь, необхідних для виконання професійних функцій, реалізація яких базується на взаємодії. Основу цього етапу становили скоригований зміст навчальних дисциплін „Філософія”, „Англійська мова (за професійним спрямуванням)”, „Основи психології. Основи педагогіки”, збагачений теоретичними знаннями щодо сутності професійної взаємодії стоматолога, моделей, стратегій, тактик професійної взаємодії тощо, а також оновлені підходи до організації й проведення практичних занять і самостійної роботи студентів завдяки впровадженню інтерактивних методів навчання та авторського спецкурсу „Професійна взаємодія стоматологів”.

Дослідженням передбачено імплементацію співнавчання, взаємонавчання (колективне, групове, мікрогрупове навчання в співпраці) у такі традиційні форми навчання, як лекції, семінарські заняття, самостійна робота. Передбачено такі різновиди взаємодій студентів: пари (діади); групи (мікрогрупи). Репрезентовано інтерактивні методи навчання: діалогічно-дискусійні (диспут, дебати, міні-дискусії, мозковий штурм, круглий стіл, симпозіум, кейс-метод, метод генерування ідей, „вогонь по ведучому”, баскет-метод, метод „Акваріум”, „Карусель”, „Займи позицію”, форум), ігрові, тренінгові, метод ситуативного моделювання.

У розділі показано, що формування готовності майбутніх стоматологів

до професійної взаємодії має здійснюватися через гармонійне поєднання аудиторної, самостійної та позааудиторної роботи, яка представлена через організацію роботи дискусійного клубу „Оратор”, проведення конкурсу „Здрастуйте, лікарю!”, захист проекту „Стоматологічна вистава”, організація зустрічей з провідними стоматологами.

Розкрито сутність рефлексивно-аналітичного етапу технології, який реалізується шляхом застосування у навчальному процесі методів локбуку, сталкінгу, що спрямовують студентів на аналіз власної діяльності, відпрацювання навичок самоаналізу, самооцінки, самоконтролю та передбачає здійснення комплексу моніторингових процедур для визначення рівня сформованості досліджуваної готовності.

Контрольно-оціночний етап передбачає контроль, аналіз отриманих результатів, виявлення недоліків у здійсненні процесу формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, внесення уточнень, що об’єктивно сприяють продуктивному формуванню досліджуваної готовності, визначення перспектив подальшої діяльності як викладачів, так і студентів.

Кінцевим результатом впровадження технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання є особистість студента з високим рівнем сформованості кожного компонента досліджуваної готовності та феномену в цілому.

У розділі розкрито сутність проведення констатувального, формувального й контрольного етапів педагогічного експерименту.

Розкрито сутність констатувального етапу експерименту, на якому було розроблено діагностичний інструментарій та виявлено рівні сформованості складників готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Подано опис формувального етапу експерименту, який передбачав дослідно-експериментальну перевірку й упровадження в навчально-виховний процес ВНЗ технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

На основі зіставлення отриманих результатів, їх кількісного і якісного аналізу виявлено, що реалізація технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання призвела до суттєвих статистично значущих змін у рівні сформованості готовності до професійної взаємодії студентів експериментальної групи.

Аналіз результатів вказав на статистично незначущу різницю між контрольною та експериментальною групами до експерименту (емпіричні значення критерію $\varphi_{емп}^* = 0,299$; $\varphi^*_{критич} = 1,64$; $\varphi_{емп}^* < \varphi^*_{критич}$) та, навпаки, статистично значущу різницю між показниками експериментальної та контрольної групи після експерименту (емпіричні значення критерію $\varphi_{емп}^* = 4,878$; $\varphi^*_{критич} = 1,64$; $\varphi_{емп}^* > \varphi^*_{критич}$).

Узагальнення отриманих результатів дозволило стверджувати, що мета дисертаційного дослідження досягнута, а виконані завдання та підтверджена гіпотеза дають змогу сформулювати загальні висновки.

Матеріали, які ввійшли до розділу, опубліковано автором у наукових статтях і матеріалах конференцій [308; 309; 310; 311; 312; 313; 314; 315; 316; 317].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі досліджено проблему підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії й запропоновано новий підхід до її розв'язання, що полягає в запровадженні технології підготовки зазначених фахівців до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

1. На підставі аналізу наукової літератури з досліджуваної проблематики розкрито методологічні і теоретичні засади підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, основу яких становлять історичні й державні документи стосовно становлення професії стоматолога й сучасної підготовки дипломованих стоматологів, в яких окреслено: основні вимоги до фахівців зазначеного профілю; наукові праці, завдяки яким конкретизуються основні дефініції дослідження, такі як „підготовка”, „професійна підготовка фахівців”, „підготовка до професійної взаємодії”, „готовність”, „готовність до взаємодії”; дослідження, що розкривають питання підготовки майбутніх спеціалістів, зокрема лікарів до професійної взаємодії як передумови їх успішної професійної діяльності та особистісно-професійного розвитку; ідеї філософів, соціологів, психологів, педагогів, що визначили сутнісні ознаки феноменів „взаємодія”, „професійна взаємодія”, встановили вимоги до ефективного обміну інформацією під час взаємодії та суб'єктів взаємодії; наукові здобутки вчених, в яких обґрунтовано доцільність інтерактивних методів навчання для оптимізації професійної комунікативної підготовки майбутніх лікарів, зокрема стоматологів.

2. Готовність майбутніх стоматологів до професійної взаємодії визначено як стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, основою якого є володіння професійно орієнтованими знаннями, уміннями та особистісними якостями, які забезпечують конструктивну взаємодію в системі професійних відносин й реалізації професійних функцій стоматолога. Зазначена інтегративна характеристика позитивно відображає сформоване прагнення особистості до успіху, самовдосконалення майстерності

професійної взаємодії; володіння повною мірою здобутими знаннями щодо професійної взаємодії; визначає сформовану сукупність умінь (комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні) та розвинуті особистісні якості (емпатійність, емоційний інтелект, толерантність, рефлексивність). Така готовність є складовою готовності до професійної діяльності, потребує постійного розвитку і вдосконалення у майбутній професійній діяльності.

Обґрунтовано структурні компоненти готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії: *мотиваційний* (потреба у підвищенні майстерності професійної взаємодії, наявність мотивації досягнення, а саме прагнення до успіху, самовдосконалення), *когнітивний* (повнота та міцність знань професійної взаємодії стоматолога), *операційний* (рівень володіння сукупністю вмінь професійної взаємодії: комунікативно-мовленнєві, інтерактивні, морально-етичні, ставлення до моделювання професійних взаємодій), *особистісний* (ступінь сформованості емпатії, рефлексії, емоційного інтелекту, толерантності). Висвітлено сутність рівнів сформованості досліджуваної готовності (низький, достатній та високий), розкрито їх зміст.

3. Теоретично обґрунтовано технологію підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, яка ґрунтується на системному, діяльнісному, синергетичному, культурологічному, контекстному, особистісно зорієнтованому, аксіологічному підходах, принципах організації навчання (інтерактивності, диверсифікації контексту професійної підготовки, діалогізації, індивідуалізації, толерантності, інтегративності, особистісної свободи) і містить такі етапи: пропедевтичний, змістово-процесуальний, рефлексивно-аналітичний, контрольний-оціночний.

Пропедевтичний етап технології орієнтовано: на теоретико-методичну підготовку викладачів вищого медичного навчального закладу до формування у студентів готовності до здійснення професійної взаємодії; розробку навчально-методичного забезпечення процесу підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних

методів навчання; виявлення вихідного рівня сформованості у майбутніх стоматологів готовності до професійної взаємодії.

Змістово-процесуальний етап передбачає засвоєння студентами комплексу знань, необхідних для виконання професійних функцій, основу реалізації яких становить взаємодія та формування відповідних умінь, забезпечення активності включення студентів у професійну взаємодію завдяки використанню інтерактивних методів навчання: діалогічно-дискусійних, ігрових, тренінгових, методу ситуативного моделювання.

Рефлексивно-аналітичний етап технології орієнтовано на самоаналіз, самооцінку, самоконтроль; здійснення комплексу моніторингових процедур, спрямованих на визначення рівня сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії.

Контрольно-оціночний етап передбачає контроль, аналіз отриманих результатів, виявлення недоліків у здійсненні процесу формування готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, внесення уточнень, визначення перспектив подальшої діяльності як викладачів, так і студентів.

4. Узагальнення результатів експериментальної роботи, їх кількісний і якісний аналіз свідчать про ефективність упровадженої технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання.

У процесі дослідження виявлено позитивну динаміку розвитку готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, а саме: на 24,3% зросла кількість студентів, що відповідає високому рівню; на 1,4% збільшилась кількість студентів достатнього рівня, і, відповідно, зменшилась кількість студентів, що віднесена до низького рівня – на 25,7%.

За результатами аналізу проведеного дослідження констатовано статистично значущу різницю між показниками експериментальної та контрольної групи після експерименту (емпіричні значення критерію $\varphi_{емп}^* = 4,878$; $\varphi^*_{критич} = 1,64$; $\varphi_{емп}^* > \varphi^*_{критич}$), що свідчить про безумовну

ефективність та достовірність обґрунтованої й експериментально перевіреної технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, а також її навчально-методичного забезпечення.

5. Розроблено комплекс навчально-методичних матеріалів для викладачів медичних вишів щодо підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання, який містить банк тренінгових програм, комплекс ділових і рольових ігор, навчальних проєктів, ситуаційних вправ, завдання для самостійної роботи студентів. Дібрано та адаптовано пакет діагностичних матеріалів для визначення рівня сформованості готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, розроблено програму діяльності дискусійного клубу „Оратор”.

Виконане дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії у вищих медичних навчальних закладах. Перспективу подальших розвідок вбачаємо в аналізі шляхів професійної самореалізації майбутніх стоматологів в лікувальних установах України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – М. : Кафедра-М, 2005. – 272 с.
2. Абульханова-Славская К.А. Активность и сознание личности как субъекта деятельности / К.А. Абульханова-Славская // Психология личности в социалистическом обществе: активность и развитие личности. – М.: Наука, 1989. – С. 10–134.
3. Агеева Н.А. Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента /Н.А.Агеева// Гуманитарные и социальные науки. – 2012. – № 5. – С. 131-139.
4. Акаева Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.01 / Э.В. Акаева. – Омск, 2007. – 149 с.
5. Активні та інтерактивні методи навчання / Укладач О.С. Кравчина. – К.: ЦІННО АПН України, 2003. – 32 с.
6. Алтухова Г. М. Підготовка майбутніх учителів до організації міжкультурної взаємодії школярів : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Алтухова Галина Миколаївна ; Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Харків, 2015. – 20 с.
7. Алферова Е.А. Роль воспитательного процесса в формировании поликультурной личности студента медицинского ВУЗа / Е.А. Алферова, А.В. Сущенко, И.Е. Плотникова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – № 39-1. – С. 64-68.
8. Амірагова Н. С. Впровадження інтерактивних технологій у процесі навчання іноземних мов / Н. С. Амірагова // Використання інтерактивних методів при викладанні мови та літератури у середніх та вищих навчальних закладах : матеріали міжвуз. наук.-практ. конф. – Євпаторія : РВНЗ Кримський гуманітарний університет, 2009. – С. 54–57.

9. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. – 2-е изд. / Б.Г. Ананьев. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
10. Ананьев Б. Особистість, суб'єкт діяльності, індивідуальність (Личность, субъект деятельности, индивидуальность) / Б. Ананьев. – М.: Директ-Медиа, 2008. – 248 с.
11. Андреева Г. М. Зарубежная социальная психология XX столетия. Теоретические подходы: Учебное пособие для вузов / Г.М. Андреева, Н.Н. Богомолова, Л.А. Петровская. – М.: Аспект Пресс, 2001. — 288 с.
12. Андреева Г.М. Социальная психология: [учеб. для высш. шк.] / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 1997. – 375 с.
13. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / О. Я. Андрійчук. – К., 2003. – 21 с.
14. Андриянова Е.А. Компетентностная модель выпускника медицинского вуза. В кн.: Педагогические технологии реализации компетентностного подхода в современном медицинском образовании. Сб. статей межрегион. науч.-практ. конф. / Е.А. Андриянова, С.В. Носкова. – Саратов.: Изд-во СГМУ, 2009 – С. 9-18.
15. Анисимова Т.В. Психологические особенности профессиональных взаимодействий: дис. ... канд. психол. наук / Т.В. Анисимова. – Ленинград, 1985. – 179 с.
16. Арасланова А. Т. Формирование коммуникативной компетентности студентов в условиях медицинского колледжа : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Арасланова Алия Талгатовна. – Оренбург, 2008. – 237 с.
17. Асламова М. Виховання особистісних якостей майбутнього лікаря як педагогічна проблема / М. Асламова // Витоки педагогічної майстерності. 2013. – Вип. 12. – С. 15-18.
18. Асимов М.А. Психологические основы / М.А. Асимов, Ш.С. Марданова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 6(29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>

19. Асоціація стоматологів України <http://udenta.org.ua/>
20. Афанасьев В. Г. Общество: системность, познание и управление / В. Г. Афанасьев. – М. : Политиздат, 1981. – 432 с.
21. Бабенко П.А. Формирование толерантности как профессиональной компетентности в процессе подготовки будущих врачей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. / Полина Александровна Бабенко. – Ростов-на-Дону, 2009. – 155 с.
22. Баранюк О. Інноваційні методи викладання англійської мови у ВНЗ / О. Баранюк // Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи: [матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю] (13–14 листопада 2014 року, Харків). – Х. : Тім Пабліш Груп, 2014. – С.11-14.
23. Басманова Е.В. Особенности возникновения конфликтных ситуаций при оказании стоматологической помощи детям / Е.В. Басманова, Н.В. Морозова, И.Н. Минаева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – С. 59-61.
24. Бахнівський В.С. Застосування роботи в парах та трійках, як складових групового методу інтерактивного навчання у студентів вищих медичних навчальних закладів / В.С. Бахнівський, О.Р. Безугла // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 8-9.
25. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского / М.М. Бахтин. – М.: Худ. лит., 1972. – 634 с.
26. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества /М.М. Бахтин. – 2-е изд. – М.: Искусство, 1986. – 444 с.
27. Бацевич Ф.С. Основи комунікативної лінгвістики /Ф.С. Бацевич. – Київ: Вид. центр “Академія”, 2004. – С. 126-134.

28. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. – М. : Педагогика, 1989. – 192 с.
29. Берестова А. Формування комунікативної компетентності у студента при вивченні мовознавчих дисциплін / А. Берестова // Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи: [матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю] (13–14 листопада 2014 року, Харків). – Х. : Тім Пабліш Груп, 2014. – С.15-17.
30. Берри К. Взаимоотношения врача и пациента / К. Берри // Материалы Первого Украинско_британского симпозиума по биоэтике (г. Киев, 25–29 сентября 2000 г.). – К.: Киевская медицинская академия им. П.Л. Шупика, Киевский исследовательский центр “РЕАЛ”. – С. 15–16.
31. Бжоско Е.Г. Обучение устной речи на продвинутом этапе (на материале английского языка в мединституте): дисс. ... канд. пед. наук / Е.Г. Бжоско. – Минск, 1988. – 198 с.
32. Библер В.С. Диалог культур и школа XXI века / В.С. Библер // Школа диалога культур: Идеи. Опыт. Проблемы. – Кемерово: «Алеф» Гуманитарный центр, 1993. – С.9-106.
33. Библер В.С. Культура. Диалог культур: опыт определения / В.С. Библер // Вопр. философии. – 1989. – № 6. – С. 31–42.
34. Бобров А.П. Изучение взаимоотношений врача-ортодонта и пациента / А.П. Бобров, Н.Г. Незнанов, Е.П. Исаева, Л.В. Корсак // Психиатрия, консультирования и взаимодействия: Материалы конф. (15-17 апреля 2004 г.). – СПб; 2004. – С. 100-103.
35. Богданова Л. В. Профессионально ориентированная коммуникативная подготовка будущего врача : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Богданова Людмила Викторовна; [Место защиты: Забайк. гос. гуманитар.-пед. ун-т им. Н.Г. Чернышевского]. – Красноярск, 2009. – 185 с.
36. Богомолова Н.Н. О методах активной социально-психологической подготовки / Н.Н. Богомолова, Л.А. Петровская // Вести. МГУ. – Сер. 14.

- Психология. – 1977. – № 1. – С.53-61.
- 37.Бодалев А.А. Личность и общение / А.А. Бодалев. – М.: Междунар. пед. акад., 1995. – 328 с.
- 38.Бодалев А.А. Психология межличностного общения / А.А. Бодалев // Министерство внутренних дел РФ. Рязанская высшая школа. – Рязань, 1994. – 89 с.
- 39.Бойко В.В. Зачем, стоматологу психологическая подготовка? / В.В. Бойко // Институт стоматологии. 1999. – №1(2). – С. 17-23.
- 40.Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии /В.В. Бойко. – Том 1. – Клиника “под ключ”. – СПб, 2009. – 1080 с.
- 41.Бойко В.В. Физический дискомфорт на стоматологическом приеме: формы, выявление, преодоление /В.В. Бойко. – СПб.: Сударыня, 2003. – 80 с.
- 42.Большая энциклопедия Кирилла и Мефодия, 2000 : Мультимедиа-энциклопедия. – М., 2000. – 1170 с.
- 43.Большой толковый психологический словарь / Перевод с англ. Ребер Артур. – В 2 т. – М.: АСТ, 2001. – Т. 2. – 529 с.
- 44.Бондаревська Є. В. Особистісно-орієнтоване освіта як прогностична модель педагогічної культури ХХІ століття: [З досвіду роботи ряду середовищ. шк. м. Ростова н / Д в рамках концепції особист.-орієнтов. освіти культурол. типу] // Інноваційна школа. – 1998. – № 2. – С. 14-20.
- 45.Бондаревская Е.В. Педагогика: личность в гуманистических теориях и системах воспитания : учеб. пос. для студ. средн. и высш. пед. учеб. заведений, слушателей ИПК и ФПК / Е.В. Бондаревская, С.В. Кульневич. – Ростов-н/Д. : Творческий центр “Учитель”, 1999. – 560 с.
- 46.Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность /Н.Н. Бондаренко. – М.: Медицинская книга, 2004. – 96 с.
- 47.Бориснев С.В. Социология коммуникации: учеб. пособие для вузов / С.В. Бориснев. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 270 с.

- 48.Борисюк А. С. Психологічні особливості формування професійних якостей майбутнього медичного психолога : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Борисюк Алла Степанівна ; Прикарпат. ун-т ім. В. Стефаника. – Івано-Франківськ, 2004. – 229 с.
- 49.Борисюк А. С. Психологічні особливості комунікативної компетентності лікаря / А. С. Борисюк // Філософія, соціологія, психологія : зб. наук. пр. – Івано-Франківськ, 2001. – Вип. 6, ч. 2. – С. 247–257.
- 50.Бубер М. Я и Ты / М. Бубер // Два образа веры. – М.: Высш. шк., 1995. – С. 16–92.
51. Бурименко Ю.И. Основы теории систем и системного анализа: учеб.пособие / Ю.И. Бурименко. – Одесса: Optimum, 2005. – 135 с.
- 52.Бучковська О. Ю. Діалог як детермінанта міжкультурної взаємодії : автореф. дис. ... канд. культурології : 26.00.01 / Бучковська Олена Юріївна ; Нац. акад. кер. кадрів культури і мистецтв. – Київ, 2015. – 20 с.
- 53.Буш Г. Я. О диалогической теории творчества / Г. Я. Буш // Современные проблемы теории творчества: сб. науч. ст. / Под ред. Г. Я. Буша. – М.: НПО «Поиск», 1992. – С. 12-27.
- 54.Васильева Л.Н. Исследование коммуникативной компетентности будущего врача /Л.Н. Васильева // Психология и педагогика в инновационных процессах со-временного медицинского образования: межрегион. сб. науч. работ / ред. Н.А. Русина. – Ярославль: Аверс-плюс, 2008. – С. 195–200.
- 55.Васильева Л.Н. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача /Л.Н. Васильева // Вестник Костромского госуд. ун-та им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – Т. 16. – № 1. – С. 165–169.
- 56.Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии : избранные произведения / М. Вебер. – М.: Прогрес, 1990. – 623 с.

57. Великий тлумачний словник сучасної української мови / укл. і гол. ред. В. Т. Бусел. – Київ-Ірпінь : ВТФ «Перун», 2004. – 1440 с.
58. Величко Л. Синергетичні характеристики навчального процесу / Людмила Величко. – Біологія і хімія в школі. – 2006. – № 3. – С. 8–10.
59. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе : контекстный подход / А. А. Вербицкий. – М. : Просвещение, 1993. – 153 с.
60. Вернадский В.И. Научная мысль как планетное явление / Отв. ред. А.Л.Яншин. – М.: Наука, 1991. – 271 с.
61. Виленский В.Я. Технологии профессионально-ориентированного обучения в высшей школе: учеб. пособие / под ред. В.А. Сластенина / В.Я. Виленский, П.И. Образцов, А.И. Уман. – М. : Педагогическое общество России, 2004. – 192 с.
62. Витч Роберт Модели взаимоотношения врач-пациент / Роберт Витч. – [Электронный ресурс] .URL: <http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931> (дата обращения: 02.11.2015).
63. Вишневська Н.В. Формирование профессионально значимых ценностей медицинского работника среднего звена в условиях дополнительного образования: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Вишневская Наталия Владимировна. – Бердянск, 2011. – 210 с.
64. Владимирова В.В. Использование техники модерирования для повышения уровня компетентности студентов и преподавателей / В.В. Владимирова // Компетентностный подход в образовании: Некрасовские чтения–2004. URL: <http://www.nekrasovspb.ru/publ.php?ev=3&id=29> (дата обращения: 13.06.2015)
65. Волкова Г. Шляхи вдосконалення вміль професійного спілкування студентів фармацевтичного факультету в курсі вивчення англійської мови / Г. Волкова, О. Пашко // Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи: [матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю] (13–14 листопада 2014 року, Харків). – Х. : Тім Пабліш Груп, 2014. – С.50-17.

66. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. / Н. П. Волкова. – 3-тє вид., стер. – К.: Академвидав, 2009. – 616 с.
67. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація : навч. посіб. / Н. П. Волкова. – К. : ВЦ “Академія”, 2006. – 256 с.
68. Волкова Н.П. Теоретичні та методичні засади підготовки майбутніх учителів до професійно-педагогічної комунікації : дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04 / Н. П. Волкова. – Луганськ, 2006. – 432 с.
69. Волкова Н.П. Моделювання професійної діяльності у викладанні навчальних дисциплін у вишах: монографія /Н.П. Волкова, О.Б. Тарнапольський. – Дніпропетровськ: Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля, 2013. – 228 с.
70. Волков В.Т. Личность пациента и болезней / А.К. Стрелис, Е.В. Караваяева, Ф.Ф. Тетенев. – Томск : Сиб. мед. ун-т, 1995. – 328 с.
71. Вооглайд Ю. Ценностные ориентации личности и массовая коммуникация / Ю. Вооглайд. – Тартуский гос. ун-т. – Тарту. – 1987. – 211с.
72. Воронин В.А. Социальная динамика профессиональных ролей в стоматологии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.52. /Вадим Алексеевич Воронин – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2007. – 26 с.
73. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика-Пресс, 1996. – 635 с.
74. Гадамер Х-Г. Истина и метод: Основы философской герменевтики: Пер. с нем. /Х-Г. Гадамер. – М.: Прогресс, 1988. – 704 с.
75. Гаджула Н.Г. Нові аспекти удосконалення та впровадження активних методів навчання на кафедрі терапевтичної стоматології /Н.Г. Гаджула // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 39-40.

76. Гайдаєнко О.Ф. Культура спілкування лікаря з пацієнтом /О.Ф. Гайдаєнко, О.П. Горпинюк //Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р. – Тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 25 березня 2015 року. – Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 2015. – С. 29-30.
77. Галузевий стандарт вищої освіти. Освітньо-кваліфікаційна характеристика «спеціаліста» за спеціальністю 7.110106 «стоматологія» напряму підготовки 1101 «медицина». – К. : Міністерство освіти і науки України, 2003. – 25 с.
78. Гвильдис Е. В. Развитие духовности студентов-медиков в условиях специально организованного учебного диалога : дис... канд. пед. наук : 13.00.01 / Елена Вадимовна Гвильдис. – Иркутск, 2007. – 148 с.
79. Гегель Ф. Работы разных лет: в 2 т. Т. 1 / Ф. Гегель; сост., общая ред. и вступит. статья А.В. Гулыги. – М.: Мысль, 1972. – 668 с.
80. Герасименко С.Л. Формирование коммуникативной культуры будущего медицинского работника в процессе изучения иностранного языка : дис. канд. пед. наук : 13.00.08 / Светлана Леонидовна Герасименко. – Курск, 2007. – 282 с.
81. Герасимович И.С. Основные принципы и психология общения врача-стоматолога с пациентами стоматологической клиники. Техника мотивации пациентов к комплексному лечению заболеваний полости рта: учеб.-метод. пособие / И.С. Герасимович, Ю.А. Болдырев. Екатеринбург: [б. и.], 2000. – 256 с.
82. Гиппократ. Избранные книги /Гиппократ. – М.: Государственное изд-во биол.и мед.лит., 1936. – 156 с.
83. Голік О. В. Формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання : автореф. дис.

- ... канд. пед. наук : 13.00.02 / Голік Олена Валентинівна ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – Київ, 2015. – 20 с.
84. Головаха Е.И. Психология человеческого взаимопонимания / Е.И. Головаха, Н.В. Панина. – Киев: Наук. думка, 1989. – 217 с.
85. Головенкін В. П. Педагогіка вищої школи (Андрагогіка) : підруч. для студентів вищ. техн. навч. закл. / В. П. Головенкін ; Нац. техн. ун-т України «Київ. політехн. ін-т». – Київ : НТУУ «КПІ», 2009. – 405 с.
86. Голубкова О. А. Использование активных методов обучения в учебном процессе: учебно-методическое пособие / О. А. Голубкова, И. Ф. Кефели. – СПб., 1998. – 42 с.
87. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / С. У. Гончаренко. – К. : Либідь, 1997. – 376 с.
88. Горай М. А. Досвід викладання курсу «Сестринська практика в стоматології» студентам ВНМУ ім. М.І. Пирогова /М.А. Горай, Л.Ф. Кудриш // “Вісник Вінницького національного медичного університету”. – 2015. – №1. – Т.19. – С. 172-173.
89. Грандо А. А. Врачебная этика : пособие / А. А. Грандо, С. А. Грандо. – Киев : РИА „Триумф”, 1994. – 256 с.
90. Грибова Н.С. Развитие познавательной активности будущих врачей на основе использования технологии модерации / Н.С. Грибова, Н.А. Тарасюк //Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2015. – № 3 (35) URL: <http://scientific-notes.ru/pdf/040-016.pdf>.
91. Гуменная И.В. Междисциплинарная интеграция в подготовке будущих врачей к профессиональной коммуникации /И.В. Гуменная // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal) | PEDAGOGIKA # 2, 2015. – С. 17–20.
92. Гуменюк О. М. Організаційно-педагогічні умови професійної підготовки молодших спеціалістів стоматологічного профілю: автореф. дис. ... канд.

- пед. наук: 13.00.04 / Гуменюк Ольга Михайлівна; АПН України, Ін-т пед. і псих. проф. освіти. – К., 2004. – 23с.
93. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья : дис. ...д-ра психол. наук: 19.00.05 /И.Н. Гурвич. – СПб., 1997. – 392 с.
94. Гущин Ю.В. Интерактивные методы обучения в высшей школе /Ю.В. Гущин // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека: «Дубна». – 2012. – №2. – С. 1-18.
95. Дафт Р.Л. Менеджмент /Р.Л. Дафт. – СПб.: Питер, 2000. – 832с.
96. Дегтярева Э.П. Взаимосвязь иммунологической реактивности с психоэмоциональным статусом стоматологических больных / Э.П. Дегтярева, М.В. Осипова // Психиатрия консультированиями взаимодействия: Мат. конф. (СПб, 15-17 апреля 2004 г.). – СПб., 2004. – С. 108-110.
97. Декларація принципів толерантності // Шлях освіти. – 1999. – № 2 (12). – С. 3-4.
98. Демина Н. А. Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 19.00.04 /Демина Н.А. – М., 2001. – 18 с.
99. Деркач А.А. Акмеологические основы развития профессионала /А.А. Деркач. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2004. – 752 с.
100. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології : підручник / Ілона Дичківська. – Київ : Академвидав, 2015. – 302 с.
101. Дишко О.Л. Сучасний стан формування готовності бакалаврів з туризму до професійної взаємодії зі споживачами туристичних послуг /О.Л. Дишко //Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2015. – № 1 (45). – С. 245-250.
102. Дишко О.Л. Формування готовності бакалаврів з туризму до професійної взаємодії зі споживачами туристичних послуг : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 /Олеся Леонідівна Дишко. – Луцьк: ПВНЗ

- «АКАДЕМІЯ РЕКРЕАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І ПРАВА», 2016. – 230 с.
103. Дмитриенко С.В. Анатомия зубов человека / С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин, М.Р. Сапин. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА, 2003. – 196с.
104. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=4233>
105. Докучаєва В. В. Теоретико-методологічні засади проектування інноваційних педагогічних систем : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.01 / Вікторія Вікторівна Докучаєва. – Луганськ, 2007. – 481 с.
106. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита / Е.Л. Доценко. – М. : ЧеРо, 1997. – 247 с.
107. Драгобецкий М.К. Взаимоотношения в системах врач больной и больной врач в клинике ортопедической стоматологии /М.К. Драгобецкий // Стоматология. – 1989. – Т. 68. – №2. – С. 39-50.
108. Дудік О.П. Використання інтерактивних методів навчання на практичних заняттях у студентів стоматологічного факультету / О.П. Дудік, Н.В. Драчук // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 69-71.
109. Дудікова Л. В. Формування готовності до професійного самовдосконалення у майбутніх лікарів : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Дудікова Лариса Володимирівна ; Вінниц. держ. пед. ун-т. – Вінниця, 2011. – 20 с.
110. Дудник О.М. Навчання фаховому мовленню, розвиток навичок наукового стилю спілкування студентів-іноземців І курсу медичного факультету /О.М. Дудник //Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової

- системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р. Тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 25 березня 2015 року.: Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 2016. – С. 56-58.
111. Дьяченко М. И. Психологические проблемы готовности к деятельности / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. – Минск : Изд-во БГУ, 1976. – 175 с.
112. Дьяченко М. И. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: психологический аспект / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович, В. А. Пономаренко – Минск : БГУ, 1985. – 206 с.
113. Емельянов Ю.Н. Активное социально–психологическое обучение /Ю.Н. Емельянов. – Л.: Политиздат, 1985. – 206 с.
114. Енциклопедія освіти /Акад. пед. наук України; [гол. Ред. В.Г. Кремінь]. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – 1040 с.
115. Епифанцева А. С. Формирование иноязычной коммуникативной компетентности студента медицинского колледжа : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Анна Сергеевна Епифанцева; [Место защиты: Оренбург. гос. пед. ун- т]. – Оренбург, 2010. – 199 с.
116. Журавська Л. М. Самомотивація самостійної навчально-пізнавальної діяльності студентів вищих закладів освіти / Л.М. Журавська // Вчені записки: Наук. зб. – Вип.7 / Відп. ред. А. Ф. Павленко. – КНЕУ, 2005. – 212 с.
117. Забродина Л.Н. Реализация системы формирования профессионально-речевой культуры студентов медвуза / Л.Н. Забродина // Политематический журнал научных публикаций «Дискуссия». – №9(39). – Октябрь 2013.
118. Заєць М.З. Дефінітивний аналіз дослідження формування готовності до діалогічної взаємодії у майбутній професійній діяльності лікаря /М.З. Заєць // Вісник Національного університету оборони України. – 4 (35). – 2013. – С. 46-49.

119. Зеер Э.Ф. Психология профессионального образования: Учебное пособие / Э. Ф. Зеер. – 2-е изд., перераб. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 480 с.
120. Змиевская Л.В. Психологический анализ конфликтных ситуаций на амбулаторном стоматологическом приеме /Л.В. Змиевская //Стоматология. – 1994. – № 4. – С. 67-70.
121. Золотухін Г.О. Фахова мова медика: Навчальний посібник / Г.О. Золотухін, Н.П. Литвиненко, Н.В. Місник. – К.: Здоров'я, 2001. – 392с.
122. Иванова С.П. Психология полисубъектного взаимодействия в социально-педагогической среде / С.П. Иванова. – Псков: ПГПИ им. С.М. Кирова, 2000. – 380 с.
123. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы /Е.П. Ильин. – СПб.: Издательство „Питер”, 2000. – 512 с.
124. Ісаєва О. Комунікативний підхід у навчанні іноземної мови в вузі / О. Ісаєва //Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи: [матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю] (13–14 листопада 2014 року, Харків). – Х. : Тім Пабліш Груп, 2014. – С.115-17.
125. Ісаєва О.С. Особливості формування комунікативної культури майбутнього фахівця медичного профілю / О.С. Ісаєва // Проблеми інженерно-педагогічної освіти. – 2013. – № 38-39. – С. 134-141.
126. Ісакова Н.М. Концепція викладання дитячої хірургічної стоматології за методикою «мозкового штурму» /Н.М. Ісакова // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 101-102.
127. Каган М.С. Мир общения: Проблема межсубъектных отношений / М.С. Каган. – М.: Политиздат, 1988. – 310 с.

128. Каган М. С. Человеческая деятельность : (опыт системного анализа) / М. С. Каган. – М. : Политиздат, 1974. – 328 с.
129. Кайдалова Л.Г. Професійна підготовка фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах / Л. Г. Кайдалова. – Х. : НФаУ, 2010. – 364 с.
130. Калашнік Н. В. Формування міжкультурної комунікативної компетентності у іноземних студентів у вищих медичних навчальних закладах України : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Калашнік Наталія Василівна ; Уман. держ. пед. ун-т ім. Павла Тичини. – Умань, 2015. – 20 с.
131. Кант И. Критика чистого разума / И. Кант. – М.: Мысль, 1994. – 591 с.
132. Каппушев У.О. Социально-гигиеническое исследование удовлетворенности больного медицинской помощью как свойства ее качества : автореф. дисс. ... канд. мед. наук /У.О. Каппушев. – Иваново, 2001. – 22 с.
133. Карамушка Л. М. Психологія освітнього менеджменту / Людмила Миколаївна Карамушка. [Навч. посібник.]. – К. : Либідь, 2004. – 424 с.
134. Карпаш О. М. Методологія наукових досліджень : навч. посіб. / О. М. Карпаш, П. М. Райтер, М. О. Карпаш ; Івано-Франків. нац. техн. ун-т нафти і газу, каф. техн. діагностики та моніторингу. – Івано-Франківськ : ІФНТУНГ, 2014. – 253 с.
135. Касенова Л.Д. Эффективность медико-педагогического убеждения в комплексной системе профилактики стоматологический заболеваний у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук /Л.Д. Касенова. – М., 1981. – 19 с.
136. Кашлев С. С. Современные технологии педагогического процесса : Пос. для педагогов / С. С. Кашлев. – Мн. : Университетское, 2000. – 95 с.
137. Кашлев С.С. Технология интерактивного обучения /С.С. Кашлев. – Мн.: Белорусский верасень, 2005. – 196 с.
138. Киселева Е.Г. Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения

- стоматологических заболеваний : дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Елена Генриховна Киселева. – М., 2006. – 281 с.
139. Кипиани А.И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности : дисс. ...канд. пед. наук : 13.00.08 / Кипиани Анна Иосифовна. – Ставрополь, 2006. – 214 с.
140. Климов Е.А. Психология профессионала. Психологи Отечества / Е.А. Климов. – М.; Воронеж: МОДЭК, 1996. – 360 с.
141. Клиническая психология. Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
142. Ковалев Г.А. Основные направления использования активного социального обучения в странах Запада / Г.А. Кавалев // Психологический журнал. – 1989. – №1. – Т.10. – С. 67-72.
143. Кавалеров А.А. Цінність у соціокультурній трансформації : монографія / А.А. Кавалеров. – Одеса : Астропринт, 2001. – 224 с.
144. Коваленко С.О. Статистичний аналіз експериментальних даних за допомогою EXCEL / С.О.Коваленко, А.І. Стеценко, С.М. Хоменко. – Черкаси, 2002. – 113 с.
145. Коваль С.М. Психологічні особливості формування професійно важливих дій у навчальній діяльності студентів-стоматологів : автореф. дис... канд. психол. наук : 19.00.07 / С.М. Коваль / Південний науковий центр АПН України. – Одеса, 2001. – 19 с.
146. Кожевников А.Д. Искусство общения с больным / А.Д. Кожевников // Клиническая медицина. – 2002. – №4. – С.65-68.
147. Козлова А. Г. Теоретические основы педагогики ненасилия : дис. ...д-ра пед. наук : 13.00.08 / А.Г. Козлова. – СПб., 1997. – 372 с.
148. Колганова А. Т. Работа с текстом по специальности как средство обучения говорению / А. Т. Колганова // Вопросы обучения иностранцев русскому языку: Лингвистика и методика : сб. науч. трудов. – К. : УМК ВО, 1990. – С. 267–271.

149. Коломієць Н. А. Дидактичні засади застосування інтерактивних методів навчання молодших школярів : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.09 / Н. А. Коломієць / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2009. – 19 с.
150. Комар Ю. М. Основи навчання студентів / Ю. М. Комар, Ю. С. Поважний, С. Ю. Комар; В 4 кн. – Кн. І. Самоуправління навчанням. У 2 ч. Ч.2. Зміст практичних занять і методичні рекомендації до їх виконання [Навч.-метод. посібник] / За заг. ред. В.В. Дорофієнка. – Донецьк, 2004. – 167 с.
151. Компетентнісно зорієнтована освіта: якісні виміри : монографія / [Т. Левовицький та ін. ; редкол.: Огнев'юк В. О. та ін.] ; Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Вища пед. шк. Спілки пол. учителів (м. Варшава, Респ. Польща), Благод. фонд сприяння розвитку освіти ім. Бориса Грінченка. – Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. – 367 с.
152. Кондрашова Л.В. Процесс обучения в высшей школе / Л. В. Кондрашова. – Кривой Рог : КГПУ, , 2000. – 170 с.
153. Конечный Р. К. Психология в медицине / Р. К. Конечный, М. В. Боухал. – М. : Провещение, 1983. – 294 с.
154. Концепція реформування стоматологічної служби України (основні засади) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080609_0.html
155. Концепція розвитку стоматології в Росії. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://i-medic.com.ua/index.php?newsid=27795>.
156. Корж О.Ю. Спрямованість змісту дисциплін соціально-гуманітарного циклу професійної підготовки майбутнього лікаря до формування професійно значущих якостей / О.Ю. Корж // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер. : Педагогіка і психологія. – Ялта : РВВ КГУ, 2013. – Вип. 41. – Ч. 3. – С. 424 – 432.
157. Коробкова А.В. Лингводидактические основы обучения иностранных студентов-стоматологов профессиональной речи: дис. ... канд. пед. наук:

- 13.00.02 /Коробкова Анастасия Валерьевна. – Нижний Новгород, 2010. – 280 с.
158. Коробкова О.М. Развитие готовности будущих педагогов к личностно-ориентированному профессиональному взаимодействию: дис. ... канд. психол. Наук : 19.00.13 /Коробкова Ольга Михайловна. – М.: Московский институт открытого образования, 2006. – 223 с.
159. Корольова Т.В. Загальні питання до вивчення поняття професійно-етична культура майбутнього лікаря /Т.В. Корольова //Вісник Національного університету оборони України. – №2(39). – 2014. – С. 94-98.
160. Коротких Р.В. Теоретическое обоснование развития врачебной этики и медицинской деонтологии в советском здравоохранении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р.В. Коротких. – М.: МГУ, 1989. – 18 с.
161. Костюшко Ю.О. Педагогічні умови підготовки майбутнього вчителя до міжособистісної взаємодії в ситуації конфлікту : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 /Ю.О. Костюшко; Житом. держ. ун-т ім. І. Франка. – Житомир, 2005. – 20 с.
162. Краєвська Г.П. Роль дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)» у формуванні професійного мовлення студента-медика / Г.П. Краєвська // Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р. Тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 25 березня 2015 року. – Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 2015. – С. 106-107.
163. Кремень В. Г. Синергетика в освіті: контекст людиноцентризму: монографія /В. Г. Кремень, В. В. Ільїн; [Національна академія педагогічних наук України]. – К.: Педагогічна думка. – 2012. – 368 с.
164. Крисак Л. Підготовка студентів медичних спеціальностей до англomовного професійно орієнтованого діалогічного мовлення / Л.

- Крисак // Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини / [гол. ред.: М. Т. Мартинюк]. – Умань : ФОР Жовтий О. О., 2014. – Ч. 1. – С. 188-195.
165. Крутецький В. А. Психология обучения и воспитания школьников / В. А. Крутецький. – М. : Просвещение, 1976. – 303 с.
166. Кручек В.А. Вплив освітнього середовища на формування культури педагогічної взаємодії /В.А. Кручек //Вісник Національного університету оборони України. – №2(33). – 2013. – С. 79-84.
167. Крысько В.Г. Психология и педагогика в схемах и таблицах / В.Г. Крысько. – Мн.: Харвест, 1999. – 384 с.
168. Крюкова Є. С. Підготовка майбутнього викладача вищого навчального закладу до впровадження інтерактивних педагогічних технологій : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Крюкова Єлизавета Сергіївна ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т вищ. освіти. – Київ, 2015. – 20 с.
169. Кудрявая Н.В. Педагогика в медицине; под. ред. Н.В. Кудрявой / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, Н.Б. Смирнова. – М.: Медицина, 2006. – 320 с.
170. Кудрявая Н.В. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, А.С. Молчанов, Н.Б. Смирнова, К.В. Зорин. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2001. – 304 с.
171. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Ірина Василівна Кузнецова / Харківський держ. педагогічний ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Х., 2004. – 205 с.
172. Кузнецова Ю. Формування емпатійної культури майбутніх лікарів за допомогою діалогового спілкування іноземною мовою /Ю. Кузнецова //Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи: [матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю] (13–14 листопада 2014 року, Харків). – Х. : Тім Пабліш Груп, 2014. – С.152-156.

173. Кузьмина Н. В. Акмеологическая теория повышения качества подготовки специалистов образования / Н. В. Кузьмина. – М. : Исслед. центр проблем качества подгот. специалистов, 2001. – 144 с.
174. Кузьмина Н.В. Очерки психологии труда учителя: Психологическая структура деятельности учителя и формирование его личности /Н.В. Кузьмина. – Л.: Изд. ЛГУ, 1967 – 183с.
175. Кули Ч. Социальная самость / Ч. Кули // Американская социологическая мысль: Тексты. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – С. 320–326.
176. Кульбашна Я. А. Формування професійної компетентності майбутніх фахівців із стоматології: теоретичні й методичні основи : монографія / Я. А. Кульбашна ; Інститут вищої освіти Національної академії педагогічних наук України, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. – Київ : Компас, 2014. – 415 с.
177. Кульбашна Я. А. Конкретизація поняття «формування професійної компетентності майбутніх стоматологів» / Я. А. Кульбашна // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. – 2014. – Вип. 36. – С. 221-229. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pfto_2014_36_34.
178. Куницына В.Н. Межличностное общение / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
179. Куриленко В.Б. Обучение иностранных студентов-медиков общению на профессиональные темы / В.Б. Куриленко, М.А. Макарова, Т.А. Смолдырева // Современные научные исследования и инновации. – 2012. – №3 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2012/03/10584> (дата обращения: 25.06.2015).
180. Курышева И. В. Интерактивные методы обучения как фактор самореализации старшеклассников в учебной деятельности при изучении естественнонаучных дисциплин : автор. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Ирина Владимировна Курышева / Нижегород. гос. пед. ун-т. – Нижний Новгород, 2010 – 20 с.

181. Ларенцова Л.И. Психологические подходы к стоматологической практике /Л.И. Ларенцова. – М.: Медицинская книга, 2007. – 80 с.
182. Левина М.М. Технология профессионального педагогического образования / М.М. Левина. – М.: Академия, 2001. – 272 с.
183. Ледванова Т.Ю. Формирование коммуникативной компетентности врача /Т.Ю. Ледванова, А.В. Коломейчук //Бюллетень медицинских Интернет-конференций 2015. – Том 5. – № 2. – С. 115-121. www.medconfer.com
184. Лежнева М. С. Формирование понятия «Мотивационная готовность к межпрофессиональному взаимодействию специалистов в области информационных технологий» / М. С. Лежнева // Психология в России и за рубежом: материалы междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, октябрь 2011 г.). – СПб.: Реноме, 2011. – С. 111-113.
185. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
186. Лісовий М. І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Микола Іванович Лісовий / Вінницький держ. педагогічний ун-т ім. М. Коцюбинського. – Вінниця, 2006. – 196 с.
187. Лимар Л.В. Аналіз дослідження сформованості готовності до безконфліктної взаємодії з пацієнтами студентів-медиків / Л.В. Лимар // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту ім. Т.Г. Шевченка. Серія Психологічні науки. – 2010. – Випуск 82. – Том 1. – С. 366–371.
188. Лифинцева Т. П. Диалог // Современный философский словарь / Под общей ред. В. Е. Кемерова. – 2-е изд., испр. и доп. – 1998. – С. 244 – 247.
189. Лосев А.Ф. Знак. Символ. Миф /А.Ф. Лосев. – М.: Изд-во МГУ, 1982. – 479 с.
190. Лотман Ю.М. Внутри мыслящих миров. Человек – текст – семиосфера – история /Ю.М. Лотман. – М.: Языки русской культуры, 1996. – 464 с.

191. Лотман Ю.М. Текст и структура аудитории / Ю.М. Лотман // Даугава. – 1988. – № 1. – С. 13–36.
192. Луговий В. І. Освіта, навчання, інформація, компетентність: канонізація понять. Історико-педагогічні студії: Науковий часопис (Гол. ред. Н. Н. Демяненко). – К.: Вид.НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – Вип.5. – С.11-16.
193. Лукиных Л.М. К вопросу о причинах конфликтов «врач-пациент» / Л.М. Лукиных, А.В. Демин // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: Авиаиздат, 2001. – С.78-79.
194. Луцик І.Г. Використання інтерактивних методів як засіб створення інтенсивного освітнього середовища / І.Г. Луцик // Нові технології навчання. – 2007. – № 46. – С. 59-63.
195. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Хофман. – Санкт-Петербург: Издание Санкт-Петербургского Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 2000. – 287 с.
196. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – 245 с.
197. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными /Н.А. Магазаник. – М.: Медицина, 1991. – 112 с.
198. Максимчук Л. Забезпечення інтегративного підходу у гуманітарній підготовці майбутніх лікарів в умовах інтерактивного навчання / Лариса Максимчук // Педагогічний дискурс. – Вип 16. – С.107–112.
199. Макшанов С.И. Методологические аспекты профессионального тренинга /С.И. Макшанов // ВестникСпбГУ. – Серия 6. – 1992. – Вып.3.
200. Макшанов С.И. Психология тренинга /С.И. Макшанов. – СПб.: Питер, 1997.– 218 с.
201. Маланчук В.О. О профессиональной подготовке студентов стоматологического факультета на кафедре хирургической стоматологии

- национального медицинского университета им. А. А. Богомольца / В. О. Маланчук, И. Ю. Гарляускайте, Я. А. Кульбашная // Современная стоматология. – 2004. – №1. – С. 132-138.
202. Марчукова С. М. Медицина в зеркале истории / С. М. Марчукова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://nashaucheba.ru/v6585/марчукова_с.м._медицина_в_зеркале_истории. – Назва з екрана. – Дата обращения: 21.11.13.
203. Мельничук І.Я. Формування рефлексивних механізмів цілеутворення у процесі розв'язання професійно-психологічних завдань: автореф. дис... канд. психол. Наук : 19.00.07 / Національний пед. ун-т імені М.П.Драгоманова. – К., 2001. – 18 с.
204. Метса А. От студента к врачу: Учебное пособие по профессиональному общению студентов-медиков /А. Метса. – Таллин: Валгус, 1987. – 288 с.
205. Мид Дж. От жеста к символу / Дж. Мид // Американская социологическая мысль: Тексты. – М.: Изд-во МГУ, 1994. – С. 215–224.
206. Мікаелян В.В. Комунікативний підхід при вивченні англійської мови у вищих медичних навчальних закладах /В.В. Мікаелян // Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р. Тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 25 березня 2015 року. – Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 2015. – С. 135-137.
207. Микиртичан Г.Л. Взаимоотношения врача и пациента: данные социологического опроса / Г.Л. Микиртичан, А.З. Лихтшангоф // Тезисы докладов СПбГМПА. – СПб., 2000. – Вып. 5. – С. 357-360.
208. Мітіна Л. М. Психология развития конкурентоспособной личности: Учебное пособие / Л. Мітіна. – М.: МПСИ, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2003. – 400 с.

209. Михальченко В.Ф. Структура взаимоотношений врача-стоматолога и пациента с позиций биоэтики. /В.Ф. Михальченко, С.В. Шилина // Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции «Социология медицины – реформе здравоохранения». – Волгоград, 18-19 июня 2004. – С. 78-82.
210. Мусохранова М.Б. Педагогическая технология формирования речевой компетентности будущего врача в процессе обучения языковым дисциплинам. Язык медицины /М.Б. Мусохранова // Всероссийский межвузовский сборник научных трудов. – Вып.1. – Самара, 2004. – С. 310–316.
211. Набока О.Г. Теорія і методика застосування професійно орієнтованих технологій навчання майбутніх економістів у процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... докт. пед. наук : 13.00.04 / О.Набока. – Луганськ: Луганський нац. Ун-т імені Тараса Шевченка, 2013.– 41 с.
212. Набродов Г.М. Гуманизация высшего медицинского образования как фактор формирования духовнонравственной компетентности врача / Г.М. Набродов, А.А. Филозоф // Наука и образование в XXI веке: Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 30 сентября 2013 г. Тамбов, 2013. – С. 88-89.
213. Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
214. Нарійчук М.Д. Соціально-педагогічні умови становлення самооцінки особистісних моральних якостей студентів медучилища у позанавчальній діяльності : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.05 / Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2003. – 20 с.
- 215.** Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років // Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf

216. Новий тлумачний словник української мови у трьох томах / Уклад. В.В. Яременко, О.М. Сліпушко. – К.: Аконіт, 2003. – Т.1. – 926 с.
217. Носачев Г.Н. Общение с пациентом. Психология общения в системе «врач – пациент» /Г.Н. Носачев, В.В. Павлов. – Самара: Перспектива, 2000. – 150 с.
218. Немов Р. С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. зав.: в 3–х кн. /Р.С. Немов // Психодиагностика. введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 3–е изд. – М., 1998. – Кн. 3. – С. 112-125.
219. Нурматова М. А. Некоторые особенности духовно-нравственного воспитания студентов медицинских вузов / М. А. Нурматова [и др.] // Молодой ученый. – 2014. – №6. – С. 868-870.
220. Образцов П. И. Методы и методология психолого-педагогического исследования / П. И. Образцов. – СПб. : Питер, 2004. – 268 с.
221. Ожегов С. И. Толковый словарь [Электронный ресурс] / С. И. Ожегов. – Режим доступа : <http://slovarozhegova.ru/>.
222. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: посібник / Л.Е. Орбан-Лембрик. – К.: Академвидав, 2003. – 448 с.
223. Орел-Халік Ю. Інтерактивні методи викладання іноземних мов у вищих медичних закладах освіти /Ю. Орел-Халік, Л. Сазанович, С. Трегуб //Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи: [матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю] (13–14 листопада 2014 року, Харків). – Х. : Тім Пабліш Груп, 2014. – С.236-237.
224. Основи науково-педагогічних досліджень : навч. посіб. / І. П. Аносов [та ін.] ; Мелітоп. держ. пед. ун-т ім. Богдана Хмельницького. – Мелітополь : Вид. будинок ММД, 2015. – 216 с.
225. Основи психології. Практикум / ред.-сост. Л. Д. Столяренко. – Ростов н/Д. : Феникс, 1999. – 576 с.
226. Отич О. М. Основи педагогічної майстерності викладача професійної

- школи : підручник / Отич О. М. ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. – Кіровоград : Імекс, 2014. – 207 с.
227. Панфилова А. П. Психология общения : учебник / А. П. Панфилова. – М. : Издательский центр «Академия», 2013. – 368 с.
228. Паращук В.Ю. Комуникативний паспорт homo loquens /В.Ю. Паращук // Наукові записки. – Вип. 59. – Серія : Філ. науки (мовознавство). – Кіровоград РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2005. – С. 135-145.
229. Паращук В.Ю. Вербальний контакт: механізми взаємодії мовців /В.Ю. Паращук // Наукові записки. – Вип. 53. – Серія : Філ. науки (мовознавство). – Кіровоград РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2004. – С. 117-129.
230. Пассов Е.И. Коммуникативный метод обучения иноязычному говорению / Е. И. Пассов. – 2-е изд. – М. : Просвещение, 1991. – 223 с.
231. Пашинян Г.А. Мнение пациента руководство к действию / Г.А. Пашинян, Л.М. Лукиных, А.В. Демин // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: Авииздат, 2001. – С.94-96.
232. Педагогика / [В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, А.И. Мищенко и др.]. – М. : Школа – Пресс, 2000. – 512 с.
233. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. /З.Н. Курлянд, Р.І. Хмельюк, А.В. Семеновата ін.; за ред. З.Н. Курлянд. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К.: Знання, 2005. – 399 с.
234. Педагогіка вищої школи : слов.-довід. для студентів ВНЗ / Класич. приват. ун-т ; [упоряд. О. О. Фунтікова]. – Запоріжжя : КПУ, 2014. – 431 с.
235. Петров А.В. Дискуссия и принятие решений в группе: технологии модерации /А.В. Петров. – СПб: Питер, 2005. – 278 с.
236. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга /Л.А. Петровская. – М.: Изд-во МГУ, 1982. – 168 с.

237. Петушкова О.Г. Подготовка будущего учителя к предупреждению конфликтных ситуаций в образовательных учреждениях : дис. ... канд. пед. н.: 13.00.08 /О.Г. Петушкова. – Магнитогорск, 2001. – 178 с.
238. Підласий І. П. Практична педагогіка або три технології : інтерактивний підручник для педагогів ринкової системи освіти / І. П. Підласий. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2004. – 616 с.
239. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство : зб. мед. публіцист. пр. / Л. А. Пиріг. – К. : [Б. в.], 1998. – 472 с.
240. Пирогов Н. И. Вопросы жизни. Дневник старого врача / Н. И. Пирогов – СПб. : Военно-Медицинская Академия, 2008. – С. 392.
241. Пометун О. І. Сучасний урок : інтерактивні технології навчання : наук.-метод. посіб. / О. І. Пометун, Л. В. Пироженко. – К. : Вид-во А.С.К., 2004. – 192 с.
242. Поплавська С.Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : автореф. дис. канд. пед наук : 13.00.04 /Світлана Дмитрівна Поплавська. Житомир: Житомир. держ. ун-т ім. Івана Франка, 2009. – 22 с.
243. Попова О.І. Сучасні інформаційні технології в роботі кафедри стоматології дитячого віку /О.І. Попова, І.В. Руда // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 201-202.
244. Поцюрко Р. М. Запровадження інноваційних форм і методів навчання / Р. М. Поцюрко // Освіта. Технікуми. Коледжі. – 2002. – №2. – С. 22–23.
245. Поясок Т. Б. Система застосування інформаційних технологій у професійній підготовці майбутніх економістів : монографія / Т. Б. Поясок. – Кременчук : ПП Щербатих О. В., 2009. – 348 с.
246. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара.: Бахрах, 1998. – 668 с.

247. Пригожин И. Порядок из хаоса: Новый диалог человека с природой: Пер. с англ./ Общ. ред. В. И. Аршинова, Ю. Л. Климонтовича и Ю. В. Сачкова. – М.: Прогресс, 1986. – 432 с.
248. Пришляк А. М. Формування вмінь професійно-орієнтованого спілкування студентів-медиків / А.М. Пришляк, В. І. Зевако, К. Л. Стефанишин // Медична освіта. – № 4. – 2012. – С. 123-125.
249. Проблема удосконалення фахової підготовки лікарів медико-профілактичного профілю на сучасному етапі в аспекті кредитно-модульної системи / В. М. Лісовий, В. А. Капустник, В. О. Коробчанський та ін. : матеріали Всеукр. наук. навч.-метод. конф. „Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III–IV рівнів акредитації” // Мед. освіта. – 2011. – № 2. – С. 74–77.
250. Про вищу освіту: Закон України № 1556-18 від 01.07.2014 // Голос України. – 2014. – 6 серпня (№148 (5898)). – С. 9-19.
251. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2011 р. № 1341. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-п#n37>. – Назва з екрану.
252. Про затвердження Положення про систему ліцензованих інтегрованих іспитів фахівців з вищою освітою напрямів „Медицина” і „Фармація” : наказ М-ва охорони здоров'я України від 14.08.1998 р № 251 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.kiev.ua/laws/pravo>. – Назва з екрана. – Дата звернення: 30.11.13.
253. Професійна освіта: Словник: Навчальний посібник / За ред. Н.Г. Ничкало. – К.: Вища школа, 2000. – 380 с.

254. Психологія діяльності та навчальний менеджмент : Навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисципліни / [В. А. Козаков, М. В. Артюшина, О. М. Котикова та ін.] ; за заг. ред. В. А. Козакова. – К. : КНЕУ, 2003. – 829 с.
255. Психология для стоматологов: учебник. под ред. проф. Н.В. Кудрявой. М.: ГОЭТАР – Медиа, 2007. – 400 с.
256. Пуйда С.И. Формирование взаимоотношений врача и пациента на стоматологическом терапевтическом приеме : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Пуйда Сергей Ильич. – Москва: ГОУ "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства", 2008. – 100 с.
257. Ратушняк І.І. Умови формування комунікативної культури студентів у процесі професійної підготовки в медичному вузі /І.І. Ратушняк // Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 р.р. Тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 25 березня 2015 року. – Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 2015. – С. 178-180.
258. Редчук Р. А. Особенности формирования готовности будущих специалистов по документоведению к профессиональному взаимодействию в сфере социальных коммуникаций / Р. А. Редчук // Молодой ученый. – 2014. – №9. – С. 512-514.
259. Рекова Л.П. Применение интерактивного метода «мозговой штурм» в преподавании хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Л.П. Рекова // Український стоматологічний альманах. – 2014. – № 1. – С. 108–111.
260. Рогова Т. В. Суб'єктна позиція майбутнього фахівця: теоретико-методичний аспект : монографія / Т. В. Рогова, Н. С. Скрипник ; Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, Ін-т педагогіки та психології. – Харків : Щедра садиба плюс, 2015. – 170 с.

261. Роджерс К. Взгляд на психотерапию / К. Роджерс // Становление человека: пер. с англ. / общ. ред. и предисл. Е.И. Исениной. – М.: Изд. группа «Прогресс»; «Универс», 1994. – 480 с.
262. Роджерс К. Р. Клиент-центрированная психотерапия /К.Р. Роджерс. – М.: Ваклер, 1997. – 317 с.
263. Розроблення освітніх програм. Методичні рекомендації / Авт.: В.М. Захарченко, В.І. Луговий, Ю.М. Рашкевич, Ж.В. Таланова / За ред. В.Г. Кременя. – К. : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2014. – 120 с.
264. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн.– СПб. : Питер, 2005. – 713 с.
265. Рузин Г. П. Опыт преподавания хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / размышления педагога и хирурга / Г.П. Рузин. – Харьков: Торнадо, 2003. – 88 с.
266. Рыжова В. Н. Применение технологии модерации для повышения мотивации обучения / В. Н. Рыжова // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VII междунар. науч. конф. (г. Краснодар, сентябрь 2015 г.). – Краснодар: Новация, 2015. – С. 93-95.
267. Сабурова В.И. Особенности преподавания биоэтики студентам-иностранцам в Российском государственном медицинском университете: лекции для студентов РГМУ / В.И. Сабурова. – [Электронный ресурс]. URL: <http://orthomed.ru/archive/kbe/pub/pub.htm> (дата обращения: 17.08.2015).
268. Савина Е.А. Динамика взаимоотношений в системе «врач – пациент» на стоматологическом приеме с учетом индивидуального деонтологического подхода / Е.А. Савина, Н.В. Булкина, О.А. Олевская // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9-3. – С. 501-504.
269. Самодрин А. П. Принцип синергетики і сучасна школа / А. П. Самодрин // ПостМетодика. – 2002. – № 2 – 3 (40 – 41). – С. 23-27.

270. Самусев Р.П. Основы клинической морфологии зубов / Р.П.Самусев, С.В.Дмитриенко, А.И.Краюшкин. – М.: ООО «Издательский дом «Оникс 21 век»: ООО «Мир и Образование», 2002. – 368с.
271. Сапожников С. В. Педагогіка вищої школи України та Болонський процес : навч. посіб. / С. В. Сапожников. – Дніпропетровськ : Інновація, 2010. – 358 с.
272. Связи и взаимодействия в системе образования: монография / под ред. А.В. Петрова. – Париж; Горно-Алтайск: П.АНИ, 2003. – 274 с.
273. Сгонникова Е.М. Развитие конфликтологической компетентности будущих учителей : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Е.М. Сгонникова. – Шадринск, 2010. – 198с.
274. Северина Т.В. Повышение качества подготовки студентов-стоматологов с использованием ролевого моделирования различных клинических ситуаций /Т.В. Северина // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 4. – С. 259-261; URL: <http://www.expeducation.ru/ru/article/view?id=4790> (дата обращения: 03.03.2016).
275. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии : учеб. пособие / Г. К. Селевко. – М. : Нар. образование, 1998. – 256 с.
276. Сенько Т.В. Психология взаимодействия. В 2 ч. Ч. 1. Базисная структура межличностного взаимодействия / Т.В. Сенько. – Минск: Карандашев, 1998. – 120 с.
277. Сериков В. В. Личностно-ориентированное образование – поиск новой парадигмы : монография / В. В. Сериков. – М., 1998. – 180 с.
278. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В.Сидоренко – Спб.: Речь, 2001. – 350 с.
279. Силуянова И.В. Об имморализме в психологии: сб. пленарных докл. XI междунар. рождественских образовательных чтений / И.В. Силуянова. – М., 2003. – С. 338-360.
280. Синергетика і освіта : монографія / [В. Г. Кремень та ін.] ; за ред. В. Г.

- Кременя ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т обдаров. дитини НАПН України. – Київ : Ін-т обдаров. дитини, 2014. – 347 с.
281. Сисоєва С. О. Технологізація освітньої діяльності в умовах неперервної професійної освіти / С. О. Сисоєва // Неперервна професійна освіта : проблем, пошуки, перспективи : монографія / За ред. І.А. Зязюна. – К. : Віпол, 2000. – С. 249-273.
282. Січкарук О. Інтерактивні методи навчання у вищій школі : навч.-метод. посіб. / О. Січкарук. – К. : Таксон, 2006. – 88 с.
283. Скрябіна Т.О. Формування ціннісних орієнтацій студентів вищих медичних навчальних закладів у процесі вивчення дисциплін соціально-гуманітарного циклу : автореф. ... дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Скрябіна Тетяна Олександрівна. – Луганськ, 2010. – 20 с.
284. Слепцова И. Ф. Формирование готовности будущих воспитателей к взаимодействию с детьми дошкольного возраста в процессе профессиональной подготовки: дис. ... канд. пед наук: 13.00.08 / Слепцова Ирина Федоровна. – М.: МГУКИ, 2007. – 251 с.
285. Словник-довідник з професійної педагогіки / [ред.-упоряд. А. В. Семенова]. – Одеса : Пальміра, 2006. – 272 с.
286. Солодка А. К. Кроскультурна взаємодія учасників педагогічного процесу вищих навчальних закладів : монографія / А. К. Солодка. – Миколаїв : Іліон, 2015. – 422 с.
287. Сорокин П.А. Преступление и кара, подвиг и награда / П.А. Сорокин. – СПб., 1999. – 448 с.
288. Соціологія: словник термінів і понять / упоряд. Є.А. Біленький, М.А. Козловець, В.О. Федоренко; за заг. ред. М.А. Козловця. – Житомир: Волинець, 2003. – 230 с.
289. Стасюк В.В. Розвиток мотивації досягнення у слухачів як умова ефективності процесу учіння /В.В. Стасюк //Вісник Національного університету оборони України. – №3(40). – 2014. – С. 149-154.

290. Степанова М.М. *Необходимость формирования компетенции делового общения в подготовке студентов-медиков* /М.М. Степанова, В.Д. Хайкин // *Общество, современная наука и образование: проблемы и перспективы: сб. науч. тр. по материалам междунар. заоч. науч.-практ. конф. 30 ноября 2012 г.: Часть 9.* – Тамбов, 2012. – С. 45-51.
291. Стефан Т. Соннис *Секреты стоматологии: Пер: с англ.* /Т. Стефан Соннис. – М. – СПб.: изд-во БИНОМ – Невский диалект, 2002. – 384 с.
292. Субботина Л.Ю. *Формирование профессиональной готовности студентов к самостоятельной деятельности* /Л.Ю. Субботина // *Ярославский педагогический вестник*, 2011. – № 4. – Том II (Психолого-педагогические науки). – С. 295-298.
293. Сунцов В.Л. *Этико-психологические основы работы педиатра-стоматолога* /В.Л. Сунцов, Е.Е. Иванова, А.Л. Иванова // *Институт стоматологии.* – 2003. – № 4. – С. 22-24.
294. *Сучасні освітні технології у вищій школі: Матеріали міжнар. наук.-метод. конф. (Київ, 1-2 листопада 2007 року): Тези доповідей: У 2 ч. – Ч. 2* / Відп ред. А.А. Мазаракі. – К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2007. – 259 с.
295. Тарарышкина М.А. *Формирование профессионально-личностной культуры студентов в образовательном процессе высшей медицинской школы* : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Мария Александровна Тарарышкина. – М., 2007. – 160 с.
296. *Теоретико-методичні основи професійного навчання* : навч. посіб. для викладачів, що здійснюють підгот. інозем. студентів у ВНЗ / О. Е. Коваленко [та ін.] ; Укр. інж.-пед. акад. – Харків : С.А.М., 2014. – 335 с.
297. Терентьев И.А. *Личностные особенности проявления эмпатии в деятельности врача курортного лечебного учреждения* : автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Сочи, 2007. – 23 с.
298. Тихолаз С.І. *Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів* : автор. дис. ... канд. пед наук :

- 13.00.04 / С.І. Тихолаз. – Вінниця : Вінницький держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського, 2011. – 20 с.
299. Тихонова Т.А. Формирование профессионально-коммуникативной компетентности студентов в процессе обучения в медицинском училище : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 /Тихонова Татьяна Александровна. – Москва, 2008. – 164 с.
300. Ткачова Н. О. Аксиологічний підхід до організації педагогічного процесу в загальноосвітньому навчальному закладі : монографія / Н. О. Ткачова. – Луганськ : ЛНПУ імені Т. Г. Шевченка, 2006. – 300 с.
301. Уваркіна О. В. Комунікативна культура як фактор формування особистості студента медика / Олена Василівна Уваркіна / Інформенергетика III тисячоліття: соціально-синергетичний та медико-екологічний підходи: зб. наук. праць. – К. – Кривий Ріг, 2003. – №2. – С. 156-157.
302. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Олена Василівна Уваркіна / Інститут вищої освіти АПН України. – К., 2003. – 200 с.
303. Узнадзе Д.Н. Психология установки / Д.Н. Узнадзе. – СПб: Питер, 2001. – 416 с.
304. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные основы психологии установки // Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. – М.: Прогресс, 1996. – С. 135–327.
305. Универсальные и специальные (профессиональные) компетенции выпускников медицинских вузов : монография / [под общ. ред. В. Н. Казакова]. – М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2008. – 112 с.
306. Урванцев Л.П. Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача /Л.П. Урванцев, Л.Н. Васильева //

- Ярославский психологический вестник. Вып. 9. – Ярославль: Ремдер, 2002. – С. 99–105.
307. Устименко Ю.С. Використання інтерактивних технологій у підготовці майбутніх фахівців медичного профілю / Ю.С. Устименко // Зб. центру наукових публікацій: „III осінні наукові читання”: зб. статей (рівень стандарту, академічний рівень). – К. : Центр наук. публікацій, 2014. – С. 76 – 80.
308. Устименко Ю.С. Використання діалогічно-дискусійних технологій у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів / Ю.С. Устименко // Нове у педагогіці та психології сучасного світу: Збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук-практ конференції (м. Львів, 28-29 листопада 2014 р.). – Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2014. – С. 124-127.
309. Устименко Ю.С. Щодо формування культури професійного діалогу у процесі навчання іноземних студентів медичних ВНЗ / Ю.С. Устименко // Сучасні соціально-економічні системи та проблеми освітології: матер. III Всеукр. наук-практ конфер. аспірантів та молодих вчених. – Дніпропетровськ: ДУАН, 2015. – С. 153-156.
310. Устименко Ю.С. Діалогічно-дискусійні технології у процесі професійної підготовки майбутніх фахівців медичного профілю / Ю.С. Устименко // Актуальні проблеми навчання іноземних студентів: Матеріали міжвуз. наук-практич. конфер. – Дніпропетровськ: ДУАН, 2015. – С. 118-119.
311. Устименко Ю.С. Використання технологій колективно-групового навчання у процесі формування культури професійного діалогу іноземних студентів-медиків / Ю.С. Устименко // Дослідження різних напрямів розвитку психології та педагогіки: Збірник наук. робіт учасників міжнарод. науково-практ. конфер. (20-21 листопада 2015 р., м. Одеса). – Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2015. – С. 112-114.
312. Устименко Ю.С. Формування культури професійного діалогу в іноземних студентів медичних спеціальностей засобами технологій

- опрацювання дискусійних питань / Ю.С. Устименко // Особистість, сім'я і суспільство: питання педагогіки та психології: Збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук-практ конференції (м. Львів, 27-28 листопада 2015 р.). – Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2015. – С. 108-112.
313. Устименко Ю.С. Формування культури професійного діалогу іноземних студентів-медиків засобами технологій ситуативного моделювання / Ю.С. Устименко // Історичні, філософські, мовні і методологічні тенденції розвитку сучасної освіти: матеріали 11 Всеукраїнської наук-практ. конференції студ. і молодих науковців (3-4 грудня 2015 р., м. Харків). – Х.: ФОП Бровін О.В., 2015. – С. 38-40.
314. Устименко Ю.С. Тренінг як засіб підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів до професійної взаємодії / Ю.С. Устименко // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах : зб. наук. пр. / [редкол.: Т. І. Сущенко (голов. ред.) та ін.]. – Запоріжжя : КПУ, 2015. – Вип. 44 (97). – С. 338-344.
315. Устименко Ю.С. Інтерактивні технології як засоби підготовки студентів вищих медичних навчальних закладів до професійної взаємодії / Ю.С. Устименко // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах : зб. наук. пр. / [редкол.: Т. І. Сущенко (голов. ред.) та ін.]. – Запоріжжя : КПУ, 2015. – Вип. 45 (98). – С. 505-512.
316. Устименко Ю.С. Технологія модерації у процесі підготовки майбутніх медиків до професійної взаємодії / Ю.С. Устименко // Психологія та педагогіка: методика та проблеми практичного застосування / Збірник наук. робіт учасників міжнарод. науково-практ. конфер. (25-26 грудня 2015 р., м. Львів). – Львів: Львівська педагогічна спільнота. – 2015. – С. 113-115.
317. Устименко Ю.С. Технологія підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання: сутність та методологічні засади / Ю.С. Устименко // Вища освіта: проблеми та перспективи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. молодих учених та

- студентів (31 березня 2016 р., м. Дніпропетровськ). – Дніпропетровськ : Університет імені Альфреда Нобеля, 2016. – С. 165–169.
318. Устименко Ю.С. Проблема взаємодії, професійної взаємодії у поглядах психологів / Ю.С. Устименко // Практична психологія у сучасному вимірі: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів (24 березня 2016 р., м. Дніпропетровськ). – Дніпропетровськ : Університет імені Альфреда Нобеля, 2016. – С. 165–169.
319. Устименко Ю.С. Історичні витoki становлення професії стоматолога як суб'єкта професійної взаємодії / Ю.С. Устименко // Гуманізація навчально-виховного процесу : збірник наукових праць / [За заг. ред. проф. В.І. Сипченка]. – Вип. LXXV. – Слов'янськ : ДДПУ, 2016. – С. 132-140 с.
320. Устименко Ю.С. Методологічні підходи побудови технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання / Ю.С. Устименко // Історичні, мовні і методологічні тенденції розвитку сучасної освіти: матеріали 111 Всеукраїнської наук.-практ. конф. молодих учених та студентів (7-8 квітня 2016 р., м. Харків). – Х.: ФОП Бровін О.В., 2016. – С. 98-101.
321. Устименко С.Ю. Щодо проблеми використання інтерактивних методів навчання в процесі підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії / Ю.С. Устименко // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – №3 (300) квітень 2016. – Ч. 2. – Луганськ : ДЗ „ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2016. – С. 275-282.
322. Устименко С.Ю. Мотиваційно-цільовий складник технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання / Ю.С. Устименко // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах : зб. наук. пр. / редкол. : Т. І. Сущенко (голов. ред.) та ін. – Запоріжжя : КПУ, 2016. – Вип. 47 (100). – С. 368-375.

323. Устименко С.Ю. Особливості професійної взаємодії стоматологів / Ю.С. Устименко // Вісн. Дніпропетр. ун-ту імені Альфреда Нобеля : Серія: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки. – 2016. – № 1(11). – С. 365-372.
324. Устименко С.Ю. Філософські, соціологічні й психологічні витoki проблеми взаємодії / Ю.С. Устименко // Наукові праці : Науково-метод. журнал. – Вип. 257. Т. 269. Педагогіка. – Миколаїв. – Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2016. – С. 93-97.
325. Федотова Е. Л. Педагогическое взаимодействие как фактор личностного саморазвития учащихся и учителя : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.08. – Иркутск, 1998. – 345 с.
326. Филатов В.Б. Этические и правовые основы во взаимодействиях врача и пациента / В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, Н.Х. Лукова // Здоровоохранение. – 2001. – №3. – С. 173-175.
327. Филимонова Е.А. Прогресс культуры в контексте межкультурного взаимодействия / Е.А. Филимонова // Проблемы духовных ценностей в философии и культуре: монография / Н А. Дивакова, А.М. Егорова, В.А. Егорова и др.; под общ. ред. С.С. Чернова. – Кн. 5. – Новосибирск: СИБПРИНТ, 2011. – 210 с. – С. 38–52.
328. Формановская Н.И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход /Н.И. Формановская. – М.: Русский язык, 2002. – 216 с.
329. Форми, методи і організація навчального процесу в кредитно-модульній системі : навч.-метод. посібник / Гончаров С. М , Білецький А. А., Губницька О. М. , Костюкова Т. А. ; за ред. С. М. Гончарова. – Рівне : НУВГП, 2007. – 184 с.
330. Фурман А. В. Організаційно-діяльнісні ігри у вищій школі : монографія / А.В. Фурман, С.К. Шандрук. – Тернопіль : ТНЕУ, 2014. – 271 с.

331. Хабермас Ю. Отношения между системой и жизненным миром в условиях позднего капитализма / Ю. Хабермас // Теоретическая социология: Антология: В 2 ч. – М.: Кн. дом «Університет», 2002. – Ч. 2. – 78 с.
332. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / Пер. с венг.; Под ред. Коркиной М.В. – 4-е изд., стереотип. – Будапешт: АКАДЕМІАІ КІАДО, 1981. – 286 с.
333. Цимбалистов А.В. Психологические аспекты взаимоотношений стоматолога и пациента с позиций концепции Д. Карнеги / А.В. Цимбалистов, М.А. Титов // Стоматология. – 1992. – Т.1 – С. 25.
334. Цимбалистов А.В. Анализ конфликтных ситуаций в стоматологической практике / А.В. Цимбалистов, О.Я. Зултан, Ю.Г. Голинский // Клиническая стоматология. – 1999. – №4. – С.58-60.
335. Чернилевский Д. В. Технология обучения в высшей школе. Учебное издание / Под ред. Д. В. Чернилевского. – М. : „Экспедитор”, 1996. – 288с.
336. Чернуха Н. М. Інтеграційні процеси у вищій освіті : навч. посіб. / Н. М. Чернуха ; Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка. – Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. – 91 с.
337. Шабанова Ю. О. Системний підхід у вищій школі : підруч. для студентів магістратури за спец. «Педагогіка вищої школи» / Ю. О. Шабанова ; Держ. ВНЗ «Нац. гірн. ун-т». – Дніпропетровськ : НГУ, 2014. – 118 с.
338. Шакарашвили М.В. Коммуникативный диалог врача и пациента / М.В. Шакарашвили // GESJ: Education Science and Psychology. – 2012. – No.2(21). – С. 53-58.
339. Шамарин П. И. Размышления клинициста о профессии врача / П. И. Шамарин. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1974. – 253 с.
340. Шарова Т. Н. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий путем оптимизации взаимодействия врача-стоматолога с

- пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 /Шарова Татьяна Николаевна, Омск. – 2009. – 162 с.
341. Шевчук Т.І. Перспективи використання інтерактивних педагогічних технологій навчання у вищій медичній школі / Т.І. Шевчук, Р.П. Піскун, С.М. Горбатюк // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 278-280.
342. Шигонська Н. В. Філософський, психологічний, соціологічний та педагогічний аспекти сутності категорії «професійна взаємодія» / Н. В. Шигонська [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // http://eprints.zu.edu.ua/2919/1/35_42.pdf.
343. Шиленко Д.Р. Концепція реорганізації методології навчання лікарів-стоматологів у вищих медичних навчальних закладах України /Д.Р. Шиленко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rusnauka.com/35_PWMN_2008/Medecine/38614.doc.htm
344. Шилина С.В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике : дис. ... канд. мед. наук : 13.00.08 / С.В. Шилина; ВолГМУ. Волгоград, 2004. – 149с.
345. Щербакова А. В. Формування полікультурної компетентності у студентів-медиків у навчально-виховному процесі вищого медичного навчального закладу : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Щербакова Анна Вікторівна ; ДЗ «Луган. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка». – Старобільськ, 2015. – 20 с.
346. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте /Д.Б. Эльконин // Вопр. психологии. – 1971. – № 4. – С. 6 – 20.

347. Этико-психологические проблемы медицины / Под ред. Г. И. Царегородцева. – М. : Медицина, 1988. – 376 с.
348. Юсеф Ю. В. Формування комунікативної культури лікаря в процесі вивчення гуманітарних дисциплін / Ю. В. Юсеф // Освіта та педагогічна наука. – 2013. – № 5 – 6 (160 – 161). – С. 38-45.
349. Юсеф Ю. Науково-методичне забезпечення педагогічного процесу формування комунікативної культури майбутніх лікарів / Ю. Юсеф // Неперервна професійна освіта : теорія і практика. – 2013. – № 3-4. – С. 79-84.
350. Юдин Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность / Э. Г. Юдин. – М. : Эдиториал УРСС, 1997. – 440 с.
351. Ющенко Л.О. Використання інтерактивних та інноваційних технологій навчання у вищій медичній школі / Л.О. Ющенко, О.В. Оніськова, А.О. Кінзерська // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (м. Вінниця, 26 лютого 2014 року). – Вінниця, 2014. – С. 284-285.
352. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы / В.А. Ядов. – Самара : Самар. ун-т, 1995. – 331 с.
353. Якиманская И. С. Личностно-ориентированное образование / И. С. Якиманская; под ред. Н. Б. Крыловой. – М. : Сентябрь, 1995. – 130 с.
354. Яковлева Е.В. Формирование у будущих учителей начальных классов готовности к взаимодействию с родителями обучающихся // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20656> (дата обращения: 14.12.2015).
355. Янушкевич Ф. Технология обучения в системе высшего образования / Ф. Янушкевич. – М. : Высш. школа, 1996. – 136 с.
356. Aartman I.H. Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: a follow-up study / I.H. Aartman, A. de Jough, P.C.

- Makkes, J. Hoogstraten // Community Dent Oral Epidemiol. 2000. – Vol.28. – №6. – P.435-442.
357. Allport G. W. Personality: A psychological interpretation / G. W. Allport. – NY, 1937. – 516 p.
358. Almeida A.G. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia / A.G. Almeida, M.M. Roseman, M. Sheff, N. Huntington, C.V. Hughes // Pediatr Dent. 2000. – Vol.22. – №4. – P.302-306.
359. American Dental Education Association, ADEA. URL: <https://www.google.com.ua/#q=american+dental+education+association+2014>
360. Arnrup.K. Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children's dental care / K. Arnrup, U. Berggren, A.G. Broberg // Acta Odontol Scand. – 2001. – Vol.59. – №1. – P.14-20.
361. Berman M.H. How can dentist and parents communicate effectively about children's dental health needs? / M.H. Berman // J Am. Dent Assoc. – 2001. Vol.132. – №6. – P.795-796.
362. Bernick S.H. Improving dental access (letter) / S.H. Bernick // J Am Dent Assoc. – 2001. – Vol. 132. – №8. – P.1082, 1084.
363. Blumer H. The Methodological Position of Symbolic Interactionism. In: Blunter H. Symbolic Interactionism. Perspective and Method. Berkeley: University of California Press, 1969. – 236 p.
364. BMA: Board of medical education / Communication skills education for doctors an update (November 2004) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://faculty.ksu.edu.sa/nadalyousefi / Documents/ Communication % 20 skills.pdf> .
365. Bonvillain N. Language, culture, and communication: the meaning of messages. – 3rd edition. – Upper Saddle River / N. Bonvillain. – NJ: Prentice-Hall, Inc., 2000. – 405 p.
366. Chiu M. M. Adapting teacher interventions to student needs during cooperative learning: how to improve student problem solving and time on-task

- / M. M. Chiu // *American Educational Research Journal*. – 2004. – Vol. 41. – № 2. – P. 365-399.
367. Clarke M. What makes a good dentist & do recent trainees make the grade? The views of vocational trainers / M. Clarke // *Br. Dent. J.* – 2001. – Vol.190. – №1. – P.5.
368. Cohen S.M. The impact of dental anxiety on daily living / S.M. Cohen, J. Fiske, J.T. Newton // *Br. Dent J.* – 2000. – Vol.10. – P.385-390.
369. Drews S. Auslandsaufenthalte als ein Instrument zukunftsfähiger Qualifizierung [Electron resource] / S. Drews // *Bildung für Europa : Journal der Nationalen Agentur beim Bundesinstitut für Berufsbildung*. – 2008. – N 9. – P. 10-11. – URL: http://www.nabibb.de/uploads/tx_ttproducts/datasheet/journal_2008_01.pdf.
370. Edwards M. Opening and closing the conversation—how coursebook dialogues can be implemented in the classroom / Edwards M. and K. Csizer. *NovELTy* 8 (2). – US. – 2001. – P. 55–66.
371. Goleman D. *Emotional Intelligence* / D. Goleman. – New York : Bantam book, 1995. – 352 p.
372. Homans G.C. *Social Behavior: Its Elementary Forms* / G.C. Homans. – Rev. ed. – New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1974. – 78 p.
373. Hubers B. Internationale Berufskompetenz Mögliche Standards einer Zusatzqualifikation in der Ausbildung [Electron resource] / B. Hubers. – URL: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/AK_2.1_Huebers.pdf.
374. Johnson D. W. *Cooperation and competition. Theory and Research* / D. W. Johnson, R. T. Johnson. – Edina, 1989. – P. 65-67.
375. Kagan S. & Kagan M. *Multiple Intelligence. The Complete MI Book* / S. Kagan & M. Kagan. – San Clemente, CA, 2004. – 828 p.
376. McClelland D. C. A scoring manual for the achievement motive / McClelland D. C., Atkinson J. W., Clark R. A. // In: *Motives in Fantasy, Action and Society*, N. Y., 1958. – P. 112-148.

377. Rider E.A. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox / E.A. Rider, C.H. Keefer. – *Med Educ.* – 2006. – Vol. 40(7). – P. 624–629 [PubMed].
378. Schouten B.C. Informed consent in dental practice; experiences of Dutch patients / B.C. Schouten, R. Friele // *Int. Dent. J.* – 2001. – Vol.51. – № 1. – P.52-54.
379. Seale N.S., Kendrick A.G. A survey of pediatric dentists' management of dental caries in children three years of age or younger / N.S. Seale, A.G. Kendrick // *Pediatr. Dent.* – 2001. – Vol.23. – №3. – P.211-216.
380. Thorndike R.L. Intelligence and its uses / R. L. Thorndike // *Harper's Magazine.* – 1920. – 626 p.
381. Towards the Assessment of Quality in Medical Education / World Health Organization. – Geneva : WHO, 1992. – 17 p.
382. Turning Education Structure in Europe [Электронный ресурс]. – URL: <http://turning.unideusto.org>
383. Walton H. J. Recommendations. World Summit on Medical Education, Edinburgh, 8–12 August / H. J. Walton // *Medical Education.* – 1993. – № 28, Supplement 1. – P. 140–149.
384. Weick Karl E. «Organizational Learning: Affirming an Oxymoron» / Weick Karl E. and Frances Westley / *Handbook of Organization Studies* / Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy and Walter R. Nord (eds.). – London: Sage. –1996. – P. 440-458.
385. Wilson S. Pharmacological behavior management for pediatric treatment / S. Wilson // *Pediatr Clin North Am.* 2000. – Vol.47. – №5. – P. 1159-1175.
386. Wilson K.I. A joint approach to treating dental phobics between community dental services and specialist psychotherapy services. A single case report / K.I. Wilson, J.G. Davies // *Br. Dent. J.* – 2001. – Vol. 190. – №8. – P. 431-432.
387. Yoshida T., Milgrom P., Coldwell S. How Do U.S. and Canadian Dental Schools Teach Interpersonal Communication Skills? / T. Yoshida, P.

Milgrom, S. Coldwell // Journal of Dental Education. – November, 2002. –
Vol. 10. – №5. – P. 223-239.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 1

**Характеристика оцінки значущості загальних компетентностей
майбутніми стоматологами**

№ в рейтингу	Компетентність	Вибір у %
1	Здатність до застосування знань на практиці	87,0
2	Робота в команді	77,8
3	Прагнення до успіху, професійна компетентність	76,1
4	Прийняття рішень	75,2
5	Здатність співпрацювати з фахівцями інших галузей	75,2
6	Здатність до навчання	73,5
7	Турбота про якість	71,3
8	Грунтовні базові професійні знання	70,4
9	Здатність працювати самостійно	70,0
10	Здатність до аналізу і синтезу	67,4
11	Здатність адаптуватися до нових ситуацій	67,0
12	Рішення проблем	63,9
13	Базові загальні знання	61,3
14	Здатність до організації та планування	61,3
15	Знання іноземної мови	56,1
16	Креативність	55,2
17	Здатність до критики і самокритики	54,8
18	Лідерство	44,3
19	Уміння керувати інформацією	43,5

20	Базові комп'ютерні уміння	41,3
21	Здатність працювати у міжнаціональному просторі	40,4
22	Усна і письмова комунікація рідною мовою	40,0
23	Здатність працювати в міждисциплінарній команді	38,2
24	Ініціативність і підприємницький дух	34,3
25	Міжособистісні вміння	27,4
26	Дослідницькі вміння	26,5
27	Сприйняття культур звичаїв інших країн	26,1
28	Прихильність етичним цінностям	24,3
29	Розробка та управління проектами	20,4
30	Сприйняття різноманітності та багатокультурності	17,8

Додаток Б ДОВІДНИК

кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я

(Додатково див. Наказ Міністерства охорони здоров'я N117 від 29.03.2002)

<http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=4233>

ПРОФЕСІОНАЛИ В ГАЛУЗІ СТОМАТОЛОГІЇ

1. ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ

ЗАВДАННЯ ТА ОBOB'ЯЗКИ. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги.

Застосовує сучасні методи діагностики та лікування захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки. Надає невідкладну стоматологічну допомогу при гострих запальних процесах, травматичних пошкодженнях, кровотечах, а також допомогу при анафілактичному шоці, гострій серцевій та дихальній недостатності, гіпоксії, набряку гортані, при попаданні чужорідних тіл у дихальні шляхи, гіпертонічному синдромі. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Бере участь у моніторингу здоров'я населеній, сприяє поширенню медичних знань серед населення. Дотримується принципів медичної деонтології. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

ПОВИНЕН ЗНАТИ: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стоматолога; організацію стоматологічної допомоги; показники роботи лікувально-профілактичної установи, диспансерного нагляду та лікарського контролю; сучасну класифікацію захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки; пріоритетні технології, що застосовуються в сучасній стоматологічній практиці; клініку, профілактику та діагностику стоматологічних захворювань; засоби індивідуального захисту від гострих респіраторних захворювань та особливо небезпечних інфекцій; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

Лікар-стоматолог вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія" (інтернатура, курси

спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-стоматолог I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси-удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-стоматолог II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар-стоматолог: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

2. ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ ДИТЯЧИЙ

ЗАВДАННЯ ТА ОБОВ'ЯЗКИ. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань і щелепно-лицевих аномалій у дітей. Надає невідкладну стоматологічну допомогу при гострих запальних процесах, травматичних пошкодженнях, кровотечах, а також допомогу при анафілактичному шоці, гострій серцевій та дихальній недостатності, гіпоксії, набряку гортані, при попаданні чужорідних тіл у дихальні шляхи. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Дотримується принципів медичної деонтології. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Веде лікарську документацію. Бере участь у моніторингу здоров'я, сприяє поширенню медичних знань серед населення. Керує роботою середнього медичного персоналу. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

ПОВИНЕН ЗНАТИ: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги дитячому населенню; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стоматолога дитячого; показники роботи дитячих лікувально-

профілактичних закладів, диспансерного нагляду та лікарського контролю; сучасну класифікацію захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки; топографічну анатомію голови та щелепно-лицевої ділянки дитини, анатомо-фізіологічні особливості розвитку дітей різних вікових груп; прийоми та методи знеболювання в дитячій стоматології, питання інтенсивної терапії та реанімації; етіологію, патогенез та клініку основних стоматологічних захворювань у дітей; загальні та спеціальні методи обстеження; методи профілактики і лікування зубів та щелепно-лицевих аномалій у дітей; методи ортопедичного та ортодонтичного лікування; показання та протипоказання до видалення зубів; правила асептики та антисептики; організацію диспансеризації хворих дітей; основи фармакотерапії та методи фізіотерапії; принципи раціонального харчування та дієтотерапії; засоби індивідуального захисту від гострих респіраторних захворювань та особливо небезпечних інфекцій; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення,

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

Лікар-стоматолог дитячий вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія дитяча" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-стоматолог дитячий I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія дитяча" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-стоматолог дитячий II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія дитяча" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар-стоматолог дитячий: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія".

Спеціалізація за фахом "Стоматологія дитяча" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

3. ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ-ОРТОДОНТ

ЗАВДАННЯ ТА ОBOB'ЯЗКИ. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги населенню.

Застосовує сучасні методи діагностики та проводить підготовку до протезування зубів при дефектах та аномаліях зубів і щелеп; обирає методи лікування та конструкції протезів. Планує обсяг та терміни ортодонтичного лікування перед та після реконструктивних операцій на щелепно-лицевій ділянці. Надає невідкладну стоматологічну допомогу.

Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Дотримується принципів медичної деонтології. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Сприяє поширенню медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

ПОВИНЕН ЗНАТИ: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стоматолога-ортодонта; сучасну класифікацію захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки; методи знеболювання у стоматології; взаємозв'язок формування та прорізування зубів з розвитком та ростом щелеп; нормальну будову зубів і щелеп та порушення цієї будови при зубощелепно-лицевих аномаліях; класифікацію зубощелепних деформацій; морфологічні зміни в жувальному апараті при ортопедичному та ортодонтичному лікуванні; лабораторні та рентгенологічні методи обстеження; показання та протипоказання до ортодонтичного лікування; механізм дії, принцип конструювання та особливості технології виготовлення ортодонтичних апаратів; засоби індивідуального захисту від гострих респіраторних захворювань та особливо небезпечних інфекцій; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

Лікар-стоматолог-ортодонт вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Ортодонтія" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння

(підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-стоматолог-ортодонт I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Ортодонтія" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-стоматолог-ортодонт II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Ортодонтія" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років. Лікар-стоматолог-ортодонт: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Ортодонтія" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

4. ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ-ОРТОПЕД

ЗАВДАННЯ ТА ОBOB'ЯЗКИ. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги. Застосовує сучасні методи діагностики основних стоматологічних захворювань. Проводить ортопедичне лікування твердих тканин зуба, захворювань пародонту, патологічної стертості, патології скронево-нижньощелепного суглоба. Надає невідкладну стоматологічну допомогу. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Дотримується принципів медичної деонтології. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Сприяє поширенню медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

ПОВИНЕН ЗНАТИ: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; організацію стоматологічної ортопедичної допомоги; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стоматолога-ортопеда; сучасну класифікацію захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки; біомеханіку жування, вікові зміни в щелепно-лицевій ділянці, особливості дії на неї навколишнього та внутрішнього середовища; принципи профілактики, діагностики та лікування

при зубощелепних деформаціях і аномаліях зубів та щелеп; показання до зубного протезування, принципи підготовки порожнини рота та зубощелепного апарату до ортопедичного втручання; морфологічні зміни в зубощелепній системі при ортопедичному і ортодонтичному втручанні; механізм дії, принципи конструювання та особливості технології виготовлення ортодонтичних та ортопедичних апаратів і протезів; засоби індивідуального захисту від гострих респіраторних захворювань та особливо небезпечних інфекцій; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

Лікар-стоматолог-ортопед вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія ортопедична" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-стоматолог-ортопед I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія ортопедична" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-стоматолог-ортопед II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія ортопедична" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар-стоматолог-ортопед: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія ортопедична" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста.

5. ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ-ТЕРАПЕВТ

ЗАВДАННЯ ТА ОBOB'ЯЗКИ. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що

визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію стоматологічної допомоги.

Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування хвороб зубів, пародонту та слизової оболонки порожнини рота. Надає невідкладну стоматологічну допомогу при гострих запальних процесах, травматичних пошкодженнях, кровотечах, а також допомогу при анафілактичному шоці, гострій серцевій та дихальній недостатності, гіпоксії, набряку гортані, при попаданні чужорідних тіл у дихальні шляхи, гіпертонічному синдромі. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами, а також з санітарно-епідеміологічними службами відносно постійного контролю за екологічними умовами, промисловими шкідливими речовинами, вмістом фтору, йоду в питній воді та продуктах харчування. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Дотримується принципів медичної деонтології. Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Сприяє поширенню медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

ПОВИНЕН ЗНАТИ: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; організацію стоматологічної допомоги; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стоматолога-терапевта; показники роботи лікувально-профілактичних закладів; анатомію зубів, пародонту та слизової оболонки порожнини рота, вікові особливості зубів; етіологію, патогенез та сучасну класифікацію основних стоматологічних захворювань; загальні та спеціальні методи дослідження; принципи знеболювання в терапевтичній стоматології; сучасні методи діагностики та лікування; основи фармакотерапії; методи фізіотерапії; показання та протипоказання до видалення зубів; питання щодо працездатності хворих; принципи будови та експлуатації стоматологічної апаратури, правила безпеки; засоби індивідуального захисту від гострих респіраторних захворювань та особливо небезпечних інфекцій; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

Лікар-стоматолог-терапевт вищої кваліфікаційної категорії, повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія терапевтична" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-стоматолог-терапевт I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія терапевтична" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-стоматолог-терапевт II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія терапевтична" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар-стоматолог-терапевт: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія терапевтична" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

6. ЛІКАР-СТОМАТОЛОГ-ХІРУРГ

ЗАВДАННЯ ТА ОБОВ'ЯЗКИ. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію хірургічної стоматологічної допомоги, в тому числі швидкої та невідкладної.

Застосовує сучасні методи діагностики та хірургічного лікування запальних процесів, травматичних ушкоджень, новоутворень, набутих вад і деформацій щелепно-лицевої ділянки. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Працює в тісному контакті з суміжними спеціалістами та службами. Дотримується принципів медичної деонтології. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Керує роботою середнього медичного персоналу. Веде лікарську документацію. Сприяє поширенню медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

ПОВИНЕН ЗНАТИ: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; організацію хірургічної стоматологічної допомоги населенню; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стоматолога-хірурга; показники роботи лікувально-профілактичних закладів; сучасну класифікацію захворювань ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки; сучасні методи клініки, профілактики, діагностики та хірургічного лікування стоматологічних захворювань; топографічну анатомію голови та

щелепно-лищевої ділянки; загальні питання нормальної та патологічної анатомії і фізіології, біохімії, мікробіології; морфогенез захворювань щелепно-лищевої ділянки; профілактику і терапію шоку та крововтрати; загальні та спеціальні методи обстеження; методи знеболювання, інтенсивної терапії та реанімації; основи фармакотерапії; методи фізіотерапії та дієтичного харчування в хірургічній стоматології; організацію диспансеризації хворих; питання щодо працездатності хірургічних стоматологічних хворих; засоби індивідуального захисту від гострих респіраторних захворювань та особливо небезпечних інфекцій; форми і методи санітарної освіти серед населення; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ

Лікар-стоматолог-хірург вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія хірургічна" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-стоматолог-хірург I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія хірургічна" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Лікар-стоматолог-хірург II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія хірургічна" (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Лікар-стоматолог-хірург: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Стоматологія". Спеціалізація за фахом "Стоматологія хірургічна" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

Додаток В

СПОСОБИ ЗАЛУЧИТИ Й УТРИМАТИ ПАЦІЄНТА ПРИВАТНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ

(складені на основі вивчення книг Бойко В. В. Психология и менеджмент в стоматологии [40])

СПОСІБ 1

У процесі консультації або прийому, на всіх етапах взаємодії із хворим дійте так, аби пацієнтові ніщо не нагадувало про неприємне з практики бюджетної медицини.

Працювати й завоювати довіру пацієнтів на контрасті нового і старого! Дане положення торкається всіх аспектів діяльності платної установи – це інформування про послуги, дотримання заходів безпеки, взаємодія лікувального та обслуговуючого персоналу з пацієнтами, забезпечення ілюстраціями на прийомі, буклетами та бланками, дизайн кабінетів, холу і допоміжних приміщень. Свідомість пацієнтів всюди має фіксувати продуманість, навіть дрібниць, і сам собою має напрашуватися висновок: тут не економлять ні на лікуванні, ні на сервісі.

СПОСІБ 2

На всіх етапах взаємодії з пацієнтом демонструйте привітність, увагу і готовність до співпраці з будь-яким пацієнтом, в тому числі з тим, хто є не дуже люб'язним, вихованим і навіть має проблемні риси особистості.

Звичайний громадянин нашої країни вихований в умовах депривації. Скрізь і в різних формах його обділяли увагою і турботою – в сім'ї, установах побуту та медицини, за місцем роботи і відпочинку. Проте настільки невтішна реалія недалекого минулого може бути використана на благо комерції й конкуренції. Уявіть, саме у вас пацієнт опиняється в епіцентрі щирої уваги й опіки. Буквально з першої і до останньої секунди перебування у вашому закладі він відчуває привітність, звернену до нього особисто, готовність персоналу до співпраці. Завдання нібито нехитре, проте реалізувати його на практиці непросто. Важко витримати стиль «привітності і люб'язності» на всіх етапах взаємодії, з усіма пацієнтами, за умови будь-яких обставин й наявності різного персоналу. Вже дуже ми різні – і ті, хто обслуговує, і ті, кого обслуговують; у кожного власні принципи, уявлення про належне, нервова система й характер. Крім того, гостинність і люб'язність – вельми ємні поняття, що включають етику, уміння вступати в контакт і підтримувати його. Можуть пройти роки, поки співробітники фірми зможуть оволодіти гарними манерами. Почніть з елементарного. Перш за все, шановні колеги, навчіться правильно зустрічати нового пацієнта, який увійшов до кабінету. Про це свідчить наступне положення.

СПОСІБ 3

Прикладіть максимум зусиль, щоб сформувати у пацієнта позитивне перше враження про себе.

Як відомо, перше враження про людину залишає глибокий і довготривалий слід. Воно, можливо, є не настільки об'єктивним, скільки психологічно значущим, інформаційно насиченим. Цілісна оцінка образу партнера відбувається миттєво й несвідомо: формується враження про те, приємний він чи чимось відштовхує, виникають позитивні або негативні асоціації з відомими типажми, утворюється емоційно-енергетичний консонанс або дисонанс. У цей момент психіка пацієнта діє в екстремальному режимі «сортування вражень і прогнозу»: чого можна чекати від цього лікаря - він людина гарна чи погана, йому можна довірити свій гаманець і здоров'я? З практики відомо, що, увійшовши до кабінету, пацієнти на якусь мить часто втрачають орієнтацію, не розуміють, як підійти і сісти в крісло, на обличчях розгублена усмішка чи напружена гримаса. Подібні стани свідчать про те, що мозок активно переробляє нову інформацію на підсвідомому рівні, увага сконцентрована і спрямована на ознаки благополуччя й неблагополуччя, всі інші деталі поза полем активної свідомості. Через деякий час починає підключатися понятійне мислення, логіка. Поступово, у міру розширення контактів в ту чи іншу сторону буде коригуватися думка про лікаря, будуть складатися остаточні висновки про його особистість. Але це станеться потім, а перше враження залишиться надовго і зафарбує всі грані подальших взаємин. Ось чому в перші миті треба особливо постаратися і виявити найкраще в собі – доброзичливість, привітність, чуйність. Цими якостями володіє переважна кількість лікарів-стоматологів, проте значна кількість лікарів їх приховують та виявляють у виняткових випадках. На жаль, інші лікарі, будучи гуманними людьми, виробили стереотип взаємодії з пацієнтами – чергова офіціозність, багатозначна посмішка, розсіяний погляд, нейтральний емоційний тон. Маска «прилипла» до обличчя. Слід визнати, що це економічний стиль відносин, але він щонайменше придатний саме для першого моменту взаємодії з пацієнтами, коли треба легко і широко показати готовність до відвертої й омріяної взаємодії, зміцнення контактів.

У перші миті взаємодії з пацієнтами дуже помітною є фальш, спроба зобразити себе не таким, яким є насправді. Більшість людей під час встановлення перших контактів швидко помічає, коли партнер грає чужу роль. Чи легко лікарю бути привітним і люб'язним, налаштувати до себе пацієнта з перших секунд спілкування? Нелегко. Позначається стомлення, не всі його риси характеру і не будь-яка манера спілкування подобається всім. Лікар також «прораховує» пацієнта за першим враженням, і в його свідомості виникають асоціації та образи минулого. Інший пацієнт аж ніяк не налаштовує на розкриття обіймів, проте справжній професіоналізм полягає в тому, що гуманістична сутність лікаря, комунікативна толерантність беруть верх над неприємними спогадами. Для цього існує наступне попередження.

СПОСІБ 4

Не дозволяйте собі керуватися негативними установками по відношенню до пацієнтів.

Наші спостереження показують, що упередження й образи «поганих пацієнтів» нерідко випереджають контакти стоматолога з конкретним пацієнтом. Наведемо вислів стоматолога-практика: «З першого погляду визначаю пацієнта, який буде важкий і неприємний у спілкуванні, і в мене відразу складається відповідне ставлення до нього». Це ознака професіоналізму? Навпаки, внаслідок подібної передготовності у лікаря виникають ті чи інші форми захисної поведінки - закритість у спілкуванні, небажання докладно пояснити, роз'яснити, емоційна скутість, агресія тощо.

В інших випадках стоматолог та його асистент «прораховують» платоспроможність пацієнта – зможемо або не зможемо на ньому заробити, буде він лікуватися чи ні. Звідси також беруть початок емоційна відстороненість і «сухі» тональності в голосі. Пацієнт, як правило, це відчуває, і тут можливі два результати: якщо він вихований і витриманий, то не відреагує зовні, проте буде пам'ятати образу; якщо ж він невихований, емоційно лабільний або має ознаки психічних відхилень, відреагує у формі звинувачень, збурень, брутальності тощо. Не усвідомлюючи цього, лікар посіяв вітер, а отримав бурю. Як результат, він ще більше зміцнився в думці: «який поганий і примхливий нинішній пацієнт, от раніше ...». А пацієнт зробив свій висновок: «У платній стоматології нічого не змінилося, лікарі якими були, такими і залишилися». Таким чином, взаємні негативні установки здатні розгойдувати амплітуду негативних вражень в емоційно-етичному контурі «лікар – пацієнт». Забороніть собі, шановні колеги, брати участь в цій драмі спілкування.

СПОСІБ 5

Робіть так, щоб кожен пацієнт переконався в тому, що ви отримали від нього і належно оцінили всю інформацію, необхідну для успішного проведення комплексу лікувальних заходів - діагностики, лікування, прогнозу, профілактики.

Мова йде про початкову фазу професійної взаємодії лікаря з пацієнтом, точніше про ту його частину, яка спрямована на виявлення необхідної інформації – скарг і побажань, загального здоров'я і стану пацієнта на момент прийому. За умови надання платних послуг «виявлення» інформації має деякі особливості порівняно зі схемою збору анамнезу та вивчення знімків, яка діє в держбюджетній установі. Головна відмінність полягає в тому, що лікар не обмежується стоматологічними завданнями, він здійснює також і психологічний вплив на пацієнта. Відвідувач має побачити й позитивно оцінити професіоналізм лікаря-стоматолога, його уважне ставлення до здоров'я і старанність. Тому лікар має працювати в режимі діалогу і діяти за принципом «зворотного зв'язку», даючи адекватну інформацію клієнту: я все бачу, чую і беру до уваги, від мене не вислизає жодна важлива деталь.

Лікар діагностує винятково для пацієнта, а не тільки для себе. Майже все, що діагностує лікар, він доводить до свідомості пацієнта. З цією метою пояснюється вплив загального здоров'я на стан зубощелепної системи і, навпаки, коментуються окремі скарги, показання знімків, інформація узагальнюється. Тут неприйнятним є принцип «один пишемо, два в умі», відповідно до якого лікар зрозумів важливу для себе інформацію, вловив сутність висловлювань пацієнта, визначив його стан і мовчки діє далі - приймає рішення, робить умовиводи. Навпаки, лікар має використовувати різні техніки «зворотного зв'язку», щоб пацієнт вже на даному етапі спілкування зробив висновок: я прийшов до відповідального, уважного, високопрофесійного фахівця.

СПОСІБ 6

Презентуйте пацієнтові всю необхідну інформацію з таким розрахунком, щоб він відчував себе активною дієвою особою на різних етапах взаємодії – ознайомлення з проблемою, вироблення рекомендованого плану лікування, вибір варіанту рішення, обговорення вартості й гарантій.

Для цього продовжуйте здійснювати обов'язкове професійне спілкування в повному обсязі, розмірковуюйте чітко, ясно. Звертайтеся до пацієнта із запитаннями, переконайтеся в тому, що він вас правильно розуміє. Давайте можливість висловлювати побажання. Нехай вас при цьому не бентежить той факт, що інший пацієнт скаже: «Робіть, що і як вважаєте за потрібне». Спілкування тому і названо обов'язковим, оскільки включає те, що необхідно довести до свідомості пацієнта за будь-яких обставин, пам'ятаючи про права споживача. Проте, одне і те ж саме можна виразити стисло або з подробицями, розставити ті чи інші акценти, але не можна промовчати - собі дорожче буде.

У кожному випадку лікування, крім «діагностики», лікар-стоматолог може використовувати: *пояснення* (пацієнтові пояснюються його проблеми, зміст рекомендованого плану лікування); *узгодження* (узгоджується план, обрані технології, матеріали, вартість, терміни початку і завершення роботи); *роз'яснення* (роз'яснюються обставини визначення гарантій та умови їх дотримання клінікою, зміст інформованої добровільної згоди (або декількох згод, якщо мають місце паралельні й послідовні втручання), умови збереження ефекту лікування і дії в разі дискомфорту (найкраще у письмовій формі після завершення лікування).

Типова помилка стоматологів полягає в тому, що вони захоплюються монологами, читають пацієнтові лекції, перенасичують інформацію спеціальними термінами. У такій формі вони компенсують відсутність навичок діалогового спілкування та вміння переконувати, приймаючи свою легку словесність за мистецтво професійного спілкування.

СПОСІБ 7

Помічайте індивідуальні особливості пацієнта і будуйте взаємодію з ним таким чином, щоб досягти найкращого взаєморозуміння.

Дане положення добре відомо лікарям і перетворилося на трюїзм. Але це не означає, що воно хоча б задовільно виконується на всіх етапах взаємодії з пацієнтами. По-перше, докторам бракує знань і навичок, необхідних для експрес-діагностики особистості пацієнта. По-друге, їх ніхто і ніколи не навчав алгоритмам взаємодії з пацієнтами того чи іншого типу – комунікабельними й некомунікабельними, екстравертами й інтровертами, раціональними й емоційними, лабільними й ригідними, візуалами й аудіалами, навіюваними й тими, які не піддаються навіюванню, тими, які виявляють свої психологічні особливості в межах норми та поза її межами тощо. По-третє, більшість лікарів не дотримується правил рефлексії і тому не тільки допускає елементарні помилки у взаємодії з пацієнтом конкретного типу, але й власною поведінкою провокує конфлікти і неприйняття своєї особистості і стилю роботи.

На першому етапі самонавчання та самоконтролю треба хоча б правильно поставити перед собою психологічні завдання:

- спонукати, а можливо й змусити себе шанобливо ставитися до суб'єктної реальності пацієнта, його актуальних потреб: з одного боку, як живої істоти – прагнення до безпеки, фізичного і психологічного комфорту, з іншого – як особистості, яка себе поважає, відстоює свої права та інтереси, хоче бути почутою і побаченою, бажає виявити себе «тут і зараз»;

- намагатися хоча б у загальних рисах розпізнавати найбільш значущі для вибору стратегії взаємодії властивості особистості пацієнта, який потрапив на прийом, – має негативний стоматологічний досвід, тривожний, потребує підтримки, підозрілий, неуважний, нещирий, емоційно лабільний, конфліктний, залежить від стороннього думки, має проблемні риси;

- «приєднуватися» до індивідуальності пацієнта, якщо у нього виявлено певні індивідуально-типологічні властивості;

- використовувати адекватні заходи нейтралізації напруження й конфліктів.

СПОСІБ 8

Зробіть все можливе, щоб пацієнт переконався в тому, що вартість лікування, проведеного вами, виправдана.

Дане положення стосується багатьох аспектів поведінки лікаря і асистента – їх вміння спілкуватися, професійних навичок, ставлення до своїх обов'язків і навіть їх особистої філософії, принципів, якими вони керуються в житті. Віра пацієнта у виправданість вартості лікування залежить переважно від рівня готовності стоматолога до професійної взаємодії. Якщо пацієнт позитивно оцінює вербаліку професіонала, це зміцнює його висновок про виправданість вартості, бо видно, що і як лікар намагається пояснити, роз'яснити, узгодити. Не менш важливо показати пацієнтові в доступній формі якість запланованої, а ще краще – виконаної роботи. Адже значна кількість критеріїв та показників якості в стоматології є невидимими й невловимими. Зрозуміло, що високопрофесійне лікування із застосуванням новітніх матеріалів, інструментів і технологій не може бути дешевим. Ми

також віддаємо собі звіт в тому, що вартість залежить від рівня сервісу. Однак ці нехитрі ринкові залежності вимагають доказів та ілюстрацій для пацієнтів, які звикли міркувати за аналогією з держклінікою або спрощено: «Що складного в тому, щоб поставити пломбу або видалити зуб? Це роблять у будь-якій стоматологічній клініці. А сервіс? Хіба за це платять?».

Наївний настрій пацієнта здатний знецінити практично всі ваші досягнення в області культури обслуговування, безпеки лікування, індивідуального підходу, технологічних новацій і якості лікування, вимірюваного невідомими для багатьох показниками. Наприклад, такими показниками, як повне відновлення анатомічної форми і жувальної функції зубів, проходження складного каналу, висока проникність світла в безметалевій кераміці тощо. Багато чого з того, що для лікаря є предметом професійної гордості, для звичайного замовника – таємниця за сімома печатками. Але хто хоче платити за невідоме і невидиму якість? Навіть найскладніша за технологією виконання, високоестетичністю ортопедична конструкція, яка, по суті, є творінням вправного майстра, зазвичай не викликає особливих емоцій у людини, недосвідченої в сучасній стоматології або зацікленої на тому, що її неодмінно «розкручують».

Ось чому на лікаря покладається завдання як би мимохідь, ненав'язливо і в той же час вивіреними штрихами оголити перед пацієнтом якість виконаної роботи, часом паралельно переконуючи, а іноді і освічуючи його. Прямо скажемо, завдання непросте, вимагає від фахівця сформованих комунікативних навичок, уміння апелювати до розуму і почуттів, користуватися аргументами, помічати індивідуальні особливості пацієнтів. Наприклад, за даними телефонного опитування, показник «вартість виправдана» коливається у лікарів від 14 до 60%. Це означає, що одні лікарі краще, а інші гірше справляються із зазначеними комерційними та психологічними завданнями. При цьому вони знаходяться в однакових технологічних умовах, працюють за ідентичними розцінками і прагнуть до досить високої якості.

СПОСІБ 9

Працюйте з асистентом так, щоб пацієнт помітив і позитивно оцінив ваш тандем.

Зазвичай переваги методу лікування «в чотири руки» зводяться до подолання технологічних труднощів, незручностей для лікаря під час виконання різних маніпуляцій. Проте, було б несправедливим і необачним ігнорувати асистента як учасника взаємодії з пацієнтом і не доручити йому певні додаткові ролі, пов'язані із продажем стоматологічних послуг. Мета – зробити асистента значущою фігурою у процесі завоювання довіри пацієнта. Для цього є чимало можливостей. Зустрічаючи пацієнта в холі і супроводжуючи до виходу, асистентка може демонструвати люб'язне обходження. У процесі лікування вона має упереджувати фізичний і психологічний дискомфорт, цікавитися станом пацієнта. За домовленістю з

лікарем вона може давати деякі роз'яснення, а в окремих випадках підтримувати діалог з пацієнтом на різні теми, наприклад про здобутки клініки, догляд за зубами, збереження ефекту лікування тощо. І, звичайно, асистент і лікар в рівному ступені мають бути зацікавленими в тому, щоб продемонструвати перед пацієнтом злагодженість і відточеність дій, взаєморозуміння «без слів», діловий настрій. У цьому випадку пацієнт відчуває позитивний енергетичний вплив з боку медперсоналу. Пацієнти зазвичай помічають спрацьованість або неспрацьованість пари лікар – асистент.

В умовах продажу стоматологічних послуг асистент – професійний партнер лікаря, разом з ним здійснює суб'єктний тип відносин у спілкуванні з пацієнтом, виявляє активність, самостійність, творчість (зрозуміло, в рамках своїх обов'язків і за домовленістю з лікарем).

СПОСІБ 10

Взаємодію з пацієнтом здійснюйте під девізом «Будьте нашим постійним пацієнтом».

Цей девіз має об'єднати і спрямувати до досягнення єдиної мети зусилля всього колективу клініки, фірми. Кожний прийом пацієнта – спектакль (у хорошому сенсі слова), який розігрується за участю медичного та обслуговуючого персоналу в ім'я завоювання довіри пацієнта і мотивації його вибору на користь вашого лікувального закладу. У п'єсі під назвою «Візит до стоматолога» має бути комерційна й психологічна драматургія, правильно розставлені акценти, майстерно зіграні ролі. Лікар – режисер і головний виконавець дійства.

Він визначає моральний контекст прийому, його інформаційне наповнення, енергетику діалогів. Від нього залежить умонастрій і віддача асистента, який може працювати в тій чи іншій мірі чітко, відповідально, витончено. Лікар планує і втілює у своїх діях основну мету звернення пацієнта – бути йому разовим візитером або постійним одержувачем медичної допомоги та споживачем послуг.

Під яким девізом ви, шановні колеги, здійснюєте свою щоденну діяльність? Постарайтеся щиро відповісти на питання: завжди і все ви з асистентом робите для того, щоб пацієнт зажадав надалі лікуватися у вас, а не у вашого конкурента?

Як бачимо, способи залучення й утримання пацієнтів різноманітні. Для їх здійснення потрібна ґрунтовна підготовка лікарів та асистентів в області психології.

Додаток Г

ВПРАВИ

Вправи на накопичення зразків взаємодії лікаря, зокрема стоматолога, на основі відео- і аудіоопор (вправи на сприйняття).

1. Прислухайтеся до діалогу лікаря-стоматолога і пацієнта. Визначте, якими засобами оперує лікар з метою надання емоційної підтримки?

2. Як звучить мова лікаря: а) монотонно, б) байдуже, в) дружелюбно, г) нейтрально?

3. Які фонологічні параметри забезпечують звучання мови (логічний наголос, тембр, логічна пауза, гучність)?

4. Який тембр використовує стоматолог (офіційний, нейтральний, довірливий)?

5. Наскільки адекватним вважаєте вживання пауз у мовленні лікаря? (надлишкове, недостатнє, достатнє). Обґрунтуйте вашу відповідь відповідно умов стоматологічної ситуації й мети спілкування.

6. Прослухайте вдруге діалог стоматолога і пацієнта. Дайте відповідь, які фонологічні параметри найефективніше забезпечують досягнення поставленої стоматологом мети?

7. Прослухайте репліки стоматолога по відношенню до пацієнта (асистента) і підкресліть слова, на яких зроблено логічний наголос. Обґрунтуйте, чому акцент зроблено саме на цих словах?

8. Прослухайте репліки стоматолога одну за одною, підкресліть слова, відмічені логічним наголосом. З якою, на вашу думку, метою саме там було зроблено наголос?

9. Прослухайте репліки стоматолога і повторіть їх, звертаючи увагу на вживання логічного наголосу, логічних пауз, тембру.

10. Прочитайте розмову стоматолога з пацієнтом. Повторіть фрази стоматолога, імітуючи інтонаційно-ритмічний малюнок фраз.

Вправи, які пропонують відтворити фрагменти імітованих зразків професійного мовлення лікаря-стоматолога за умови наявності нових установок у вже знайомій ситуації

1. Розіграйте діалог «стоматолог – пацієнт», «стоматолог – асистент» за ролями, приділяючи особливу увагу нормативності, точності, емпатійно-орієнтованим характеристикам мови.

2. Заспокойте пацієнта, схвильованого лікуванням, яке не дає результату.

Вправи зі змінюваними цілями й установками. При виконанні завдання студенти аналізують результат і обговорюють його в мікрогрупах. Тим самим усвідомлення параметрів професійного мовлення лікаря продовжує розвиватися на основі групового аналізу і корекції.

1. Уявіть, що стоматолог переконує не чоловіка, а жінку (підлітка), які зміни відбуваються в мовленні лікаря, наскільки вдало вам вдалося реалізувати мету висловлювання? Що потрібно змінити на краще.

2. Виразіть емоційну підтримку тривожній жінці і переконайте її в необхідності здійснення імплантації.

3. Надайте емоційну підтримку підлітку при спробі переконати його знизити обсяги вживання солодоців.

4. Виразіть співчуття літньому чоловікові в післяопераційний період.

Вправи, вирішення яких передбачає мікрогрупову роботу студентів

Вправа «Толерантність у спілкуванні»

Мета – формування умінь активного, конструктивного, толерантного спілкування в конфліктній ситуації.

Кожен з нас час від часу потрапляє в конфліктну ситуацію: з кимось свариться, отримує незаслужені звинувачення. Вихід з таких конфліктних ситуацій здійснюється по-різному. Ця вправа сприяє тому, щоб навчитися конструктивним способам виходу з конфліктних ситуацій.

Інструкція. «Пригадайте ситуації, коли вас або ваших знайомих образили. Створіть пари, в яких один з партнерів виступить у ролі того, кого скривдили, а інший – в ролі того, хто образив. Розіграти цю сцену так, щоб використовувати запропоновану нижче схему. З конфліктної ситуації можна вийти за допомогою толерантної поведінки, зберігаючи при цьому власну гідність і не принижуючи іншого».

Схема гідного виходу з конфліктної ситуації.

1. Починати розмову з конкретного і точного опису ситуації, яка не влаштує: «Коли Ви незаслужено критикували мене при всіх ...».

2. Висловлення почуття, яке виникло у Вас у зв'язку з цією ситуацією і поведінкою людини у відношенні і до Вас: «Коли..., я відчував себе приниженим».

3. Сказати людині, як би Вам хотілося, щоб вона вчинила. Запропонувати інший варіант поведінки, який би влаштував Вас: «... тому я дуже Вас прошу, наступного разу ...».

4. Сказати, як Ви будете вести себе у випадку, якщо людина змінить свою поведінку.

По закінченні вправи члени групи обмінюються думками про вдалі виходи з конфліктної ситуації і причини такого успіху.

Рефлексія.

Вправа «Збір фраз для контакту». Мета: формування вмінь установа першого контакту. *Інструкція.* Вправа проводиться за схемою «мозкового штурму». На дошці записують у дві колонки фрази: 1) звернутися до незнайомої людини можна фразою...; 2) ця фраза доречна в таких ситуаціях...

Студенти класифікують фрази та вибирають з них універсальні. При цьому звертають увагу на те, що в кожній віковій або культурній групі існують свої власні норми звернення до незнайомої людини.

Рефлексія.

Вправа «Завершити спілкування». Мета: відпрацювання прийомів завершення бесіди. *Інструкція.* Вправу проводили у вигляді змагань підгруп:

одна – задає ситуацію, а інша – її вирішує. Потім відбувається зміна ролей. Приклади запропонованих ситуацій: 1) розмова зайшла в глухий кут, рішення так і не прийнято, ліміт часу, відведеного на бесіду вичерпано (варіанти: до даного питання прийдеться повернутися; ця зустріч може бути останньою); 2) вже все вирішено, сказано, але ніяк не вдається розійтися із співрозмовником; 3) вирішити проблему співрозмовника немає ніякої можливості, але він продовжує наполягати і вговорювати вас: «Давайте ще подумаємо...». Також самі студенти пропонують для опрацювання ситуації, пов'язані з їхньою майбутньою діяльністю. Рефлексія.

Додаток Д
Типологія комунікативних намірів, які є типовими для діяльності лікаря

Ситуації професійної взаємодії «лікар – пацієнт»	Комунікативні наміри
Первинний прийом хворого	привітання, виявлення того, що сталося, турбує; виявлення терміну початку захворювання, перших симптомів, супроводжуваних болей
Фізикальний огляд пацієнта	розпитування про характер болю, її локалізацію, тимчасові фактори її прояву, інтенсивність, умови, що викликають біль, фактори, її зменшують
Направлення на діагностику	вираз поради, рекомендації, вимоги, необхідності пройти обстеження
Оформлення історії хвороби	формулювання питань про паспортні дані хворого, основні скарги, що передують захворюванням, сімейний стан, місце і характер роботи, шкідливі звички, сімейні уподобання, опитування з метою з'ясування характеру скарг, коментування, роз'яснення, узагальнення, висновки.
Постановка діагнозу	вираз жалю, співчуття, констатація, твердження, пояснення
Призначення лікування	вираз вибачення, побажання, поради, пропозиції, рекомендації, вимоги, наказу, обіцянки

Вирішення завдань з метою запиту й уточнення інформації здійснюють шляхом привітання, звертань, запитальних речень. Саме вони стимулюють реакцію – відповідь (*Будь ласка!; Скажіть, будь ласка..; Чи не могли б Ви сказати...; Чи можу Вас про щось запитати?; Пробачте за турботу...; Слухаю Вас (тебе); Я до Ваших послуг; Перепрошую, Будьте люб'язні, скажіть...; Що трапилось?; Що з Вами?; Вам допомогти?; Як Ви*

*почувається?). Якщо завдання передбачає привітання із пацієнтом, використання звертання до пацієнта на ім'я та по батькові, послугування формулами привертання уваги під час установлення контакту, ввічливості, вибачення, прохання, побажання, варто використовувати такі вислови: *Яка приємна зустріч!; Як Ваші справи?; Шановний(а)... (ім'я по батькові); Дуже приємно Вас (тебе) бачити; Шановні колеги!* та ін.*

Якщо необхідно спонукати пацієнта до дії, доцільними є такі вислови: *Вам необхідно...; Для Вашого здоров'я краще...; Для одужання потрібно...; Будь ласка, обстежте хворого; Прошу присісти* тощо.

Якщо необхідно повідомити інформацію, ефективними є стверджувальні конструкції, розповідні речення: *Дозвольте повідомити...; Стан справ...; Нічого серйозного, у Вас...; Пацієнт на лікуванні...; Консультація відбудеться...; Вам потрібно пройти обстеження...* тощо.

Додаток Е

Ситуаційні вправи

1. До Вас звернувся пацієнт з різким зубним болем. Ви оцінили його соматичний стан, але Вам необхідно отримати додаткові анамнестичні відомості від хворого.

А. Ваша тактика при спілкуванні з хворим з вираженим больовим синдромом?

Б. Які з відомих прийомів взаємодії можна застосувати в даній ситуації?

2. Пацієнт не довіряє лікарському персоналу, задає безліч питань лікарю, бажаючи уточнити, для чого призначено той чи інший препарат.

А. Ваша тактика поведінки з пацієнтом, який відчуває недовіру до лікаря? Які з комунікативних навичок слід використовувати для того, щоб привернути до себе пацієнта?

Б. Якими психологічними характеристиками має володіти лікар, щоб вважатися компетентним у питаннях професійної взаємодії?

3. Хворий потребує невідкладної стоматологічної допомоги (змодельуйте ситуацію, або наведіть приклад з власної практики)

А. Якими психологічними якостями має володіти лікар-стоматолог?

Б. З якими труднощами може зустрітися лікар-стоматолог в екстреній ситуації? Чи доречні норми професійної взаємодії в екстреній ситуації?

4. Хворий, який прийшов до Вас на прийом, цілком ймовірно, має сенситивний склад особистості, схильний до субдепресивних станів і іпохондричних реакцій.

А. Що необхідно враховувати, збираючи анамнез у такого хворого, як розмовляти з ним?

Б. Чого не варто було б повідомляти такому хворому, а на які моменти в лікуванні, діагноз та ін. варто зробити акцент?

5. У хворого, 20 років, різкий зубний біль. Про це повідомили його родичі, які доставили хворого в кабінет стоматолога. Сам хворий сильно заїкається, в силу своїх особливостей є мовчазним.

А. Як побудувати бесіду з таким хворим, налаштувати його до себе?

Б. Які труднощі в спілкуванні і лікуванні такого хворого.

6. Бригадою «швидкої медичної психіатричної допомоги» доставлено хворого зі скаргами на різкий зубний біль. Крім того, він знаходиться в гострому психотичному стані, тобто афективно лабільний, висловлює маячні ідеї переслідування.

А. Яка Ваша тактика поведінки і розмови з таким хворим?

Б. Які тактики професійної взаємодії можна застосувати по відношенню до хворих з психічними розладами?

7. Хворий (9 років) скаржиться на сильний біль в зубі. При цьому відчуває сильний страх, коли бачить лікаря-стоматолога, кабінет і інструменти. Відмовляється відкрити рот для оглянути ротову порожнину.

А. Яка Ваша тактика спілкування з пацієнтом такого віку?

8. Побудуйте модель медичного інтерв'ю на прикладі окремо взятого Вами хворого.

До Вас звернувся хворий зі скаргами на зубний біль. Як ви побудуєте бесіду з хворим, який потребує невідкладної операції з приводу кісти в області верхньощелепної пазухи? Яких принципів необхідно дотриматися під час побудови такої бесіди? Як можна побудувати бесіду, застосовуючи відповідні тактики взаємодії з метою переконання хворого, який має погодитися на операцію?

9. На прийом до лікаря, який закінчив методичний ВНЗ два роки тому, прийшла жінка, пенсіонерка зі стоматологічними проблемами. При розмові, пред'явивши скарги на зубну й головну болі і високий тиск, пацієнтка перевела розмову на складні відносини з онуком, які, на її думку, пов'язані з тим, що її онук пізно приходиться, що не ночує вдома та ін.

А. Які чинники можуть позитивно або негативно вплинути на ефективність комунікативного процесу?

Б. Як має поводити себе лікар, який володіє готовністю до професійної взаємодії?

В. Якими психологічними характеристиками (емоційна стабільність, емпатія, сенситивність, рефлексія) має володіти лікар-стоматолог?

10. На прийом до лікаря-стоматолога, який працює перший рік після закінчення медичного вишу, звернулася літня пацієнтка зі скаргами на болі. В ході бесіди з хворою з'ясувалося, що вона є глибоко релігійною людиною, всі її життєві установки пов'язані з релігійним світоглядом.

А. Які труднощі можуть виникнути на етапах інтерв'ювання такого хворого?

Б. Як має поводити себе молодий фахівець, щоб хвора довіряла лікарю (тон, манера триматися, невербальні засоби спілкування - жести, міміка, моторика та ін.)?

11. До Вас звернувся хворий зі скаргами на зубний біль. Ви прийшли до висновку, що біль - результат неправильних дій Вашого колеги, який до цього невірно провів депульпацію і пломбування зуба.

А. Ваші дії для того, щоб психологічно допомогти хворому.

Б. Як перешкодити створенню у нього стійкого переконання про некомпетентність лікарів?

12. Хворий на прийомі крім своїх скарг, зловживає Вашим часом, розповідаючи про свої проблеми в житті, труднощі взаємин з близькими тощо.

А. Наскільки ця інформація може бути корисна Вам як лікарю-стоматологу? Ваша тактика при такій ситуації?

Б. Як можна призупинити такого хворого, спрямувавши розмову в інше русло, застосовуючи навички етики, деонтології, професійної взаємодії?

13. Як побудувати медичне інтерв'ю з хворим, який приїхав з периферії, ледве може пояснити свої скарги, до того ж сильно наляканий видом лікаря і медичних інструментів? Змодельуйте подібну ситуацію,

доповнивши її необхідними уточненнями і дайте відповідь на поставлене запитання.

14. На прийом до лікаря (жінка 27 років) прийшов чоловік 61 року, зі скаргами на проблеми ясен. При бесіді з пацієнтом лікар часто перебивала, «жорстко» вела розмову, нав'язувала своє розуміння хвороби, виявляла метушливість, не розкривши до кінця сенс однієї рекомендації, заміняла іншою.

А. Який з перерахованих ефектів не дозволив провести ефективний комунікативний зв'язок: «проектування», «ефект первинності», «ефект ореолу», «ефект останньої інформації»?

15. На прийом до лікаря-стоматолога прийшла пацієнтка молодого віку з ознаками флюсу. Оглянувши хвору, лікар мовчки відправив її в операційну.

А. Оцініть ставлення лікаря до хворого?

Б. Які наслідки такого роду комунікації можуть спостерігатися у хворої під час спілкування з лікарем протягом лікування хвороби?

16. На прийомі у лікаря хворий розповідає про історію своєї хвороби, намагаючись детально передати деталі. Лікар часто перепитує, не почувши хворого, іноді подовгу і задумливо мовчить, зітхає, іноді зайво міркує про взаємини хворого та його близькими.

А. Які комунікативні бар'єри представлені в цьому прикладі?

Б. Ваші припущення щодо причин розвитку цих бар'єрів?

17. На прийомі у лікаря терапевта сліпа хвора з проблемами шлунково-кишкового характеру. Лікар каже голосніше звичайного, сидить через стіл від хворої, швидко оглянувши хвору, знову сідає за свій стіл, продовжуючи бесіду і ведучи свої записи.

А. Оцініть комунікативний процес в наведеному прикладі.

Б. Ваші дії, спрямовані на оптимізацію комунікацій.

18. Проходить розмова лікаря з хворий (дратівливий, багатослівний, активно жестикулює, висловлює тим самим своє невдоволення численними і марними, на його погляд, обстеженнями та призначеннями). Лікар, на кожне висловлювання хворого, намагається дати пояснення, важливість і необхідність даних обстежень.

А. Оцініть стан хворого і обґрунтованість поведінки лікаря.

Б. Ваші дії?

19. Під час зустрічі з лікарем хвора скаржиться на те, що всю ніч не спала, думала про майбутню операцію. Лікар почав заспокоювати хвору, що все обійдеться, потрібно вірити лікарям, оперує досвідчений хірург.

А. У чому помилка лікаря?

Б. Ваша тактика?

20. Хворий на прийомі у стоматолога відчуває сильний страх, чим заважає працювати лікарю.

А. Як слід побудувати бесіду з хворим з точки зору психотерапії?

Б. Ваш варіант побудови медичного інтерв'ю.

21. Пацієнтка Федорова В. 45 років, директор фірми звернулася на прийом до стоматолога Белової Ф., 30 років. Після швидкого погляду на лікаря пацієнтка відмовилася від лікування у нього з мотивуванням «професійний лікар цілком віддає себе роботі і у нього немає часу стежити за новинками моди». Що в зовнішньому вигляді лікаря викликало таку реакцію пацієнтки?

22. Пацієнтка Букіт Р., 60 років написала скаргу з претензією на неякісне лікування зуба у лікаря стоматолога-терапевта. При розмові з пацієнткою лікар-експерт зіткнувся з недовірою пацієнтки до всіх дій співробітників і зокрема експерта. Поясніть можливі причини ситуації, яка склалася, та шляхи подолання недовіри пацієнтки.

23. Розіграйте ситуації в ролях, використовуючи наведені вислови.

Команди лікаря / Doctor's commands

Сідайте зручно в крісло	Sit comfortably in the chair
Відкрийте рот, будь ласка	Open your mouth, please
Ви можете відкрити рот ширше (ширше)?	Can you open your mouth wider?
Не закривайте рот	Don't close your mouth
Закрийте рот і порухайте нижньої щелепою	Close your mouth and move your lower jaw from side to side
Прополощіть рот	Rinse out your mouth
Сплюньте	Spit out

Репліки лікаря / Doctor's comments

Давайте подивимося ваш зуб	Let's have a look at your tooth
У вас є порожнина	You have a cavity
У вас випала пломба	Your filling came out
Я покладу в зуб ліки	I'll put medication inside the tooth
Я поставлю вам тимчасову пломбу	I'll put you a temporary filling
Через три дні я поставлю вам постійну пломбу	Three days later I'll put you a permanent filling

Я зроблю вам місцеву анестезію	I will use a local anesthesia
Я зроблю вам укол новокаїну	I will give you an injection of <i>Novocain</i>
Ви не будете відчувати болю	You won't feel a pain
Я буду свердлити зуб	I will drill your tooth
Не бійтеся. Вам не буде боляче	Don't be scared. It won't hurt you
Я зачепив нерв	I hit a nerve
Потерпіть трохи	Wait a little bit
Зараз все пройде (= біль пройде)	It will all pass away (the pain will be over)

Рекомендації лікаря / Doctor's recommendations

Потрібно запломбувати зуб	The tooth needs filling
Цей зуб потрібно видалити	This tooth must be extracted
Потрібно поставити коронку на зуб	You need to put a crown on your tooth
Потрібно зробити знімок	You need to take X-rays
Не їжте і не пийте нічого 2 години.	Don't eat or drink anything for 2 hours
Якщо зуб болітиме дуже сильно, прийміть знеболююче	If you have a bad toothache, take a painkiller
Не їжте багато солодкого	Do not eat too many sugary foods
Їжте побільше фруктів і овочів	Eat a lot of fresh fruits and vegetables
Потрібно чистити зуби 2 рази на день	You should brush your teeth twice a day
Міняйте зубну щітку кожні три місяці	Change your toothbrush every three months
Потрібно регулярно відвідувати стоматолога – кожні 6 місяців.	You should visit the dentist regularly – every 6 months

24. Прочитайте діалоги між стоматологом і пацієнтом. Розіграйте діалоги в парах / *Read the dialogue between the dentist and the patient. Then, in pairs, act out similar dialogues.*

а) – Здрастуйте лікарю!

– Вітаю. Проходьте будь ласка. Сідайте зручно в крісло. Що у вас трапилося?

– Лікарю, у мене болить зуб. Ось тут.

– Зараз подивимося. Відкрийте, будь ласка, рот. Трохи ширше. Так, є невелика дірочка. Потрібно запломбувати.

– Ви запломбуєте сьогодні?

– Сьогодні я покладу ліки і поставлю тимчасову пломбу. А через 3 дні поставлю постійну пломбу.

– Буде боляче?

– Ні, не хвилюйтеся. Я зроблю вам місцеву анестезію. Ви не будете відчувати біль.

– Зараз я зроблю вам укол. Буде трохи боляче, потерпіть трохи. Усе. Анестезія подіє через 5 хвилин.

б) – Зараз я буду свердлити. Ви не відчуваєте біль?

– Ні. Я нічого не відчуваю.

– Прополощіть рот і сплюньте.

– Я поклав ліки і поставив тимчасову пломбу. Будь ласка, не закривайте рот.

Посидьте так 10 хвилин.

в) – Усе. Закрийте рот і порухайте нижньою щелепою. Нічого не заважає?

– Ні. Все в порядку.

– Не їжте і не пийте нічого 2 години. Коли пройде анестезія, зуб може трохи боліти. Якщо буде боліти сильно, прийміть знеболююче.

– Добре. А коли мені приходити наступного разу?

– Я працюю в понеділок на першій зміні, в четвер і п'ятницю – на другій. Коли вам краще – в першу або в другу зміну?

– Запишіть мене на другу зміну.

– Добре. Четвер, на 16.30. Підходить?

– Якщо можна, після п'яти.

– Добре. Давайте на 17.30? Чи зможете?

– Так. Дякуємо.

– Приходьте обов'язково.

Додаток Ж

Ігрові методи навчання

Ділова гра «Медицина. Стоматологія. Культура. Реформи»

У рамках ділової гри відбувається пошук і удосконалювання нових форм інтеграції системи вищої освіти з наукою. Спрямована на розвиток у студентів навичок наукової, дослідницької, комунікативної діяльності. Теоретичні й практичні нароби студентів у процесі підготовки до гри можуть бути представлені як дослідницькі роботи на науково-практичній конференції.

Студенти мають навчитися: висувати гіпотезу, аргументовано її захищати; самостійно працювати з науковою літературою, зокрема використовуючи інформаційні технології, виступати з повідомленнями, доповідями щодо проведених наукових досліджень.

Мета гри: знайомство з сучасними науковими методами, формування умінь моделювати, аналізувати отримані результати, презентувати на публіці власні нароби, логічно й послідовно презентувати матеріал.

Завдання: навчання методології раціонального й ефективного набуття й використання знань; розвиток умінь аналізувати і вести наукову дискусію.

Очікувані результати. Кожному студенту дається можливість набути досвід професійної взаємодії, опанувати прийомами самопізнання й самовдосконалення.

Загальні рекомендації для підготовки:

Перед грою студенти розбиваються на групи, отримують ролі, знайомляться з правилами проведення гри, інструкціями щодо виконання ролей, списком основної і додаткової літератури, законодавчими актами. Кожен гравець має мати бейджик з найменуванням посади.

Гра імітує нараду членів науково-дослідних центрів та науково-дослідницьких лабораторій з питань культури стоматологічної діяльності. На нараді присутні науковці, роботодавці, стоматологи-практики, представники засобів масової інформації.

Кожна група має розпочати свій виступ з визначення конкретної теми доповіді. Основу виступу кожного учасника становили результати міні-досліджень по одній із запропонованих тем. В інструкції, розробленій для кожної групи учасників, представлено основні питання, що підлягають розкриттю в рамках обраної теми.

Групи, що представляють дослідницькі структури мають будувати свої виступи з позиції державних органів. Їх мета – переконати роботодавців та лікарів-практиків в ефективності проведених реформ, наголошувати на позитивній динаміці змін, що відбуваються. При цьому члени дослідницьких структур мають об'єктивно оцінювати власну діяльність і діяльність своїх колег. Тому допускається аргументована критика, у тому числі з боку стоматологів-практиків, роботодавців. Члени дослідницьких структур, відзначаючи проблеми в сучасній стоматології, мають не тільки констатувати факт, але й пропонувати шляхи рішення даних проблем.

Представники засобів масової інформації, громадськості готують виступ про проблеми в стоматологічній сфері, презентують наявний закордонний досвід стоматологічної діяльності, підготовки майбутніх стоматологів.

Для підготовки до ділової гри варто відразу розподілити повноваження і порядок виступу. Перед початком гри викладачу необхідно підготувати проспект для учасників і гостей, запрошених на гру.

Зразковий склад учасників гри:

Ведучий (викладач).

Засоби масової інформації, представники громадськості (7-8 чоловік).

Науково-дослідні центри (7-8 чоловік).

Науково-дослідницькі лабораторії (7-8 чоловік).

Роботодавці (3-4 особи).

Стоматологи-практики (7-8 чоловік).

Експерти (студенти-стоматологи).

Тематика міні-досліджень:

а) реформування професійної підготовки майбутніх стоматологів;

б) перший крок у науку;

в) інформаційні технології в наукових стоматологічних дослідженнях.

.....

Науково-дослідні центри та науково-дослідницькі лабораторії.

а) дослідження - шлях до творчої особистості лікаря-стоматолога;

б) разом до успіху

.....

Сценарій гри.

Ведучий представляє учасників гри, формулює мету і завдання.

Виступ ведучого – 5-7 хв.

Виступ групи керівників науково-дослідних центрів – до 15 хв.

Виступ групи керівників науково-дослідницьких лабораторій – до 15

хв.

Виступ представників засобів масової інформації, громадськості – до 15 хв.

Виступ стоматологів-практиків – до 10 хв.

Підведення підсумків. Рефлексія (кожна група висловлює свою думку).

Критерії оцінки:

20 - 17 балів	5 (відмінно)
16 - 13 балів	4 (добре)
12 - 9 балів	3 (задовільно)

Оцінка експертів:

1. Активність студентів: активна приймали участь не тільки у виступі, але й задавали питання іншим учасникам; виявили середню зацікавленість у виступі; не брали участь у дискусії, не задавали питання іншим учасникам.

2. Аргументованість висловлень і новаторство пропозицій, практична значущість дослідження: виявили високий рівень знання досліджуваної проблеми, використовували статистичні дані, провели власне дослідження....., розробили пропозиції; використовували статистичні дані, сформулювали проблеми; не зовсім чітко відповідали на питання, але з теоретичним матеріалом ознайомлені, розробили власні пропозиції; не провели дослідження, висновки сформульовані тільки на основі теоретичного аналізу, утруднялися у відповідях на питання.

3. Творчий підхід: виявили високий рівень у самовираженні; виявляють зацікавленість у саморозвитку, але їх активність у цьому невисока; активність у творчому саморозвитку не виявляють чи вона невисока.

4. Дотримання регламенту: дотриманий цілком; частково перевищили встановлений час; значно перевищили регламент.

Додаток 3 ТРЕНІНГИ

Тренінг «Взаємодія лікаря і пацієнта»

Мета заходу: підготовка студентів до взаємодії з пацієнтом під час переговорів по телефону, мотивації пацієнтів на лікування та профілактику.

ПРОГРАМА:

- Потреба один в одному у лікаря і хворого.
- Клієнт як джерело фінансового благополуччя.
- Стилі спілкування лікарів з пацієнтами.
- Стереотипна поведінка медперсоналу як негативний фактор розвитку приватної медицини.
- Бар'єри в наданні платної допомоги.
- Пошук свого пацієнта (залучення цільової аудиторії).
- Емоційний інтелект як головна професійна компетенція лікаря.
- Створення правильного психологічного настрою на спілкування з пацієнтами та використання переконання під час проведення консультацій або лікувальних прийомів.
- Активне слухання в роботі з пацієнтами.
- Цілі і вміння спілкування з пацієнтом під час переговорів по телефону;
- Технології спілкування з пацієнтами до і після прийому лікаря;
- Мотивація пацієнтів на лікування та профілактику;
- Особливості сприйняття інформації пацієнтами, що зазнають гострий біль і пацієнтів після закінчення процесу лікування.
- Вироблення навичок проведення консультацій і прийомів у лікаря.
- Управління конфліктами
- Відпрацювання навичок безконфліктної поведінки і конструктивного вирішення конфліктів.
- Пацієнт як помічник у залученні нових клієнтів. Організація «сарафанного радіо».

Тренінг «Дитячий стоматологічний прийом»

Тренінг призначений для майбутніх стоматологів, які розуміють свою справу в медичній сфері, відчують необхідність вдосконалювати свої навички в області побудови взаємин з пацієнтом.

Програма створена для того, щоб кожен учасник по-новому побачив процес консультації пацієнта, отримав алгоритм дій, необхідних для успішного проведення переговорів з пацієнтом, опанував прийоми продажу медичної послуги. Тренінг розкриє поняття:

- алгоритм проведення консультації дитини;
- робота з запереченнями в процесі консультації;
- успішне проведення переговорів по вартості лікування.

Тренінг «Пролонгований контакт з батьками пацієнта»

Теми тренінгу

I. Робота лікаря з батьками

- Специфіка і складність роботи на дитячому прийомі.
- Основні психологічні закони побудови ефективного продажу стоматологічних послуг.
- Техніки встановлення контакту, або що важливо зробити «ще на вході»
- Як розмовляти з пацієнтом і його батьками, щоб викликати у них довіру.
- Як утримати ініціативу в переговорах з пацієнтом.
- Психологія потреб батьків, які приходять на прийом.
- Емоційний стан батька на прийомі, його вплив на процес переговорів.
- Типи питань. Як задавати ефективні питання.
- Типові помилки лікаря при презентації плану лікування.
- Як аргументовано, з урахуванням особливостей пацієнта, розповісти про майбутнє лікування.
- Як продати пацієнтові комплексний план лікування.
- Робота із запереченнями пацієнта (дорого, я подумаю, я не готовий ще та ін.)
- «Далі буде». Створення пролонгованої контакту з пацієнтом.

II. Робота лікаря з дитиною

- Психологічний стан дитини на прийомі. Фактори, що впливають на поведінку дитини в стоматологічному кабінеті.
 - Експрес-діагностика особистості дитини та сімейного стилю спілкування.
 - Джерела страхів, негативний досвід, тактика поведінки лікаря в ситуації страху перед лікуванням.
 - Якщо лікування не виходить: рекомендації лікаря і батьків.
- Форми роботи:
- інтенсивне навчання, засноване на практичному відпрацюванні навичок;
 - рольові та ситуативні ігри;
 - групові та індивідуальні вправи;
 - теоретичні та методичні матеріали.

Додаток I

Дискусійний клуб «Оратор»

Вправа-розминка «Побажання на сьогодні». Почнемо нашу роботу з висловлювання один одному побажання на сьогоднішній день. Воно має бути коротким, бажано в одне слово. Ви кидаєте м'яч тому, кому адресуєте побажання і водночас говорите його. Той, кому кинули м'яч, в свою чергу кидає його наступному, висловлюючи йому побажання на сьогоднішній день. Будемо уважно слідкувати за тим, щоб м'яч побував у всіх, і постараємося нікого не пропустити.

Вправа “Усмішка”. Слід домогтися того, щоб на вашому обличчі завжди була тепла доброзичлива усмішка. Якщо її немає, то виробляйте готовність до неї. Внутрішня усмішка характеризує доброзичливу особистість.

Вправа “Мир тобі”. Перша внутрішня фраза (установка) при зустрічі з будь-якою людиною повинна бути: “Мир тобі!” Виходячи вранці з дому, не забувайте, що ці слова мають бути зверненням до неба, пташок, дерев.

Вправа “Оцінка себе”. Частіше слід бути оцінюваним, ніж оцінюючим. Не бути байдужим до того, чи затишно оточуючим поруч із вами. Майте цю думку “при собі”.

Вправа “Приємна розмова”. Якщо навіть запитання було неприємне, все одно зробіть розмову приємною. Має рацію співрозмовник чи ні, зробіть так, щоб йому з вами було приємно вести розмову. Підвищуйте себе в своїх думках і в очах співрозмовника.

Вправа “Комплімент і подяка”. Використайте будь-яку можливість, аби сказати людині приємність. Все, що вам у людині сподобалося, викажіть очима, усмішкою, словами. Наприклад: “Ви прекрасно виглядаєте!” “Щиро дякую, це просто похвально!” Головне, щоб це було сказано від душі.

Вправа “Громовиця відміняється”. Вчіться стримувати свої негативні емоції. Не сваріться. Від цього всім погано. Будьте терплячими.

Вправа “Мудрець”. Навчайтесь мудрості, спогляданню життя та вмінню програвати. Ваш програш — новий досвід і можливість одержати урок. Навчіться знайти в собі мужність запитати подумки: “Як би до цього поставився мудрець?” У вчинках має переважати розважливність.

Вправа «Побудова кола». Спрямована на розвиток навичок координації спільних дій та спостереження за стилями поведінки членів групи. Учасники закривають очі та починають хаотично переміщуватись по приміщенню. За умовним сигналом всі зупиняються в тих положеннях, в яких їх застав сигнал. Потім намагаються стати в коло не відкриваючи очей і не розмовляючи. Можна тільки торкатися один одного руками. Коли всі зупиняються, ведучий подає наступний сигнал, по якому учасники відкривають очі. Як правило, побудувати рівне коло не вдається. Вправа спрямована на розвиток навичок координації спільних дій, згуртування групи, розвиток навичок невербального спілкування та саморегуляції.

Вправа «Передача предмета по колу». Спрямована на налагодження групової взаємодії, розвиток уяви. Хід роботи: всі сідають у коло. Один з учасників починає дію з уявним предметом так, щоб її можна було продовжити. Сусід повторює дію та продовжує її. Таким чином, предмет обходить коло і повертається до першого гравця. Він називає предмет, який передавав, і кожен з учасників називає що передавав саме він. Після обговорення вправа повторюється ще раз. В груповій взаємодії вдосконалюються навички координації та взаємодії на психомоторному рівні, розвивається уява та емпатія. Чи правильно ви зрозуміли який предмет передавався, і якщо ні, то чому? Як краще зрозуміти без слів? Чому ідеальне коло не вийшло одразу? Треба дати зрозуміти учасникам, що у цій вправі важлива загальна згуртованість їх дій.

Вправа «Прорвися у коло». Спрямована на стимулювання групової згуртованості, зниження рівня емоційної напруги. Члени групи беруться за руки та створюють коло. Попередньо ведучий, по результатах проведеного заняття, визначає для себе хто з членів групи є найменш включеним у колектив і пропонує йому першим прорватися у коло. Те ж саме повинен зробити кожен з учасників. Найменш включені в колектив члени долають психологічний бар'єр і включаються у групу.

Вправа «Острів». Спрямована на розвиток навичок взаємодопомоги і відповідальності за членів групи. На підлозі з газет викладається невеликий «острів». Ведучий об'являє, що група, яка потрапила на цей «острів», повинна дочекатися рятувальників. Всі учасники стають на «острів», рухаються по ньому. Починається «приплив» (ведучий забирає частину газет), острів зменшується, люди вже не можуть рухатися, а тільки стоять на «острові». Ведучий зменшує «острів» на скільки це можливо. Потім прибувають рятувальники і переправляють тих, хто залишився у «живих», і тих хто «потонув» на материк – саджають на стільці.

Питання для обговорення:

Чого вам хотілося більше, самим утриматися на «острові» чи утриматися разом? Правильно і те і інше. В першому випадку працює інстинкт самозбереження, закладений в нас природою. Але в деяких ситуаціях людина не може вижити одна, навіть серед людей. Тому потрібно частіше піклуватися не тільки про себе, а і про тих, хто знаходиться поряд.

Тренінг «Тайм менеджмент»

«Якщо хочеш зрозуміти, що таке рік життя, постав питання студенту, який завалив іспит.

Якщо хочеш зрозуміти, що таке місяць життя, запитай у матері, яка народила недоношену дитину і очікує, коли її витягнуть з інкубаційної камери.

Якщо хочеш зрозуміти, що таке тиждень - запитай людину, яка працює на конвеєрі або в шахті, щоб прогодувати свою сім'ю.

Якщо хочеш зрозуміти, що таке день – запитай закоханих, які чекають на зустріч.

Якщо хочеш зрозуміти, що таке година – запитай у людини, яка страждає на клаустрофобію, яка застрягла в ліфті.

Секунда – подивися на вираз обличчя того, хто в мить уникнув смерті, або у спортсмена, який щойно виграв на Олімпійських іграх срібну медаль замість золотої, заради якої тренувався все життя».

Марк Леві

*Хто бажає – шукає способи.
Хто не бажає – причини.
Народна мудрість.*

Технологія SMART постановки цілей: презентується список можливих цілей з передбачуваним результатом; кожна з цілей обґрунтовується; оцінюємо можливість досягнення мети; для кожної з цілей обирається по 3-5 критерії виміру і контролю досягнення; для обраних цілей вказуються точні терміни їх досягнення.

SMART (SMART) – принцип, на відповідність якому корисно перевіряти поставлені цілі.

Згідно цього принципу, мета має бути:

- Specific – конкретно. Конкретна означає, що результатом формулювання мети є відповідь на питання: «Що зробити?». Варіанти: Чого домогтися? Де? Коли? З ким? В якому обсязі? та ін. У процесі постановки мети не має бути слів, що не несуть смислового навантаження (оптимальний, гідний та ін.), ніяких розпливчастих і двозначних формулювань.

- Measurable – вимірною. Як ти дізнаєшся, що вже досяг своєї мети? І в якій мірі ти її досяг? Якщо мова йде про кількісну вимірність, потрібно оперувати цифрами, якщо про якісну – до формулювання мети слід додати завдання. Якщо немає метрик, не завжди можна оцінити результати виконаної роботи.

- Achievable – досяжною. Наприклад, мета «стати професіоналом в хірургії за 3 місяці» є недосяжною. У цьому пункті важливо тверезо врахувати професійні та особисті якості, при цьому можна собі ставити досить високу «планку» і орієнтуватися на напружений ритм роботи.

- Result-oriented – орієнтованою на Результат, а не на процес.

- Time-limited – обмеженою за часом. Під час постановки мети важливо визначити кінцевий термін, а також врахувати, що формулювання на кшталт «виконати протягом 30 днів» орієнтує швидше на процес, ніж на

результат. А мета «до 17 березня обдзвонити і проінформувати 100 клієнтів з бази даних, народити двох дітей до 30 років» – дає розумне обмеження за часом. Важливо вказати крайній термін її виконання (dead-line). Навіть якщо мета масштабна і важко вказати дату, то, в будь-якому випадку, вона повинна співвідноситися з певним терміном.

Трактування і варіації принципу SMART

Принцип SMART не є догматичним. У різних джерелах зустрічаються різні розшифровки п'яти пунктів цього принципу. Наприклад:

- S – specific (конкретний), significant (значний), stretching (гнучкий)
- M – measurable (вимірний), motivational (мотивуючий або стимулюючий), manageable (здійснений)
- A – attainable, achievable (досяжний), acceptable (бажаний), ambitious (амбітний), action-oriented (орієнтований на дію), agreed upon (узгоджений з цілями більш високого рівня)
- R – realistic (реалістичний), relevant (значимий), reasonable (доцільний, що виходить із здорового глузду), rewarding (рентабельний), result-oriented (орієнтований на результат)
- T – timely (своєчасний), time-bound (обмежений часовими рамками), tangible (речовинний, відчутний)

Проза життя: вчора – рано, завтра – пізно, сьогодні – немає коли.



Мої цілі на місяць _____

МОЇ РЕСУРСИ

Події	Ваші якості, можливості, здібності
1. Ваші перемоги, тріумфи, найкращі досягнення	
1.	
2.	
3.	
2. Ваші невдачі, прорахунки...	
1.	
2.	
3.	

ПЕРЕЛІК ЯКОСТЕЙ

Акуратність, безпечність, вдумливість, запальність, сприйнятливність, гордість, грубість, життєрадісність, турботливість, заздрісність, сором'язливість, злопам'ятність, щирість, вишуканість, примхливість, легковірність, повільність, мрійливість, недовірливість, мстивість, наполегливість, ніжність, невимушеність, нервозність, нерішучість, нестриманість, чарівність, образливість, обережність, чуйність, педантичність, рухливість, підозрілість, принциповість, поетичність, презирливість, привітність, розв'язність, розсудливість, рішучість, самовідданість, стриманість, милосердя, сором'язливість, терплячість, боягузтво, завзятість, поступливість, холодність, ентузіазм, здатність до навчання; впевненість, самостійність, цілеспрямованість, спрямованість на

результат, самовідданість, самоконтроль, допитливість, відчуття ритму, професіоналізм, справедливість, прагнення до самовдосконалення, поступливість, сміливість, цілеспрямованість, терпіння, обережність.

*Час – це такий механізм,
який не дає всім подіям відбуватися одночасно.
Втім, останнім часом цей механізм,
здається, зламався ...
Невідомий.*

Час	Дії	Тривалість

Витративши мінімум «початкових вкладень часу», налагодьте грамотний відпочинок протягом робочого дня і в неробочий час.

Короткі рекомендації:

- зробіть відпочинок протягом дня ритмічним;
- забезпечуйте максимальне переключення;
- збільшіть ефективність сну;
- застосовуйте «мікросон» протягом робочого дня;
- переживайте момент, перебуваючи в «тут і зараз».

Швидкому переключенню уваги навчають спортивні ігри з м'ячем (теніс, волейбол, баскетбол). Крім цього, рекомендуємо таку вправу. Її бажано проводити вдома. Займіться арифметичними підрахунками. Потім, приблизно через 3-4 хв., відразу ж почніть читати складний газетний текст і читайте його протягом 5-7 хв. Зупиніться і подивіться, скільки помилок ви зробили під час арифметичних підрахунків, а також спробуйте якомога повніше відтворити прочитаний текст.

Вправа «Муха на носу»

Невелика розминка, знімає напругу з лицьової мускулатури учасників.

Сядьте зручно, руки вільно покладіть на коліна, голова і плечі опущені, очі закриті. Подумки уявіть, що на ваше обличчя намагається сісти муха. Вона сідає то на ніс, то на рот, то на лоб, то на очі. Ваше завдання: не відкриваючи очей, зігнати настирливу комаху.

Вправа «Лимон»

Ефект від неї досягається через управління станом м'язового напруження і розслаблення.

Сядьте зручно, руки вільно покладіть на коліна (долонями вгору), плечі і голова опущені, очі закриті. Подумки уявіть собі, що у вас в правій руці лежить лимон, починайте повільно стискати його до тих пір, поки не відчуєте, що «вичавили» весь сік. Розслабтеся, запам'ятайте свої відчуття.

Тепер уявіть собі, що лимон знаходиться в лівій руці. Повторіть вправу. Знову розслабтеся і запам'ятайте свої відчуття. Потім виконайте вправу одночасно двома руками. Розслабтеся. Насолоджуйтеся станом спокою.

Вправа «Ртуть у пальці»

Розминка спрямована на активізацію та концентрацію уваги учасників. Розминка заснована на вправі, докладно описаній К. Станіславським.

Зараз ми проведемо з вами розминку. Пофантазуйте. Уявіть, що у вас на вказівному пальці правої руки кулька уявної ртуті. Подумки перекотіть її не поспішаючи, по суглобах пальця через долоню, до згину кисті, потім далі, до ліктьового згину і в плече. Плавно підніміть руку ... подумки перелійте ртуть в зворотному напрямку, обережно опускаючи і випрямляючи руку, але так, щоб ртуть не «вилилася» ... покатайте ртуть по тілу ... поверніть ртуть в руку .. на останньому розгинанні пальця «вилійте» ртуть на підлогу.

Метод Б. Франкліна

Бенджамін Франклін (англ. Benjamin Franklin; 1706-1790) – вчений, журналіст, видавець, дипломат. Один з лідерів війни за незалежність США. Перший американець, який став іноземним членом Російської академії наук. Бенджамін Франклін – єдиний з батьків-засновників, скріпив своїм підписом всі три найважливіших історичних документа, що лежать в основі освіти Сполучених Штатів Америки як незалежної держави: Декларацію незалежності США, Конституцію США і Версальський мирний договір 1783 року (Другий Паризький мирний договір), який формально завершив війну за незалежність тринадцяти британських колоній в Північній Америці від Великобританії. Портрет Бенджаміна Франкліна знаходиться на сто доларовій купюрі федеральної резервної системи США з 1928 року.



План на день

Короткостроковий план

Довгостроковий (на роки) план

Генеральний план досягнення мети

Глобальна мета (гідна мета творчої людини)

Головні життєві цінності (чого людина бажає від життя) ІДЕАЛИ!

Час	Жорсткі завдання	Гнучкі завдання
8.00		
9.00		
10.00		
11.00		
12.00		
13.00		
14.00		
15.00		
16.00		
17.00		
18.00		
19.00		
20.00		

ПРИКЛАД

Час	Жорсткі завдання	Гнучкі завдання
8.00		
9.00	Нарада	Нагадати Іванову про №1
10.00		Підготувати презентацію
11.00		Зібрати дані для звіту
12.00		Пообідати
13.00		Зібрати інформацію про постачальників
14.00	Презентація	
15.00		

16.00		
17.00		
18.00		
19.00		

Як правило, кількість того, що ви тримаєте в голові, обернено пропорційно кількості зробленого

РЕЗУЛЬТАТИВНО-ОРІЄНТОВНИЙ СПИСОК ЗАВДАНЬ

Звичайно	Ефективніше
Зателефонувати Петрову	Дождати Петрова до замовлення
Переговорити з Сидоровим	Добути у Сидорова інформацію
Провести нараду	Дати поштовх проекту
Заглянути до дизайнерів	Подивитися на якій стадії розробка макету
Зателефонувати постачальникам	

Короткі рекомендації з планування робочого дня

- Виділяйте 10 хвилин ввечері або вранці на створення повної оглядової картини завдань на день.
- При плануванні в щоденнику використовуйте різні кольори, закладки, стікери.
- Заведіть «стратегічну картонку» – закладку з ключовими довгостроковими цілями.
- У плані дня розділяйте «жорсткі», «гнучкі» завдання.
- Робіть список «гнучких» завдань результативно-орієнтованим.
- Виділяйте 2-3 пріоритетні завдання в списку й починайте роботу з них.
- При плануванні «жорстких» зустрічей закладайте резерви.
- Узгоджуйте з вашими партнерами норми пунктуальності.
- Запасайтесь надлишковою інформацією, оскільки все піде не за планом.

Вікно Ейзенхауера

ВИБІР ПРІОРИТЕТІВ

ВАЖЛИВО

НЕ ВАЖЛИВО

РОБИ

ДЕЛЕГУЙ

ТЕРМІНОВО

ПЛАНУЙ

ВИКИНЬ

НЕ ТЕРМІНОВО



Ейзенхауер (Eisenhower) Дуайт Девід (14 жовтня 1890, Денісон, штат Техас 25 березня 1969 р. Вашингтон, округ Колумбія), американський воєначальник, генерал армії, 34-й президент Сполучених Штатів Америки (1953-61).

Постійне, непродуктивне роздумування над справами, які слід було б зробити - це самий ненажерливий поглинач часу і сил.
Керрі

СПИСОК НАЙПОПУЛЯРНІШИХ ПОГЛИНАЧІВ ЧАСУ

1. Особиста неорганізованість.
2. Відсутність цілей і планів.
3. Відволікання на дзвінки і перегляд електронної пошти.
4. Відкладання на потім.
5. Улюблені та приємні справи.
6. Не прохані відвідувачі.
7. Наради.
8. Пробки.
9. Телефонні дзвінки.
10. Розмови ні про що.
11. Телевізор.
12. Комп'ютерні ігри.
13. Соціальні мережі.
14. Виконання чужих службових і домашніх обов'язків.

Завершіть речення:

1. Під час проведення занять.....
2. Мені сподобалося, що
3. Щодо.....
4. Невдалим виявилось
5. Якщо б
6. Я відчував
7. Бачити з боку
8. Мій образ
9. Головне в тому, що
10. Я та група
11. А ще

Мої висновки після виконання вправ

Додаток К

Тактики мовленнєвої взаємодії

Тактика «Перевтілення». Якщо стратегічна мета – отримання максимуму інформації, то адресант (А1) може штучно створити розрив у знаннях, перевтілюючись у «дилетанта», «незнайку», «провінціала». Така поведінка допомагає більше слухати, аніж говорити у бесіді.

Тактика «Перенесення» (термін Ван Дейка). Якщо мовленнєвий хід А1 містить негативну інформацію про адресата (А2), яку він має підтвердити або спростувати, адресант може послатися на джерело негативної інформації про А2, що дозволяє йому перенести відповідальність за інформацію, що загрожує А2 й зберегти позитивну самопрезентацію в його очах: «Кажуть, що...».

Тактика «Узагальнення» використовується для того, щоб показати, що наведена інформація є типовою. Мовленнєві формули цього ходу: «І так завжди», «З цим можна зіткнутися щодня», «Це повторюється безкінечно» тощо. Варто уникати таких суджень, адже вони вказують, що всі поряд із вами – типові люди, однак кожному приємно вважати, що він унікальний.

Тактика «Наведення прикладу» свідчить, що загальна думка ґрунтується на конкретних фактах (досвіді). Типові вирази: «Ось приклад», «Наприклад, минулого тижня...», «Візьміть наших студентів...Вони...». Цей хід добре «працює», коли треба пояснити те або інше поняття, наприклад «флеш-моб».

Тактика «Несподіванка» – використання в мовленні несподіваної або невідомої А2 інформації. Цей прийом працює для привертання уваги студентів (незвичний факт, історія, цікава цитата), розрядження академічної атмосфери заняття.

Тактика «Провокація» – на короткий час викликається реакція незгоди А2 з інформацією, яка викладається А1, щоб використати цей час для підготовки А2 до конструктивних висновків, для уточнення та більш чіткого визначення власної позиції А1. Ця тактика спонукає до активного включення студента у розмову.

Тактика «Внесення елемента неформальності» складається з того, що А1 розповідає А2 про власні помилки, хибні кроки, упередження та їхні наслідки з тим, щоб показати, яким чином вдалось уникнути однобокого підходу до певної проблеми й знайти її нове рішення. Це дозволяє подолати стриманість, упередженість А2 й змінити його думку на користь А1. Стати ближче у розмові викладачу може допомогти спогад про власні екзамени, підготовку до семінарів тощо.

Тактика «Пряме включення» – дозволяє відмовитися від розтягнутого вступу, особливо, якщо партнери знайомі з предметом обговорення й мають спільну пресупозицію. Це підвищує інформативність мовлення, дозволяє зекономити час для обговорення проблеми.

Тактика «Так-так-так» – партнеру задаються 3-4 питання, на які він зобов'язаний відповісти «так». Тоді, ймовірно, і на основне питання А2 також відповідь позитивно. Цю тактику винайшов давньогрецький філософ Сократ для переконання співрозмовників.

Тактика «Чорний опонент» – партнеру задають декілька питань з таким розрахунком, щоб не на одне з них він не зміг відповісти. Тоді А1 негайно продукує мовленнєву формулу «Ось, бачите, питання не підготовлене». Такий

підхід можна використовувати у виняткових випадках, вона має високу результативність, але викликає негативні емоції адресата. У конфліктних ситуаціях, із метою доведення власної позиції такий підхід працює безвідмовно.

Тактика «Підмазування аргументу» – слабкий доказ, котрий може бути легко опротестований, супроводжується компліментом А2. Наприклад: «Ви, як людина розумна, не станете заперечувати...»; «Всім добре відомі ваша чесність і принциповість, тому ви...»; «Людина недостатньо освічена, не зрозуміє, не оцінить наведений аргумент, але ви...». Ми натякаємо, що до нього особисто ставляться з повагою, цінують його розум та визнають його чесноти. Такі методи використовуються для безконфліктного виходу із комунікативної проблеми, ситуації між викладачем і студентом. Компліменти у спілкуванні – це безкоштовний інструмент впливу на інших, спосіб підняти їм і собі настрій, вмінню робити компліменти автор присвятив окремий майстер-клас.

Тактика «Доказ від протилежного» – А1 спочатку не заперечує аргументи А2, коли той виявляє незгоду, навіть з деякими погоджується. Поступово наводяться інші аргументи, які посилюють позицію А1.

Тактика «За себе» – часто викладач говорить не дуже старанному студенту: «Ти завжди спізнюєшся/не виконуєш/не розумієш...» тощо. Слова «Постійно, завжди, (рос. *вечно*) «програмують» А2 на виконання цих дій у майбутньому. Слід говорити не «за іншого («ти»), а за «себе» («я») й повідомляти А2 про свої почуття, переживання з приводу вчинка А2 «Коли ти приходиш пізно, я хвилююсь», «Мені шкода, що ти спізнюєшся». Ця тактика прийшла до нас із західних теорій спілкування і здобула англійську назву «*I-message*», тобто «я-меседж», кажіть про себе, але впливайте на інших.

Тактика «Маскування» (*cover identity*) – А1 приховує свою проблематичну ідентифікацію (асиметрію знань, досвіду тощо з А2), коли є загроза його позитивній самопрезентації.

Тактика «Обачливість» (*discreet talk*) – А1 має експертні знання, але з метою уникнення неприємних новин для А2 вдається до неповного опису стану речей, застосування евфемізмів. Часткове формулювання пом'якшує ефект від екстремального формулювання.

Тактика «Свої – чужі» – маніпулює соціальним самопочуттям людини. Поділ на «своїх» і «чужих», бажання бути як усі, усвідомлення свого місця в мовному колективі – все це визначає поведінку мовців. Вживаючи «ми» замість «я», А1 автоматично об'єднує свою позицію з позицією А2: «Ми всі любимо подорожувати/подарунки/смачне». Незважаючи на маніпулятивний аспекти, тактика спрямована на зближення співрозмовників.

Література:

1. Паращук В.Ю. Комунікативний паспорт *homo loquens* // Наукові записки. – Вип. 59. – Серія : Філ. науки (мовознавство). – Кіровоград РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2005. – С. 135-145.
2. Паращук В.Ю. Вербальний контакт: механізми взаємодії мовців// Наукові записки. – Вип. 53. – Серія : Філ. науки (мовознавство). – Кіровоград РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2004. – С. 117-129.
3. Бацевич Ф.С. Основи комунікативної лінгвістики. - Київ: Вид. центр “Академія”, 2004. - С. 126-134.

Додаток Л

Тренінг «Я – стоматолог-дослідник»

Девіз тренінгу: «Скажи мені – і я забуду, покажи мені – і, може бути, я запам'ятаю, дай мені це зробити – і тоді я осягну» (Конфуцій). Кількість учасників не має перевищувати 14-16 осіб.

Мета: формування сприятливого психологічного клімату студентського колективу, уміння працювати в команді.

Матеріали: бейджи з іменами учасників, м'ячик, папір, ручки, інструментальна музика.

План тренінгу:

1. Вітання. Постановка проблеми.
2. Розминка.
3. Вправа «Ім'я – якість».
4. Відкрита рамка (збір очікувань). Спільне зі студентами розкриття понять «дослідницька діяльність в стоматологічній сфері», «дослідницька культура лікаря-стоматолога».
5. Мозковий штурм з розвитку творчих здібностей, комунікативних умінь.
6. Ділова гра «Просторовий континуум» на тему: «Переваги студентів-стоматологів, у яких сформована дослідницька культура».
7. Зворотний зв'язок після ділової гри, тобто обговорення результатів після «прожитого», їхніх думок, висновків, відкриттів.
8. Самооцінювання за обраними критеріями і визначення рівня домагань кожного учасника.
9. Вправа «Комплімент».
10. Завершення заняття, прощання.

ХІД ЗАНЯТТЯ

Ведучий. *Для початку ми з вами познайомимося. Зробимо це незвичайно, щоб наша робота була не тільки корисна, але й цікава. Знайомитися можна по-різному. Можна представитися й обмінятися формальними фразами, як це часто буває. А можна за короткий час довідатися про зовсім незнайому (або мало знайому) людину. Під час такого спілкування можна довідатися багато нового про себе.*

Учасникам пропонується по колу назвати своє ім'я і 1-3 властивих йому позитивних якостей на ту ж букву, що й ім'я.

Ведучий. *Говорять, що сьогоднішня дослідника відрізняє від всіх інших людей особливого роду голод – до пошуку, парадоксів і рішень! Дуже важливо, щоб зі стін медичного навчального закладу вийшла особистість з розвинутими інтелектуальними, дослідницькими якостями, культурою взаємодії. Виникає питання: «Для чого студенту формувати дослідницьку культуру?»*

Учасникам пропонується взяти участь у мозковому штурмі; розкрити сутність поняття «науково-дослідна діяльність», «дослідницька культура стоматолога».

Учасники (за допомогою викладача) резюмують свої висловлення й позиції однокурсників щодо обговорюваних питань.

Ділова гра «Просторовий континуум».

Суть ділової гри: двом групам опонентів запропонована тема: “Переваги студентів-стоматологів, у яких сформована або несформована дослідницька культура”. Думки двох груп мають бути полярними. Опоненти намагаються бути найбільш переконливі у своїх доводах.

Студенти доходять висновку, що сформована дослідницька культура дозволяє зробити наявні знання прикладними, а саме: не просто знати, а знаючи, вміти. Обговорення приказки: «Якщо ти розумний, чому ти бідний». Студенти доходять висновку, що успішною є не та людина, яка багато знає, а та, яка вміє застосовувати свої знання для досягнення поставлених цілей.

Після проведення тренінгу учасники виконують вправу “Комплімент” у будь-якій модифікації. Наприклад, той, хто захоче почати, кине м’яч обраному ним учаснику і скаже людині про його сильні сторони. Той, кому призначений м’яч, кине його далі.

Рефлексія.

Гра-тренінг «Види усного спілкування»

Мета: шляхом моделювання ситуацій професійного спілкування в таких площинах «стоматолог – відвідувач стоматології», «стоматолог – медичний представник», «стоматолог – лікар», «стоматолог – керівник» сформувані в студентів готовність до професійної взаємодії.

Підготовчий етап: студенти самостійно опрацьовують матеріал з етики взаємодії стоматолога. Це допоможе уникнути фактичних помилок і порушення правил професійної етики під час складання діалогів.

Основний етап: складання діалогів за визначеними професійними ситуаціями; відтворення діалогів перед аудиторією.

Підсумковий етап: колективний аналіз виконаного завдання.

Мета: відпрацювання навичок усного професійного спілкування.

Стимул: виробляю навички усного професійного спілкування – спілкуюся у відповідних професійних ситуаціях правильно – формую високий рівень готовності до професійної взаємодії.

Гра «Острів скарбів»

Спрямована на формування здатності до безконфліктної комунікації.

1. Учасники розбиваються на пари і сідають спина до спini. Вони домовляються, хто з них буде партнером А, а хто – партнером Б. У кожного має бути приготований аркуш паперу й олівець.

2. Партнер А починає робити малюнок острова скарбів: загальний контур, особливо важливі пункти і місце, де захований скарб. У той час як А малює, він розповідає партнеру Б, що той має намалювати на своєму аркуші, щоб отримати якомога точнішу копію карти острова. А і Б можуть розмовляти, але не повинні обертатися і дивитися на план, який малює партнер. На це відводиться 10 хв.

3. Після цього партнери порівнюють свої плани і обговорюють такі питання: наскільки план Б вийшов схожим на план А?; наскільки партнер А звертав увагу на труднощі, які могли виникнути у його партнера?; партнер А більше концентрувався на малюванні свого плану або на своєму партнері?; якою була робоча атмосфера між партнерами?; чи насолоджувалися обидва виконанням

цього завдання?; чи відчували будь-які незручності і напругу?; що б кожен зробив по-іншому наступного разу?

4. Нарешті групи збираються разом. Пари показують свої плани, і група робить висновки.

Гра-тренінг «Імплантація зубів: користь чи шкода для організму».

Мета: на підставі колективного обговорення, під час якого виявляються різні позиції, висловити різні погляди на питання щодо позитивних та негативних сторін імплантування.

Підготовчий етап передбачає виконання таких завдань:

- сформулювати тему дискусії;
- визначити основні питання, які обговорюватимуться;
- підготувати основну літературу з проблеми, яка виноситься на дискусію;
- визначити місце та час проведення дискусії.

Основний етап: власне обговорення визначених питань з дотриманням основних правил ведення дискусії.

Основні правила ведення дискусії:

1. Відверто висловлювати думки.
2. Поважати погляди всіх членів дискусії.
3. Слухати інших, не перебиваючи.
4. Не говорити занадто довго і занадто часто.
5. Одночасно може говорити лише одна особа.
6. Дотримуватися позитивних ідей та відносин.
7. Не критикувати себе та інших.
8. Незгоди й конфлікти щодо обговорюваних ідей не мають бути спрямовані на конкретну особу.

Підсумковий етап: формулювання висновків, рефлексія.

Гра «Корабельна аварія»

Мета: виявлення конфліктних зон у групі; розвиток навичок прийняття спільних рішень членами групи в екстремальних ситуаціях.

Коментар

Уявіть собі, що ви всією групою вирушили в круїз по Середземному морю. Але ваш пасажирський лайнер зазнав аварії. У будь-який момент пароплав може затонути. Ви спускаєтеся в шлюпку (на пліт), і у Вас є можливість захопити із собою необхідні предмети.

Обрати предмети необхідно у порядку зниження значущості.

З них можна взяти тільки 11 найнеобхідніших.

Кожен повинен запропонувати тільки двох учасників, кого він вважає треба врятувати обов'язково. Аргументація вибору обов'язкова. Група має прийняти рішення про завантаження на рятувальний пліт пасажирів у порядку необхідності їх урятувати (черговості). При цьому треба визначити 1-2-3 або більше осіб, хто залишиться поза плотом (число вказує викладач).

Перелік предметів:

1. Секстант.
2. Бінокль.

3. Поліетиленова плівка – 4 м².
4. Сірники (1 коробка).
5. Барометр.
6. Канат (10 м).
7. Дзеркало (10х10 см).
8. Сокира.
9. Ласти.
10. Рушниця і 5 патронів.
11. Ракетниця з трьома ракетами.
12. Запальничка.
13. Ящик шоколаду.
14. Ящик галетного печива.
15. Спирт – 2-літрова пляшка.
16. П'ять 2-літрових пляшок (пластикових) з водою.
17. Лом.
18. П'ять банок м'ясних консервів.
19. Риболовецька сітка.
20. Вудка.
21. Пліт на 10 (5) людей (визначає викладач) – 2–5 осіб мають залишитися за бортом.
22. Вино – 5 пляшок скляних по 0,5 літра.
23. Порожня каністра на 10 л.
24. Пластмасовий посуд (10 великих тарілок).
25. Радіоприймач на батарейках.
26. Чоботи (по числу учасників).
27. Ковдра.
28. Ніж.
29. Письмове приладдя (зошит, ручка).

Гра «Галактіони»

Мета: розвиток соціальної перцепції, емпатії, толерантності; профілактика внутрішньогрупових конфліктів.

Обладнання та матеріали: ватман А 1 (2 аркуші); білий папір А 4 (20 аркушів), олівці кольорові (пачка), ножиці (4–5 шт.), скоч, клей ПВА, лінійки (4 шт.), прості олівці (2 шт.)

Учасники поділяються на дві рівні за чисельністю команди не менше п'яти – семи осіб у кожній і групу спостерігачів (3–4 людини). Бажано, щоб склад робочих груп був гетерогенний (насамперед, різностатевий).

Учасникам повідомляється, що на планеті Земля 3567 рік. До цього періоду величезна кількість землян освоюють різні планети і галактики. Тисячу років тому сталося це грандіозне переселення, врятувавши Землю від перенаселення.

Жителі різних галактик мають свою культуру, свої традиції і звичаї. Вони можуть бути досить дивними і своєрідними, але жителі їх дотримуються і шанують. Функція землян полягає в тому, щоб надавати допомогу жителям різних планет. Земляни – технократи і вміють робити практично все.

Одного разу земляни отримали сигнал «SOS» із сусідньої галактики з планети «Геля», яка має вигляд двох півкуль розділених прірвою. Галаксії займають лише одну половину планети. Технічно вони не розвинуті і просять землян побудувати їм міст з лівого боку планети на праву.

Земляни спорядили екіпаж, який вже в дорозі до планети «Геля».

Команди розташовуються в різних аудиторіях. З ними спостерігачі. Кожна команда отримує свої спеціальні інструкції.

Інструкція для екіпажу землян

Ваше надзавдання побудувати міст. Час на будівництво – 20 хвилин з моменту встановлення контакту і початку будівництва. Не виконавши завдання в строк, астронавти вже ніколи не зможуть повернутися на Землю. Такі закони на Землі.

Поки земляни в польоті (10 хвилин) вони повинні продумати конструкцію паперового моста. Міст розміром в 40 см має бути перекинутий і закріплений між двома столами. Він повинен бути надійним і витримувати невелику книгу. Він повинен бути естетичний: мати перила або колони, або інші прикраси з паперу. На ньому мають бути виконані олівцями візерунки. У процесі польоту астронавти повинні продумати конструкцію і технологію будівництва моста, але в жодному разі вони не повинні заздалегідь робити жодних заготовок. Земляни можуть самі побудувати міст. Але друге завдання – навчити галаксіонів самостійно будувати міст, щоб наступного разу землянам не доводилося виконувати такий складний, дорогий і небезпечний політ. Для того, щоб вирішити ці два завдання, вони повинні насамперед встановити контакт із жителями Гелі.

Всі користуються російською мовою. Але астронавти повинні знати, що їх можуть чекати різні сюрпризи при зустрічі, пов'язані із звичаями, традиціями, звичками і особливостями способу життя галаксіонів. Тому вони повинні бути гранично уважними.

Обов'язковою умовою будівництва моста є те, що всі галаксії повинні бути задіяні в процесі будівництва мосту і працювати з інструментами (олівцями, лінійками, ножицями та іншими матеріалами).

Після приземлення земляни відправляють на розвідку 2–4 чоловік (залежно від розміру групи), які повинні встановити перший контакт, довідатися про звичаї галаксіонів і обговорити план будівництва мосту. Чим більше інформації від галаксіонів вони дізнаються, тим краще. На перше знайомство астронавтам відводиться 5 хвилин. Після чого вони повертаються на космічний корабель, розповідають все, що дізналися і зрозуміли своїм колегам. Через 3 хвилини вони вже всім складом приходять до галаксіонів, роблять спробу познайомитися (тобто встановити контакт) і спільно з галаксіонами приступити до будівництва моста.

Інструкція жителям Гелі

Галаксії народ добрий, вихований, доброзичливий. Вони стовідсоткові гуманітарії. На планеті Геля росте величезна кількість квітів і більше нічого. Там тепло, і клімат, як на кращих курортах світу. У них завжди літо. Галаксії – вегетаріанці. Вони їдять тільки квіти, п'ють нектар і всякі напої з квітів. Вони одягаються у квіти і сплять на клумбах у квітах під відкритим небом. Книжки вони пишуть пальчиком на великих вічнозелених лопухах, які ніколи не псуються. Ці зелені книжки всюди. Основний рід їхніх занять – вирощування квітів. Вони

поняття не мають, що таке олівець, ручка, ножиці, скоч, лінійка і не знають, як ними користуватися (за тисячу років розучилися). Хоча вони кмітливі, здатні навчатися, працелюбні і дуже слухняні. Галактіони впевнені, що прийдуть земляни і побудують їм міст. Вони дуже чекають землян.

При спілкуванні, перед тим як заговорити, вони обов'язково повинні доторкнутися до плеча співрозмовника. В іншому випадку, співрозмовник не стане розмовляти. Співрозмовник також повинен доторкнутися до плеча комунікатора, перед тим як заговорити. Чоловік може вступати в контакт з незнайомими тільки тоді, коли його представили дві дівчини. Кожна з них торкається чужоземця, називаючи своє ім'я, а потім торкається плеча чоловіка – галактіона і називає його ім'я. Ту ж процедуру робить друга дівчина. Після чого представлений торкається плеча гостя і називає ще раз своє ім'я. Але продовжує розмову лише в тому випадку, якщо чужинець назве себе і торкнеться його рукою.

Якщо земляни будуть переносити таку процедуру знайомства на галянок (або галактіонок), ті повинні сміятися, відвертатися, роблячи вигляд, що збентежені. Жителі Гелі дуже люблять перебувати в центрі уваги. Якщо на когось із них не звертати уваги, він повинен проявляти невдоволення – стрибати, махати долонями. Галактіони про все можуть вільно говорити із землянами, але вони не мають права говорити про свої звичаї та правила. У них це не прийнято. Їхня поведінка і так зрозуміла. Але вони демонструють ці правила, щоб земляни їх могли зрозуміти.

Галактіони образливі. Якщо їх обзивати або говорити про них погано, вони сідають за стіл і кладуть голови на руки і мовчать протягом 30 секунд.

Чоловіки-галактіони не можуть брати до рук олівці і лінійки. Це для них ганебно. Вони можуть користуватися цими інструментами лише за відсутності галянок. Галянкам огидно брати до рук скоч та ножиці. Але вони ними можуть користуватися у відсутності галактіонів. Клеєм можуть користуватися всі.

На момент прибуття розвідників-астронавтів галактіони активно спілкуються один з одним, демонструючи традиції спілкування.

Інструкція спостерігачам

Розібратися в тому, що відбувається і скласти уявлення про існуючі традиції, правила. Спостерігачів не знайомлять ні з інструкцією галактіонам, ні з інструкцією землянам-астронавтам.

Після закінчення будівництва мосту, ведучий запитує у землян, що зрозуміли вони зі звичаїв і правил галактіонів і що вони думають про них. Потім він запитує у галактіонів, яке враження на них справили астронавти з планети Земля. Далі виступають експерти.

На завершення ведеться обговорення проблеми традицій, звичаїв, правил, установок, які ми розуміємо і не розуміємо, або не приймаємо, про бар'єри в міжособистісної комунікації з близькими людьми. Ведучий проводить зіставлення проблем взаєморозуміння, які виникають в нашому реальному житті, з тими, які спостерігалися під час гри. На підставі цього членами групи робляться певні висновки.

Додаток М
Етика і деонтологія в стоматології
1912 ПРИНЦИПІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В БУДЬ-
ЯКІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Прийняті 17-й Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Нью-Йорк, США, 1963 р.), доповнені 35-ї Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Венеція, Італія, 1983 р.).

Преамбула:

На планеті працюють різні системи охорони здоров'я від повністю автономних до винятково державних. В одних країнах допомога надається лише гостро її потребують, в інших – існує розвинена система медичного страхування, треті істотно просунулися в організації комплексної охорони здоров'я. Різні ступені поєднання приватної й державної політики в галузі охорони здоров'я породжують системи надання медичної допомоги. В ідеалі необхідно забезпечити *найбільш сучасний рівень медичної допомоги при повній свободі вибору, як для лікаря, так і для пацієнта*. Проте, ця формула носить занадто загальний характер і, на жаль, мало допомагає при вирішенні конкретних проблем охорони здоров'я в конкретній країні.

Всесвітня Медична Асоціація вважає своїм обов'язком стати на захист основних принципів медичної практики і свободи медичної професії, а тому, не вдаючись в оцінку жодної з національних систем охорони здоров'я, декларує умови, дотримання яких необхідне для ефективної співпраці медичної спільноти з державною системою охорони здоров'я.

Принципи:

1. У будь-якій системі охорони здоров'я умови роботи медиків мають визначатися з урахуванням позиції громадських лікарських організацій.

2. Будь-яка система охорони здоров'я має забезпечити пацієнтові право на вибір лікаря, а лікарю – право вибору пацієнта, не обмежуючи при цьому прав ні лікаря, ні пацієнтів. Лікар має дотримуватися принципу вільного вибору і в тих випадках, коли медична допомога надається в медичних центрах. Етичний обов'язок лікаря – надавати будь-якій людині невідкладну медичну допомогу без будь-яких винятків.

3. Будь-яка система охорони здоров'я має бути відкритою для всіх лікарів, які мають право на практику: жодного лікаря не можна примушувати до роботи в несприйнятливих для неї умовах.

4. Лікар має бути вільним у виборі місця своєї практики і обмежений лише межами своєї спеціалізації. Медична спільнота має допомагати державі, орієнтуючи молодих лікарів на роботу в тих регіонах, де вони найбільш потрібні. Лікарям, що погоджуються працювати в менш престижних районах, має бути надана така допомога, щоб оснащення практики і рівень життя лікаря відповідали статусу їх професії.

5. Медичне співтовариство має бути адекватно представлена у всіх державних інститутах, що мають відношення до проблем охорони здоров'я.

6. Всі, хто приймає участь у лікувальному процесі або контролює його, мають усвідомлювати, поважати і зберігати конфіденційність взаємин лікаря і пацієнта.

7. Необхідні гарантії моральної, економічної та професійної незалежності лікаря.

8. Обсяг гонорару лікаря має залежати від характеру медичної послуги. Ціна медичних послуг має визначатися угодою за участю представників медичної спільноти, а не одностороннім рішенням організацій, які фінансують надання медичних послуг.

9. Оцінку якості та ефективності медичної допомоги, що надається лікарем, обсягу, цін і кількості наданих ним послуг мають здійснювати тільки лікарі, керуючись регіональними, національними стандартами.

10. В інтересах хворого не може бути ніяких обмежень права лікаря на виписку будь-яких препаратів і призначення будь-якого лікування, адекватного з точки зору сучасних стандартів.

11. Лікар має активно прагнути до поглиблення своїх знань та підвищення професійного статусу.

МІЖНАРОДНИЙ КОДЕКС МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ

Прийнятий 3-й Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації (Лондон, Великобританія, 1949 р.), доповнений 22-ї Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Сідней, Австралія, 1968 р.) і 35-ї Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Венеція, Італія, 1983 р.)

Загальні обов'язки лікарів:

Лікар повинен завжди підтримувати найвищі професійні стандарти.

Лікар повинен не дозволяти впливати власній вигоді на свободу і незалежність професійного рішення, яке має прийматися виключно в інтересах пацієнта.

Лікар має співчувати і поважати людську гідність пацієнта і повністю відповідати за усі аспекти медичної допомоги, незалежно від власної професійної спеціалізації.

Лікар має бути чесним у відносинах з пацієнтами та колегами і боротися з тими із своїх колег, які виявляють некомпетентність чи помічені в обмані.

З нормами медичної етики не сумісні:

Самореклама, якщо вона спеціально не дозволена законами країни і етичним кодексом національної медичної асоціації.

Виплата лікарем комісійних за направлення до нього пацієнта або отримання плати або іншої винагороди з будь-якого джерела за направлення пацієнта в певний лікувальний заклад, до певного спеціаліста або призначення певного виду лікування без достатніх медичних підстав.

Лікар повинен поважати права пацієнтів, колег, інших медичних працівників, а також зберігати лікарську таємницю.

Лікар повинен діяти лише в інтересах пацієнта в процесі надання медичної допомоги, не здійснювати втручання, здатні погіршити його фізичний або психічний стан.

Лікар повинен бути вкрай обережний, даючи інформацію про відкриття, нові технології і методи лікування через непрофесійні канали.

Лікар повинен стверджувати лише те, що підтверджено ним особисто.

Обов'язки лікаря по відношенню до хворого:

Лікар повинен постійно пам'ятати про свій обов'язок збереження людського життя.

Лікар повинен звернутися до більш компетентних колег, якщо пацієнту необхідне обстеження або лікування, які виходять за рівень його власних професійних можливостей.

Лікар повинен зберігати лікарську таємницю навіть після смерті свого пацієнта.

Лікар повинен завжди надати невідкладну допомогу тому, хто її потребує, за винятком тих випадків, коли він переконався в бажанні і можливості інших осіб зробити все необхідне.

Обов'язки лікарів по відношенню один до одного:

Лікар повинен поводитися по відношенню до своїх колег так, як хотів би, щоб вони вели себе по відношенню до нього. Лікар повинен не переманювати пацієнтів у своїх колег.

Лікар повинен дотримуватися принципів «Женевської Декларації», схваленої Всесвітньої Медичної Асоціацією.

Додаток Н
Методика «Оцінки потреби в досягненні»
(розроблена М. Корольчуком і В. Крайнюк)

Шановні майбутні стоматологи! Дайте відповіді на запитання «так» чи «ні». Відповіді, що збігаються з «ключовими» (за кодом), підсумовуються – по 1 балу за кожну відповідь.

Текст опитувальника

1. Вважаю, що успіх у житті скоріше залежить від випадку, ніж від розрахунку.
2. Якщо я позбавлюсь улюбленого заняття, життя для мене втратить сенс.
3. Для мене в будь-якій справі важливіше не виконання, а кінцевий результат.
4. Вважаю, що люди більше страждають від невдач на роботі, ніж від поганих взаємин із близькими.
5. На мою думку, більшість людей живуть далекою метою, а не близькою.
6. У житті в мене було більше успіхів, ніж невдач.
7. Емоційні люди мені подобаються більше, ніж діяльні.
8. Навіть у звичайній роботі я намагаюся вдосконалити деякі її елементи.
9. Поглиблену думку про успіх, я можу забути про заходи безпеки.
10. Мої близькі вважають мене ледачим.
11. Думаю, що в моїх невдачах винні, скоріше, обставини, ніж я сам.
12. Терпіння в мені більше, ніж здібностей.
13. Мої батьки занадто суворо контролювали мене.
14. Лінощі, а не сумнів в успіху, змушують мене часто відмовлятися від своїх намірів.
15. Думаю, що я впевнена у собі людина.
16. Заради успіху я можу ризикнути, навіть якщо шанси невеликі.
17. Я старанна людина.
18. Коли усе йде гладко, моя енергія підсилюється.
19. Якби я був журналістом, я писав би, скоріше, про оригінальні винаходи людей, ніж про події.
20. Мої близькі зазвичай не поділяють моїх планів.
21. Рівень моїх вимог до життя нижчий, ніж у моїх товаришів.
22. Мені здається, що наполегливості в мені більше, ніж здібностей.

Результати оцінюються за допомогою табл. 1.

Таблиця 1

Рівень потреби в досягненні

Сума балів	Рівень потреби в досягненні		
	Низький	Достатній	Високий
	2-11	12-15	16-19

Код: відповіді «так» на запитання 2, 6, 7, 8, 14, 16, 18, 19, 21, 22;

відповіді «ні» на запитання 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 20.

Додаток О

Методика «Потреба у спілкуванні» (Ю. Орлова)

Інструкція. Добрий день! Просимо Вас взяти участь у дослідженні питання інтерактивної взаємодії майбутнього стоматолога з клієнтами. Уважно прочитайте кожне твердження анкети та оберіть відповідь «так» чи «ні» шляхом проставлення «+» або «-» поряд з твердженням.

1. Мені дає задоволення участь у різних святкових заходах.
2. Я можу стримувати свої бажання, якщо вони суперечать бажанням моїх друзів.
3. Мені не подобається демонструвати комусь свої почуття.
4. Я більше зосереджений на здійсненні впливу, аніж встановленні дружніх відносин.
5. Я відчуваю, що у відносинах з моїми друзями у мене менше прав, ніж обов'язків.
6. Коли я дізнаюся про успіх мого друга, у мене чомусь погіршується настрій.
7. Щоб бути задоволеним собою, я повинен комусь у чомусь допомогти.
8. Мої проблеми зникають, коли я опиняюсь серед друзів по роботі.
9. Мої друзі мені дуже набридли.
10. Коли я роблю погану роботу, присутність людей мене дратує.
11. Притиснутий до стіни, я говорю лише ту долю правди, яка, на мою думку, не зашкодить моїм друзям та знайомим.
12. У важкій ситуації я більше думаю не стільки про себе, скільки про близьку людину.
13. Неприємності друзів викликають у мене такий стан, що я можу і захворіти.
14. Мені приємно допомагати іншим, навіть якщо це спричиняє значні труднощі.
15. З поваги до друга я можу погодитися з його думкою, навіть якщо він не правий.
16. Мені більше подобаються пригодницькі оповідання, ніж оповідання про кохання.
17. Сцени насильства у кіно викликають у мене надзвичайно неприємні відчуття.
18. На самоті я зазнаю тривогу та напруженість більше, аніж коли я перебуваю серед людей.
19. Я вважаю, що головною радістю у житті є спілкування.
20. Мені шкода покинутих котів та собак.
21. Я вважаю, що краще мати менше друзів, але більш мені близьких.
22. Я люблю перебувати у товаристві.
23. Я переживаю сварки з близькими впродовж довгого часу.
24. У мене стовідсотково більше близьких людей, ніж у інших.
25. У мені більше прагнень до досягнень, аніж до дружби.
26. Я більше довіряю власній інтуїції та уяві у думках про людей, аніж судженням про них з боку інших людей.

27. Я надаю більше значення матеріальному добробуту та престижу, аніж радості спілкування з приємними мені людьми.

28. Я співчуваю людям, у яких немає близьких друзів.

29. По відношенню до мене люди часто бувають невдячними.

30. Я люблю розповіді про безкорисливу любов та дружбу.

31. Заради друга я можу пожертвувати всім.

32. У дитинстві я був членом компанії, яка намагалась триматися разом.

33. Якщо б я був журналістом, мені подобалося б писати про силу дружби.

Дякуємо за участь у роботі!

Обробка результатів

За кожний бал, що збігається з «ключем», студент отримує 1 бал.

Складається сума балів за відповіді «так» на питання 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 33 та за відповіді «ні» на питання 3, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 18, 25, 27, 29.

Якщо студент набрав від 1 до 11 балів, це свідчить про низький рівень спілкування, від 12 до 22 – середній рівень потреби, від 23 до 33 – високий рівень потреби у спілкуванні.

Додаток П
Методика діагностики рівня емпатичних здібностей
(В.В. Бойко)

1. У мене є звичка уважно вивчати обличчя й поведінку людей, щоб зрозуміти їх характер, нахили, здібності.
2. Якщо оточуючі виявляють ознаки нервовості, я зазвичай залишаюсь спокійним.
3. Я більше вірю своєму розуму, аніж інтуїції.
4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами співробітників.
5. Я можу легко ввійти в довіру до людини, якщо буде потрібно.
6. Зазвичай я з першого разу вгадую “рідну душу” в новій людині.
7. Я з цікавістю завожу розмову про життя, роботу, політику з випадковими супутниками в поїзді, літаку.
8. Я втрачаю душевну рівновагу, якщо оточуючі чимось пригнічені.
9. Моя інтуїція – надійний засіб розуміння оточуючих, ніж знання чи досвід.
10. Виявляти допитливість до внутрішнього світу іншої особистості – безтактовно.
11. Часто своїми словами я ображаю близьких мені людей, не помічаючи того.
12. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчуті її звички і стан.
13. Я рідко думаю про вчинки людей, які мають до мене безпосереднє відношення.
14. Я рідко беру близько до серця проблеми своїх друзів.
15. Зазвичай за декілька днів я відчуваю: щось має статися з близькою мені людиною, і очікування справджуються.
16. У спілкуванні з діловими партнерами стараюсь уникати розмов про особисте.
17. Іноді близькі дорікають мені у черствості, байдужості, неувазі до них.
18. Мені легко дається копіювати інтонацію, міміку людей, уподібнюючись до них.
19. Мій допитливий погляд змушує ніяковіти нових партнерів.
20. Чужий сміх заражає мене.
21. Часто, діючи навмання, я знаходжу правильний підхід до людини.
22. Плакати від щастя – дурість.
23. Я здатен повністю злитися з коханою людиною, ніби танучи в ній.
24. Мені рідко зустрічалися люди, яких я розумів би без слів.
25. Я мимовільно чи через допитливість часто підслуховую розмови сторонніх.
26. Я можу залишатися спокійним, навіть якщо навколо мене всі хвилюються.
27. Мені простіше підсвідомо зрозуміти людину, ніж зрозуміти її, “розклавши по полицках”.

28. Я спокійно реагую на дрібні неприємності, які трапляються у когось із членів сім'ї.
29. Мені було б важко задушевно, довірливо розмовляти з настороженою, замкненою людиною.
30. У мене творча натура – поетична, художня, артистична.
31. Я без особливої допитливості вислуховую сповіді нових знайомих.
32. Я засмучуюсь, якщо бачу людину, що плаче.
33. Моє мислення більше відрізняється конкретністю, суворістю, послідовністю, ніж інтуїцією.
34. Коли друзі починають розмови про свої неприємності, я намагаюся перевести розмову на щось інше.
35. Якщо я бачу, що в когось із близьких погано на душі, то утримуюсь від питань.
36. Мені важко зрозуміти, чому дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.

Обробка результатів. Підраховується кількість правильних відповідей (що відповідають ключеві) за кожною шкалою, а потім визначається сумарна оцінка:

1. Раціональний канал емпатії: +1,+7, -13, +19, +25, -31;
2. Емоційний канал емпатії: -2, +8, -14, +20, -26, +32;
3. Інтуїтивний канал емпатії: -3, +9, +15, +21, +27, -33;
4. Установки, що сприяють емпатії: +4, -10, -16, -22, -28, -34;
5. Проникаюча здібність емпатії: +5, -11, -17, -23, -29, -35;
6. Ідентифікація в емпатії: +6, +12, +18, -24, +30, -36.

Інтерпретація результатів. Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки за кожною шкалою можуть варіювати від 0 до 6 балів і вказують на значущість конкретного параметра у структурі емпатії.

Раціональний канал емпатії характеризує спрямованість уваги, сприйняття та мислення емпатуючого до іншої людини – на її стани, проблеми, поведінку. Це спонтанний інтерес до іншої людини, що відкриває шляхи емоційного та інтуїтивного відображення партнера. У раціональному компоненті емпатії не потрібно шукати логіку чи мотивацію інтересу до іншої людини. Партнер повертає увагу своєю бутністю, що дозволяє емпатуючому неупереджено виявляти його сутність.

Емоційний канал емпатії фіксується здатністю емпатуючого входити в емоційний резонанс з оточуючими – співпереживати, разом брати участь. Емоційний відгук у цьому випадку стає засобом “входження” в енергетичне поле партнера. Зрозуміти його внутрішній світ, прогнозувати поведінку й ефективно впливати можливо тільки в тому випадку, якщо відбулася енергетична “підстройка” до емпатуючого. Співучасть і співпереживання виконують роль ланки зв'язку, “провідника” від емпатуючого до емпатуючого і навпаки.

Інтуїтивний канал емпатії. Бальна оцінка свідчить про здатність респондента бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід, що зберігається у підсвідомості. На рівні інтуїції замикаються і узагальнюються різні відомості про партнерів.

Інтуїція менше залежить від оцінюючих стереотипів, ніж осмислене сприйняття партнерів.

Установки, що сприяють чи перешкоджають емпатії, полегшують чи ускладнюють дії всіх емпатичних каналів. Ефективність емпатії, знижується, якщо людина старається уникати особистісних контактів, вважає недоречним цікавитися іншою особистістю, запевнила себе в спокійному ставленні до переживань і проблем оточуючих. Подібне різко зменшує діапазон емоційної чутливості та емпатичного сприйняття. Навпаки, різні канали емпатії діють активніше та надійніше, якщо немає перешкод з боку установок особистості.

Проникаюча здібність в емпатії розцінюється як важлива властивість людини, що дозволяє створювати атмосферу відкритості, довіри, задушевності. Кожний із нас своєю поведінкою та ставленням до партнерів сприяє інформаційно-енергетичному обміну чи перешкоджає йому. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, неправдивості, підозри перешкоджає розкриттю та емпатичному осягненню.

Ідентифікація – ще одна неодмінна умова успішної взаємної емпатії. Це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживань, постановки себе на місце партнера. В основі ідентифікації лежить легкість, жвавість і гнучкість емоцій, здатність імітувати.

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

Додаток Р
Методика визначення рівня рефлексивності
(А.В. Карпов, В.В. Пономарьова)
Інструкція учасникам дослідження

Вам необхідно дати відповіді на декілька тверджень тесту. У бланку відповідей напроти номера твердження поставте, будь ласка, цифру, відповідно до варіанта вашої відповіді:

- абсолютно неправильно;
- неправильно;
- скоріше, неправильно;
- не знаю;
- скоріше, правильно;
- правильно;
- цілком правильно.

Не замислюйтеся довго над відповідями. Пам'ятайте, що правильних або неправильних відповідей у цьому випадку бути не може. Перша відповідь, що спала на думку, і є правильною.

Опитувальний лист

1. Прочитавши хорошу книгу, я завжди потім довго думаю про неї, хочеться її з ким-небудь обговорити.
2. Коли мене раптом несподівано про щось запитують, я можу відповісти перше, що спало на думку.
3. Перш ніж зняти слухалку телефону, щоб зателефонувати у справі, я, як правило, подумки планую майбутню розмову.
4. Зробивши якийсь промах, я довго потім не можу відволіктися від думок про нього.
5. Коли я роздумую над чимось або розмовляю з іншою людиною, мені буває цікаво раптом пригадати, що стало початком ланцюжка думок.
6. Розпочинаючи виконувати важке завдання, я прагну не думати про майбутні труднощі.
7. Головне для мене – уявити кінцеву мету своєї діяльності, а деталі мають другорядне значення.
8. Буває, що я не можу зрозуміти, чому хтось незадоволений мною.
9. Я часто ставлю себе на місце іншої людини.
10. Для мене важливо в деталях уявляти собі перебіг майбутньої роботи.
11. Мені були б важко написати серйозного листа, якби я наперед не склав (ла) план.
12. Я вважаю за краще діяти, а не роздумувати над причинами своїх невдач.
13. Я досить легко ухвалюю рішення щодо купівлі дорогої речі.
14. Як правило, щось задумавши, я прокручую в голові свої задуми, уточнюю деталі, розглядаю всі варіанти.
15. Я турбуюся про своє майбутнє.
16. Думаю, що в деяких ситуацій треба діяти швидко, керуючись першою думкою, що прийшла в голову.
17. Інколи я ухвалюю необдумані рішення.

18. Закінчивши розмову, я, буває, продовжую вести її подумки, наводячи всі нові й нові аргументи на захист своєї точки зору.

19. Якщо відбувається конфлікт, то, роздумуючи над тим, хто в ньому винен, я в першу чергу починаю з себе.

20. Перш ніж ухвалити рішення, я завжди прагну все ретельно обдумати і зважити.

21. У мене бувають конфлікти від того, що я інколи не можу передбачити, якої поведінки чекають від мене оточуючі.

22. Буває, що, обдумуючи розмову з іншою людиною, я, нібито подумки, веду з ним розмову.

23. Я стараюся не замислюватися над тим, які думки й почуття викликають в інших людях мої слова і вчинки.

24. Перш ніж зробити зауваження іншій людині, я обов'язково подумаю, як це краще зробити, щоб її не образити.

25. Вирішуючи важке завдання, я думаю над ним навіть тоді, коли займаюся іншими справами.

26. Якщо я з будь-ким сварюся, то найчастіше не вважаю себе винним.

27. Рідко буває так, що я шкодую про сказане.

Обробка результатів

З 27 тверджень 15 є прямими (номери тверджень: 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 19, 20, 22, 24, 25), решта 12 – обернені твердження, що необхідно враховувати при обробці результатів. Для отримання підсумкового балу підсумовуються в прямих твердженнях цифри, що відповідають відповідям респондентів, а в оберненому – значення, замінені на ті, що виходять при перевертанні шкали відповідей.

Усі пункти можна об'єднати в чотири групи: ретроспективна рефлексія діяльності (номери тверджень: 1, 4, 5, 12, 17, 18, 25, 27); рефлексія теперішньої діяльності (номери тверджень: 2, 3, 13, 14, 16, 17, 18, 26); розгляд майбутньої діяльності (номери тверджень: 3, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 20); рефлексія спілкування і взаємодії з іншими людьми (номери тверджень: 8, 9, 19, 21, 22, 23, 24, 26).

Одержані „сирі” бали переводяться в стени.

Стени	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сирі бали	80 і нижче	81– 100	101– 107	108– 113	114– 122	123– 130	131– 139	140– 147	148– 156	157– 171	172 і вище

Інтерпретація отриманих результатів

Результати рівні або більші за 7 стенив засвідчують високу рефлексивність. Фахівець з таким балом більшою мірою схильний звертатися до аналізу своєї діяльності й учинків інших людей, з'ясовувати причини й наслідки своїх дій як у минулому, так у теперішньому і в майбутньому. Йому властиво обдумувати свою діяльність у найдрібніших деталях, ретельно її планувати й прогнозувати всі можливі наслідки.

Результати в межах від чотирьох до семи стенив – індикатори середнього рівня рефлексивності.

Низькі результати – менше чотирьох стенів – засвідчують низький рівень розвитку рефлексивності. Це виявляється в тому, що фахівцеві складно поставити себе на місце іншого, регулювати власну поведінку.

Додаток Т

Методика визначення рівня рефлексивності (А. Карпов)

Студентам пропонувалось відповісти на декілька тверджень опитувальника та напроти номера питання поставити відповідну цифру: 1 – абсолютно неправильно; 2 – неправильно; 3 – швидше неправильно; 4 – не знаю; 5 – швидше правильно; 6 – правильно; 7 – цілком правильно.

1. Прочитавши хорошу книгу, я завжди потім довго думаю про неї; хочеться її з ким-небудь обговорити.
2. Коли мене раптом несподівано про щось запитують, я можу відповісти перше, що прийшло в голову.
3. Перш ніж зняти трубку телефону, щоб подзвонити у справі, я зазвичай у думках планую майбутню розмову.
4. Зробивши якийсь промах, я довго потім не можу відвернутися від думок про нього.
5. Коли я роздумую над чимось або розмовляю з іншою людиною, мені буває цікаво раптом пригадати, що послужило початком думок.
6. Приступаючи до важкого завдання, я прагну не думати про майбутні труднощі.
7. Головне для мене – представити кінцеву мету своєї діяльності, а деталі мають другорядне значення.
8. Буває, що я не можу зрозуміти, чому хто-небудь незадоволений мною.
9. Я часто ставлю себе на місце іншої людини.
10. Для мене важливо в деталях уявляти собі хід майбутньої роботи.
11. Мені було б важко написати серйозний лист, якби я не склав план.
12. Я вважаю за краще діяти, а не роздумувати над причинами своїх невдач.
13. Я досить легко приймаю рішення відносно дорогої покупки.
14. Як правило, щось задумавши, я прокручую в голові свої задуми, уточнюючи деталі, розглядаючи всі варіанти.
15. Я турбуюся про своє майбутнє.
16. Думаю, що в безлічі ситуацій треба діяти швидко, керуючись першою думкою, що прийшла в голову.
17. Деколи я приймаю необдумані рішення.
18. Закінчивши розмову, я, буває, продовжую вести її в думках, приводячи все нові і нові аргументи в захист своєї точки зору.
19. Якщо відбувається конфлікт, то, роздумуючи над тим, хто в ньому винен, я в першу чергу починаю з себе.
20. Перш ніж прийняти рішення, я завжди намагаюся все ретельно обдумати.
21. У мене бувають конфлікти від того, що я деколи не можу передбачити, якої поведінки чекають від мене оточуючі.
22. Трапляється, що, обдумуючи розмову з іншою людиною, я немов би в думках веду з ним діалог.
23. Я прагну не замислюватися над тим, які думки і відчуття викликають в інших людях мої слова і вчинки.
24. Перш ніж зробити зауваження іншій людині, я обов'язково подумаю, якими словами це краще зробити, щоб його не образити.

25. Вирішуючи важку задачу, я думаю над нею навіть тоді, коли займаюся іншими справами.

26. Якщо я з кимось сварюся, то в більшості випадків не вважаю себе винуватим.

27. Рідко буває так, що я шкодую про сказане.

Слід мати на увазі, що із 27 тверджень 15 є прямими (номери 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25). Інші твердження є непрямыми, що необхідно враховувати при підрахуванні результатів, коли для отримання підсумкового балу підсумовуються в прямих твердженнях цифри, які відповідають відповідям респондентів, а в непрямих – значення, які були замінені на ті, що отримані при інверсії шкали відповідей. При інтерпретації результат оцінюють так:

113 і нижче балів – низький рівень рефлексивності;

114-139 балів – середній рівень рефлексивності;

140 і вище балів – високий рівень рефлексивності.

Додаток У

Програма спецкурсу «ПРОФЕСІЙНА ВЗАЄМОДІЯ СТОМАТОЛОГІВ»

ВСТУП

Програма вивчення навчальної дисципліни «Професійна взаємодія стоматологів» складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки бакалавра напряму «Стоматологія».

Предметом навчальної дисципліни є тенденції, що визначають зміст професійної взаємодії стоматологів, моделі, методи й прийоми, стратегії і тактики взаємодії.

Міждисциплінарні зв'язки: Своїм змістом пов'язана з дисциплінами: «Основи психології і педагогіки»,

1. ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ СТОМАТОЛОГІВ

2. ГОТОВНІСТЬ СТОМАТОЛОГІВ ДО ЗДІЙСНЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

1. Опис навчальної дисципліни

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки (спеціальність), освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни	
		денна форма навчання	вечірня/заочна форма навчання
Кількість кредитів, відповідних ЄКТС: 3	Шифр та назва галузі:	Вибіркова дисципліна	
Кількість змістових модулів: 2 семестр: 4 Індивідуальне науково-дослідне завдання _____ (передбачено/непередбачено)	Шифр та назва напряму підготовки :	Рік підготовки:	
		<i>3-й</i>	
		Семестр:	
		5	
		Загальна кількість годин: 120	
			Лекції: 10 Семінари: 10 Практичні заняття: 10 Самостійна робота: 66 Індивідуальні завдання: 24
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 4 самостійної роботи студентів - 4	Освітньо-кваліфікаційний рівень: <i>бакалавр</i>	Вид контролю: <i>1 семестр: ПМК</i>	

1. Мета та завдання навчальної дисципліни

1.1. Метою викладання навчальної дисципліни «Професійна взаємодія стоматологів» є формування в майбутніх стоматологів готовності до професійної взаємодії, як основи здійснення професійної діяльності.

1.2. Основними завданнями вивчення дисципліни «Професійна взаємодія фахівців стоматологів» є:

- набуття майбутніми стоматологами теоретичних знань із проблем комунікації та взаємодії;
- підвищення рівня потреби у спілкуванні, здійсненні розмаїття взаємодій;
- формування в майбутніх стоматологів готовності до здійснення професійної взаємодії;
- формування в майбутніх стоматологів позитивної комунікативної налаштованості на командну взаємодію і отримання задоволення від неї.

1.3. Згідно з вимогами освітньої програми студенти повинні:

знати:

- стилі, тактики й стратегії професійної взаємодії;
- принципи взаємодії клієнта і стоматолога;
- особливості складних, конфліктних взаємовідносин між стоматологом і клієнтом;
- класифікації бар'єрів професійної взаємодії;
- сутність готовності стоматологів до професійної взаємодії;
- формування індивідуального стилю і проблеми професійної деформації;
- види, особливості вербальних засобів професійної комунікації;
- невербальні засоби комунікації;
- особливості використання комп'ютерних мереж у професійній діяльності стоматолога;
- етичні правила й правові аспекти взаємодії стоматолога з пацієнтом;
- особливості професійної взаємодії за допомогою електронної пошти;
- встановлення комунікативних зв'язків через участь у всесвітніх тематичних телеконференціях;
- особливості мережного етикету;

вміти:

- послуговуватися у практичній діяльності різними моделями, стилями, тактиками й стратегіями професійної взаємодії;
- володіти механізмами привернення уваги клієнтів у процесі взаємодії;
- створювати позитивний емоційний фон взаємодії;
- вирішувати складні ситуації у професійній взаємодії;
- застосовувати різні стратегії запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії;
- володіти різними способами впливу на людей під час взаємодії;
- застосовувати індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними клієнтами та співробітниками;
- володіти вербальними засобами професійної комунікації;
- організовувати взаємодію в режимах зв'язку "off-line" й „on-line”.

2. Інформаційний обсяг навчальної дисципліни

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ СТОМАТОЛОГА

ТЕМА 1. Історичні витoki професійної взаємодії стоматолога

Врачування – одна з найбільш унікальних професій. Історія виникнення професії стоматолога. Комунікативні знання, вміння, досвід.

Обговорення художніх творів „Іонич”, „Палата № 6”, „Записки молодого лікаря”, «Про покликання лікаря», «Загублене мистецтво лікування» (Бернард Лаун).

ТЕМА 2. Професійна взаємодія – провідна складова професійної діяльності стоматолога.

Роль професійної взаємодії в діяльності стоматолога. Сутність, види, функції взаємодії лікаря.

Стилі, тактики й стратегії професійної взаємодії. Моделі професійної взаємодії лікаря-стоматолога.

Професійні ролі стоматолога та особливості їх взаємодії. Специфіка роботи з різними типами клієнтів. Перший контакт стоматолога та клієнта.

Тандем стоматолога та асистента: переваги методу лікування «в чотири руки». Злагоженість і відточеність дій, взаєморозуміння «без слів» стоматолога та асистента.

Приклад взаємодії лікаря та асистента (пацієнта) у художніх творах О. Купріна „Чудесный доктор”, М. Амосова „Мысли и сердце”, О. Ільїна „О призвании врача”. Лікарська гідність у творах: О. Герцена „Доктор Крупов”, А. Хейлі „Окончательный диагноз”, „Сильнодействующее средство”.

ТЕМА 3. Взаємодія стоматолога і клієнта, основні деонтологічні норми.

Проблеми залучення клієнта. Механізми привертання уваги клієнтів. Особливості формування позитивного іміджу стоматологічної клініки і конкретного працівника з точки зору клієнта.

Принцип орієнтації на клієнта. Принципи взаємодії клієнта і стоматолога, співвідношення взаємних очікувань і конкретних поведінкових проявів. Мистецтво переконувати клієнтів. Створення позитивного емоційного фону взаємодії, принцип довіри, орієнтація на довгострокові відносини. Етика поведінки стоматолога.

Етичні правила й правові аспекти взаємодії стоматолога з пацієнтом. Реалізація принципів автономії, не нашкодь, роби благо. Принципи вирішення складних ситуацій у взаєминах. Маніпулювання під час взаємодії з клієнтами. Милосердя: сутність і форми прояву. Етичні проблеми відповідальності лікаря за помилки у професійній діяльності. Порушення вимог лікарської деонтології у книзі П.Шамарина „Міркування клініциста про професії лікаря”.

Активна діяльність стоматолога та пацієнта на всіх етапах взаємодії: ознайомлення з проблемою, вироблення рекомендованого плану лікування, вибір варіанту рішення, обговорення вартості й гарантій. Формування довгострокових взаємин стоматологів з клієнтами.

ТЕМА 4. Взаємодія зі складними клієнтами. Бар'єри взаємодії.

Роль установки під час взаємодії із клієнтом. Основні причини складних, конфліктних взаємовідносин між стоматологом і клієнтом. Типи конфліктних особистостей. Індивідуальний стиль поведінки у суперечливих ситуаціях взаємодії.

Диференціація понять «перешкода», «трудність», «бар'єр», «конфлікт». Сучасні підходи до трактування феномену бар'єру в сучасній психологічній та педагогічній науці. Загальні підходи до класифікації бар'єрів професійної взаємодії, типологія бар'єрів професійної взаємодії. Стратегії запобігання і подолання бар'єрів професійної взаємодії.

ТЕМА 5. Конфліктні конструкції професійної взаємодії.

Специфіка конфліктів у професійній діяльності лікаря. Основні причини виникнення конфліктів в клінічній практиці лікаря. Поняття і способи протистояння психологічному маніпулюванню. Техніки швидкого зняття напруги в бесіді. Стратегії поведінки в конфлікті: співпраця, компроміс, уникнення, пристосування, суперництво. Вибір оптимального стилю поведінки в конфліктній ситуації.

Психологічна профілактика конфліктів і стресу в професійній діяльності лікаря. Регулювання та свідоме управління собою в конфліктній і стресовій ситуації. Практичні навички та розвиток здібностей регулювання, профілактики та управління конфліктами і стресами у професійній діяльності лікаря. Профілактика та подолання негативних наслідків стресу і конфліктів. Побудова оптимальної індивідуальної стратегії і тактики поведінки в конфліктній ситуації і ситуації стресу.

МОДУЛЬ № 2. ГОТОВНІСТЬ СТОМАТОЛОГІВ ДО ЗДІЙСНЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

ТЕМА 1. Готовність стоматолога до здійснення професійної взаємодії.

Сутність готовності стоматолога до здійснення професійної взаємодії, доцільність її формування у процесі професійної підготовки, її структурні і функціональні компоненти.

ТЕМА 2. Типи і форми поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними людьми.

Стратегії впливу. Феномени контактів. Способи впливу на людей під час взаємодії. Індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога у процесі взаємодії з різними клієнтами та співробітниками. Особливості формування індивідуального стилю і проблеми професійної деформації.

ТЕМА 3. Професійна мова й мовлення – основа професійної взаємодії стоматолога

Сутність, функції мови й мовлення стоматолога. Термінологія стоматолога. Індивідуальний стиль мовлення. Види, особливості вербальних засобів професійної комунікації. Техніка мовлення. Мовленнєвий етикет та моделі

взаємодії. Типи спілкування з іншими суб'єктами процесу лікування: основний, допоміжний, оказіональний і фатичний.

Визначення поняття «медичне інтерв'ю». Моделі, структура медичного інтерв'ю. Вступ до медичного інтерв'ю: підготовка до опитування пацієнта, досягнення початкового взаєморозуміння, визначення причин звернення пацієнта до лікаря. Опитування пацієнта.

Основні моделі побудови взаємовідносин «лікар і пацієнт». Метод «психологічної вентиляції». Можливість помилки у взаєминах між лікарем і пацієнтом і їх наслідки. Психологія «поліклінічного коридору».

Форми поведінки стоматолога: допомога та підтримка; запитальна поведінка; пояснювальна поведінка; позиція розуміння. Аргументація власної позиції. Правила переконання клієнта.

ТЕМА 4. Невербальні засоби професійної комунікації стоматолога

Сутність, класифікація невербальних засобів комунікації. Співвідношення вербальних і невербальних засобів комунікації. Зовнішній вигляд, поведінка стоматолога. Екстралінгвістичні та просодичні засоби комунікації. Засоби інтонаційної виразності й багатства мовлення.

Пози, жести, міміка. Розпізнавання поз і жестів. Вплив культурних традицій на невербальну поведінку та їх інтерпретація. Жести контакту, жести захисту, жести агресії. Міжособистісний простір і його вплив на ефективність спілкування. Інтимний, особистісний, соціальний та суспільний простір та їх роль у процесі взаємодії стоматолога. "Маски" та їх вплив на ефективність спілкування.

ТЕМА 5. Комп'ютерні засоби професійної комунікації стоматолога

Професійний діалог в системі «людина – комп'ютер», «людина – комп'ютер – людина». Труднощі взаємодії в режимах зв'язку "off-line" й „on-line”. Моделі, форми „on-line” взаємодії.

Теми семінарських занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1.	Професійні ролі стоматолога та особливості їх взаємодії. Діалог «Міжнародний кодекс медичної етики», „Діалог з пацієнтом – пуста розмова, або напружена робота сторін”. Вправи на накопичення зразків взаємодії лікаря, зокрема стоматолога, на основі відео- і аудіоопор (вправи на сприйняття	2
2.	Техніка мовлення як основа майстерності професійної взаємодії стоматолога. Гра «Галактіони». Вправи «Толерантність у спілкуванні», «Збір фраз для контакту».	2
3.	Індивідуальний стиль професійної поведінки стоматолога. Діалог „Стоматолог – пацієнт”, „Огляд пацієнта стоматологом”. Гра-тренінг «Імплантація зубів: користь чи шкода для організму». Розв'язок ситуаційних вправ.	2

4.	Методи та форми управління конфліктами в торговельній організації. Стратегії розв'язання професійних конфліктів. Ділові ігри «Конфлікт на торговельному підприємстві», «Оцінка якості товару». Гра «Корабельна аварія». Моделювання проблемних ситуацій („Візит стоматолога в будинок для людей похилого віку”, „Конфлікт стоматолога і пацієнта”, „Мені погано, лікарю!”).	2
5.	Засоби і методи саморегуляції в професійній взаємодії. Бар'єри на шляху до взаєморозуміння. Аутогенне тренування. Метод нервово-м'язової релаксації. Идеомоторне тренування. Спеціалізовані види гімнастики і самомасаж. «Аналіз негативних емоцій», «Самооцінка тривожності у спілкуванні». Психологічне самопочуття, емоційний настрій особистості. Вправи зі змінюваними цілями й установками. Ситуаційні вправи.	2

Тематика тренінгів для практичних занять

№	Тема заняття	Мета заняття
1.	«Взаємодія лікаря і пацієнта»	Підготовка студентів до взаємодії з пацієнтом під час переговорів по телефону, мотивації пацієнтів на лікування та профілактику; визначення рівня соціальних страхів, тісно пов'язаних з проблемами в відносинах.
2.	«Дитячий стоматологічний прийом»	Формування вмінь налагоджування довірливих взаємин; створення взаємної довіри в групі, покращення групової атмосфери; формування емпатійних здібностей, розвиток емоційного інтелекту; створення умов для саморозкриття, саморозуміння; формування навичок безумовного прийняття себе та інших; розвиток вміння налагоджувати довірливі взаємини з іншою людиною (клієнтом)
3.	«Пролонгований контакт з батьками пацієнта»	Сприяти подоланню внутрішніх бар'єрів, які заважають повноцінному самовиявленню; відпрацювання техніки встановлення контакту
4.	Тактики мовленнєвої взаємодії	Відпрацювати тактики мовленнєвої взаємодії, сформувані навички взаємодії за допомогою вербальних та невербальних засобів спілкування. Ознайомити з різними способами побудови питань та відпрацювання навичок виразного

		використання міміки та жестів.
5.	«Я – стоматолог-дослідник» «Не будь ні вельможею, ні лихварем, ні алкидом, ні пігмеєм. Будь тільки людиною – чуєш? Людиною – і знайдеш благо» (Г.С.Сковорода)	Формування сприятливого психологічного клімату студентського колективу, уміння працювати в команді, розвиток навичок емпатійної поведінки; вдосконалення вміння розуміти стани інших людей та адекватно реагувати на них; освоєння моделей емпатійної взаємодії; формування вміння виявляти підтримку і розуміння клієнтові
7.	«Види усного спілкування»	Шляхом моделювання ситуацій професійного спілкування в таких площинах «стоматолог – відвідувач стоматології», «стоматолог – медичний представник», «стоматолог – лікар», «стоматолог – керівник» сформувати в студентів готовність до професійної взаємодії; ознайомити із діями, які призводять до бар'єрів у спілкуванні та правилами їх подолання
8.	Конфлікти в професійній діяльності	Ознайомити з причинами їх виникнення, відпрацювати навички конструктивного виходу із конфліктних ситуацій.
9.	Вміння керувати собою	Ознайомити учасників з методами та прийомами емоційної саморегуляції та розвинути здатність їх застосування в повсякденному житті.

Рекомендована література

1. Абрамова Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – М. : Кафедра-М, 2005. – 272 с.
2. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. – Том I. Клиника “под ключ”. – СПб, 2009. – 1080 с.
3. Васильев, В.В. Тренинг профессиональных коммуникаций в психологической практике Текст. / В.В. Васильев. – СПб.: Речь, 2005. – 283 с.
4. Гейхман, Л.К. Искусство быть и общаться с другим Текст. / Л.К. Гейхман. – Пермь: ЦРО, 2001. – 198 с.
5. Гойхман, О.Я. Основы речевой коммуникации Текст.: учеб. для вузов / О.Я. Гойхман, Т.М. Надеина. – М.: ИНФРА-М, 1997. – 272 с.
6. Голяченко О. М. Історія медицини / О. М. Голяченко, Я. В. Ганіткевич. – Тернопіль, 2004. – 246 с.
7. Грандо А. А. Врачебная этика : пособие / А. А. Грандо, С. А. Грандо. – Киев : РИА „Триумф”, 1994. – 256 с.
8. Етичний кодекс лікаря / гол. ред. І. Д. Герич. – Л. : Т-во. „Галицька вид. спілка”, 2008. – 27 с.

9. Золотухін Г.О., Литвиненко Н.П., Місник Н.В. Фахова мова медика: Навчальний посібник. – К.: Здоров'я, 2001. – 392с.
10. Куницына В.Н. Межличностное общение / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
11. Лещинский, Л.А. Медицинская этика и деонтология Текст. / Л.А. Лещинский. Ижевск: «Экспертиза», 2002. - 116 с.
12. Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віденський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
13. Носачев Г.Н., Павлов В.В. Общение с пациентом. Психология общения в системе «врач – пациент». – Самара: Перспектива, 2000. – 150 с.
14. Сенько Т.В. Психология взаимодействия. В 2 ч. Ч. 1. Базисная структура межличностного взаимодействия / Т.В. Сенько. – Минск: Карандашев, 1998. – 120 с.
15. Стефан Т Соннис Секреты стоматологии: Пер: с англ. М. — СПб.: Изд-во БИНОМ – Невский диалект, 2002. – 384 с.
16. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / Пер. с венг.; Под ред. Коркиной М.В. – 4-е изд., стереотип. – Будапешт: АКАДЕМIAI KIADO, 1981. – 286 с.
17. Харченко Е.В. О призвании врача: учебно-методическое пособие для врачей на факультативном занятии по этике и деонтологии врачебной деятельности / Е.В. Харченко, Е.Г. Романова, А.Ю. Яковлева. – Барнаул, 2009. – 108 с.
18. Шамарин П. И. Размышления клинициста о профессии врача / П. И. Шамарин. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1974. – 253 с.