

міністерство ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЛЕВИЦЬКА АННА ІВАНІВНА

УДК: 378:37,091.33-616.051(043,3)

Дисертація
формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у
професійній діяльності
015 професійна освіта (спеціалізація – теорія і методика професійної
освіти)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

Науковий керівник: Осипова Тетяна Юріївна, доктор педагогічних наук,
професор

Одеса – 2022

АНОТАЦІЯ

Левицька А.І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії з педагогіки за спеціальністю 015 Професійна освіта (спеціалізація – теорія і методика професійної освіти). – Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, 2022.

У дисертації подано теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми щодо формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, що дозволило обґрунтувати та побудувати структурну модель забезпечення цього процесу, розробити й експериментально перевірити педагогічні умови зазначеного конструкту в процесі професійної підготовки.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності та педагогічні умови її реалізації під час професійної підготовки.

Наукова новизна одержаних результатів дисертаційного дослідження полягає в тому, що вперше визначено й науково обґрунтовано педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії (створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти; спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів із пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання; залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності); визначено сутність поняття *«готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії»*; розглянуто методологічні

підходи формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності (аксіологічний, культурологічний, компетентнісний, особистісний, діалогічний); виявлено компонентну структуру готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності (мотиваційний, когнітивний, діяльнісний, афективний компоненти), критерії та показники зазначеного феномена: *настановний критерій* (наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі; наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії), *знанневий критерій* (обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн; обізнаність із особливостями діалогу культур), *поведінковий критерій* (наявність комунікативних умінь; наявність умінь емоційної саморегуляції), *особистісний критерій* (наявність толерантності; наявність емпатії); розроблено й експериментально перевірено структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, яка реалізовувалася поетапно (інформаційно-пізнавальний, практико-зорієнтований, самостійно-творчий етапи); уточнено сутність понять: «міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», «формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії», «полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти». Подальшого розвитку набули теорія і методика професійної підготовки майбутніх лікарів у закладах вищої медичної освіти.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що розроблено й апробовано діагностувальну й експериментальну методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, програму студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». Телретичні положення і результати дисертаційного дослідження можуть використовуватися викладачами медичних ЗВО України, під час проведення навчальних занять, розроблення науково-методичного забезпечення, написання наукових статей, у ході підготовки курсових і кваліфікаційних (магістерських) робіт майбутніх

лікарів.

Особистий внесок здобувача. Усі теоретичні та практичні результати, що виносяться на захист, отримані автором самостійно. У друкованих працях, опублікованих у співавторстві, автору дисертації належать: [3] – розглянуто змістовий аспект проведення практичних занять в умовах дистанційної освіти. [4] – розглянуто сутність компетентнісного і діалогічного підходів у підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії; [5] – обґрунтовано педагогічну умову «спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання»; [12] – характеристика показників знаннєвого критерію готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

У першому розділі **«Теоретичні засади підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності»** проаналізовано стан дослідження проблеми підготовки майбутніх сімейних лікарів, визначено сутність понять «готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії», «професійна підготовка», «міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», «формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії», «полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти», обґрунтовано педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

Зазначено, що професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії – це цілеспрямований освітній процес, що має на меті озброєння майбутніх фахівців системою фахових (медичних) знань, умінь і навичок для виконання професійної діяльності в полікультурному просторі

Установлено, що готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії є особистісним психологічним станом фахівця, що детермінується наявністю позитивної настанови на продуктивну співпрацю з представниками різних культур (етнічних та національних спільнот),

передбачає встановлення з ними оптимальних взаємодовірливих відносин, характеризується наявністю знань щодо культурних артефактів, традицій національної та інокультури, дотриманням професійного етикету в медичній галузі, вміннями вербального і невербального спілкування, особистісними і професійними якостями, що забезпечує здійснення професійної діяльності в полікультурному середовищі на високому рівні.

Виявлено, що формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, є динамічним процесом у ході їхньої професійної підготовки і потребує цілеспрямованої роботи, що забезпечує набуття студентами теоретичних знань і практичних умінь та навичок щодо реалізації міжкультурної взаємодії, набуття досвіду організації комунікативних ситуацій міжкультурної взаємодії під час навчання в медичних закладах вищої освіти.

Розглянуто міжкультурну взаємодію майбутніх лікарів як процес, що ґрунтується на спілкуванні і співпраці студентів на засадах толерантного ставлення до національних, культурних і релігійних особливостей різних культур під час опанування гуманітарних і фахових знань, умінь і навичок, що сприятиме формуванню їхньої готовності до здійснення такої взаємодії в полікультурному просторі.

Установлено, що формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності сприятиме організація освітнього процесу, яка ґрунтується на засадах аксіологічного, культурологічного, компетентнісного, особистісного, діалогічного методологічних підходів

Аксіологічний підхід передбачає спрямованість освітнього процесу на формування загальнолюдських і професійних цінностей у студентів, усвідомлення ними ціннісного ставлення до своєї професії, до довколишніх людей і вмінь будувати з ними стосунки, не зважаючи на культурні, етнічні, релігійні відмінності, тобто здійснювати міжкультурну взаємодію.

Культурологічний підхід забезпечує залучення студентів до

національної і світової культури, набуття студентами практичних умінь і навичок міжкультурної взаємодії.

Компетентнісний підхід сприяє поглибленню знань студентів щодо розмаїття культур світу, усвідомленню важливості обраної професії, забезпечує набуття вмінь співпраці з партнерами по взаємодії, незважаючи на національні, релігійні відмінності, поважати їхню думку, дотримуватися традицій, які панують у тій культурі, з представником якої доводиться спілкуватися лікарю в професійній діяльності;

Особистісний підхід передбачає активне залучення студентів у ситуації міжкультурного спілкування і взаємодії, що сприяє набуттю ними практичних умінь конструктивної співпраці з представниками різних культур;

Диалогічний підхід забезпечує створення сприятливої атмосфери у групі, студенти мають можливість обмінятися думками, набувають умінь і навичок слухати один одного, знаходити необхідні аргументи на користь своєї позиції, опановують професійну лексику тощо.

У другому розділі **«Експериментальна робота з формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності»** визначено критерії і показники, схарактеризовано рівні (достатній, задовільний, низький) готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у процесі професійної підготовки, розроблено й апробовано діагностувальну й експериментальну методики, презентовано структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, подано результати констатувального та прикінцевого етапів дослідження.

У науковому дослідженні теоретично обґрунтовано, розроблено і експериментально перевірено структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, яка містить мету, методологічні підходи, педагогічні умови, етапи, форми, методи і засоби реалізації визначених педагогічних умов, структурні компоненти

досліджуваного феномена, кінцевий результат.

Реалізація структурної моделі із упровадженням визначених педагогічних умов здійснювалась у межах занять студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», кожне з яких складалося відповідно до визначених етапів.

Метою першого – інформаційно-пізнавального – етапу була реалізація педагогічної умови «Створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти», яка була спрямована на набуття студентами необхідних знань щодо сутності понять «взаємодія», «професійна взаємодія», «полікультурний простір», «міжкультурна взаємодія», ознайомлення з видами міжкультурної взаємодії в галузі медицини, усвідомлення значущості готовності до міжкультурної взаємодії в професійній діяльності лікаря. Засобами реалізації зазначеної педагогічної умови виступили круглі столи, бесіди, дискусії, колективно-групова робота студентів під час занять гуртка і самостійна робота з інформативними джерелами (підготовка доповідей-презентацій, творчих виступів, складання термінологічного словника тощо).

На другому – практико-зорієнтованому – етапі впроваджувалася педагогічна умова «Спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання», що передбачала набуття майбутніми лікарями під час гурткових занять практичних умінь і навичок толерантності, емпатії, міжкультурної взаємодії, відпрацювання їх шляхом упровадження інтерактивних методів навчання (інтерактивні вправи, ігри, виконання творчих завдань, проведення віртуальних екскурсій), рольових ігор, вирішення професійних і конфліктних ситуацій (кейс-стаді) тощо.

Третій – самостійно-творчий – етап був спрямований на реалізацію педагогічної умови «Залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності» і передбачав участь майбутніх лікарів у позааудиторних виховних заходах,

конкурсах, зустрічах, тренінгах, а також, самостійну творчу діяльність студентів у межах студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів».

Статистично доведено, що реалізація педагогічних умов, впровадження експериментальної методики формування готовності майбутніх лікарів у професійній підготовці дозволило досягти суттєвих змін у рівнях сформованості досліджуваного феномену в експериментальній групі порівняно з контрольною.

Ключові слова: майбутні лікарі, міжкультурна взаємодія, полікультурний простір, модель, педагогічні умови, компоненти, критерії та показники готовності до міжкультурної взаємодії

ANNOTATION

Levitska A.I. Formation of readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activities. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for the Doctor of Philosophy degree in pedagogy, specialty 015 Vocational education (specialization – theory and methodology of vocational education). - State institution "Southern Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushinsky", Odesa, 2022.

The dissertation presents a theoretical generalization and a new solution to the scientific problem of forming the readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activities, which made it possible to substantiate and build a structural model for ensuring this process, to develop and experimentally test the pedagogical conditions of the specified construct in the process of professional training.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and experimentally verify the structural model of the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction in the process of professional activity and the pedagogical

conditions for its implementation during professional training. The scientific novelty of the obtained results of the scientific research is that for the first time the pedagogical conditions for the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction have been defined and scientifically substantiated (creating a multicultural educational environment in a medical institution of higher education; directing the educational process to the formation of intercultural interaction skills by means of interactive teaching methods; involving future doctors to the organization of constructive intercultural interaction in extracurricular activities); the essence of the concept "readiness of future doctors for intercultural interaction" is determined; methodological approaches to the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activity (axiological, cultural, competence, personal, dialogic) are considered; the component structure of the readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activity (motivational, cognitive, activity, affective components), criteria and indicators of the specified phenomenon were identified: guideline criterion (availability of positive motivation for professional activity in a multicultural environment; availability of motivation to achieve success in professional interaction), cognitive criterion (awareness of the national and cultural characteristics of different countries; awareness of the peculiarities of cultural dialogue), behavioral criterion (availability of communication skills; availability of emotional self-regulation skills), personal criterion (availability of tolerance; availability of empathy); a structural model of formation of readiness of future doctors for intercultural interaction in the process of professional training was developed and experimentally verified, which was implemented in stages (information-cognitive, practice-oriented, independent-creative stages); the essence of the concepts: "intercultural interaction of future doctors", "formation of readiness of future doctors for intercultural interaction", "multicultural environment of a higher medical education institution" has been specified. The theory and methodology of professional training of future doctors in institutions of higher medical education gained further development.

The practical significance of the research results is that the diagnostic and experimental methods of forming the readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activities, the program of the student group "Intercultural interaction of future doctors" have been developed and tested. The content and results of scientific research can be used by teachers of medical higher education institutions of Ukraine, during classes, development of training courses and scientific and methodological manuals, writing of scientific articles, in postgraduate education of doctors, during the preparation of coursework and qualification (master's) works of future doctors. Особистий внесок здобувача.

All theoretical and practical results submitted for defense were obtained by the author independently. In the printed works published in co-authorship, the author of the dissertation belongs to: [3] – the substantive aspect of conducting practical classes in the conditions of distance education is considered. [4] – the essence of competence and dialogic approaches in the preparation of future doctors for intercultural interaction is considered; [5] – the pedagogical condition "directing the educational process to the formation of intercultural interaction skills by means of interactive teaching methods" is substantiated; [12] – characteristics of indicators of the cognitive criterion of readiness of future doctors for intercultural interaction.

In the first chapter, "**Theoretical principles of training future doctors for intercultural interaction in professional activity**", the state of research on the problem of training future family doctors is analyzed, the essence of the concepts "readiness of future doctors for intercultural interaction", "professional training", "intercultural interaction of future doctors", "forming the readiness of future doctors for intercultural interaction", "multicultural environment of a higher medical education institution", pedagogical conditions for forming the readiness of future doctors for intercultural interaction are presented.

It is noted that professional training of future doctors is a purposeful educational process aimed at equipping future specialists with a system of professional professional (medical) knowledge, abilities and skills to perform

professional activities.

It was established that the readiness of future doctors for intercultural interaction is a personal psychological state of a specialist, which is determined by the presence of positive instructions for productive cooperation with representatives of different cultures (ethnic and national communities). It was established that the readiness of future doctors for intercultural interaction is a personal psychological state of a specialist, which is determined by the presence of positive guidance on productive cooperation with representatives of different cultures (ethnic and national communities), involves the establishment of optimal mutually trusting relations with them in the "doctor-patient" subsystem, is characterized by the presence of knowledge about cultural artifacts, traditions of national and foreign cultures, compliance with professional etiquette in the medical field, verbal and non-verbal communication skills, personal and professional qualities that ensure the implementation of professional activities in a multicultural environment at a high level.

It was revealed that the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activities is a dynamic educational process during their professional training and requires the provision of purposeful work aimed at students' acquisition of theoretical knowledge and practical skills in the implementation of intercultural interaction, gaining experience in organizing communicative situations intercultural interaction during training in medical institutions of higher education.

The cross-cultural interaction of future doctors is considered as an educational process based on communication and cooperation of students on the basis of a tolerant attitude towards national, cultural and religious characteristics of different cultures during the acquisition of humanitarian and professional knowledge, skills and abilities, which will contribute to the formation of their readiness to carry out such interaction in a multicultural space.

It was established that the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activities will be facilitated by the

organization of the educational process, which is based on the principles of axiological, cultural, competence, personal, dialogic methodological approaches

The axiological approach involves the orientation of the educational process to the formation of universal and professional values in students, their awareness of the valuable attitude to their profession, to the people around them and the ability to build relationships with them, regardless of cultural, ethnic, religious differences, that is, to carry out intercultural interaction,

The cultural approach ensures the involvement of students in national and world culture, students' acquisition of practical skills and skills of intercultural interaction;

The competent approach contributes to the deepening of students' knowledge of the diversity of world cultures, awareness of the importance of the chosen profession, will ensure the acquisition of the skills of cooperation with interaction partners, despite national and religious differences, respect their opinion, adhere to the traditions that prevail in the culture with which the representative has to communicate a doctor in professional activity;

The personal approach involves the active involvement of students in the situation of intercultural communication and interaction, which contributes to their acquisition of practical skills of constructive cooperation with representatives of different cultures; The personal approach involves the active involvement of students in the situation of intercultural communication and interaction, which contributes to their acquisition of practical skills of constructive cooperation with representatives of different cultures;

The dialogic approach ensures the creation of a favorable atmosphere in the group, students have the opportunity to exchange opinions, acquire skills and abilities to listen to each other, find the necessary arguments in favor of their position, master professional vocabulary, etc.

In the second section "**Experimental work on the formation of readiness of future doctors for intercultural interaction in professional activity**" criteria and indicators are defined, the level (sufficient, satisfactory, low) of readiness of

future doctors for intercultural interaction in the process of professional training is characterized, diagnostic and experimental methods are developed and tested, a structural model of the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction is presented, the results of the ascertainment and final stages of the research are presented.

In the scientific study, a structural model of the formation of the readiness of future doctors for intercultural interaction was theoretically substantiated, developed and experimentally verified, which includes the goal, methodological approaches, pedagogical conditions, stages, forms, methods and means of implementing the specified pedagogical conditions, structural components of the studied phenomenon, and the final result.

The implementation of the structural model with the introduction of certain pedagogical conditions was carried out within the classes of the student group "Intercultural interaction of future doctors", each of which was composed according to the defined stages.

The purpose of the first – informative and cognitive - stage was the implementation of the pedagogical condition "creating a multicultural educational environment in a medical institution of higher education", which was aimed at students' acquisition of the necessary knowledge about the essence of the concepts "interaction", "professional interaction", "multicultural space", "intercultural interaction", familiarization with the types of intercultural interaction in the field of medicine, awareness of the importance of readiness for intercultural interaction in the professional activity of a doctor. Round tables, conversations, discussions, collective and group work of students during group classes and independent work with informative sources (preparation of reports-presentations, creative performances, compilation of a terminological dictionary, etc.) were the means of implementing the specified pedagogical conditions.

At the second – practice-oriented – stage, a pedagogical condition was implemented: "directing the educational process to the formation of intercultural interaction skills by means of interactive teaching methods", which provided for

future doctors to acquire practical skills and skills of tolerance, empathy, intercultural interaction during group classes, and practice them through implementation interactive learning methods (interactive exercises, games, performing creative tasks, conducting virtual excursions), role-playing games, solving professional and conflict situations (case studies), etc.

The third – independently creative – stage was aimed at the implementation of the pedagogical condition "involvement of future doctors in the organization of constructive intercultural interaction in extracurricular activities" and provided for various extracurricular activities (participation in extracurricular educational activities, competitions, meetings), trainings, as well as independent creative activity of students within the pedagogical circle "Intercultural interaction of future doctors".

It has been statistically proven that the implementation of pedagogical conditions, the implementation of experimental methods of forming the readiness of future doctors in professional training made it possible to achieve significant changes in the levels of formation of the studied phenomenon in the experimental group compared to the control group.

Key words: future doctors, intercultural interaction, multicultural space, model, pedagogical conditions, components, criteria and indicators of readiness for intercultural interaction

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Статті у фахових виданнях:

1. Левицька А.І. Професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2020 № 20. Ч. 2. С. 73–77. URL: http://innovpedagogy.od.ua/archives/2020/20/part_2/17.pdf
2. Левицька А.І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук* Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231. URL: <http://www.aphn->

journal.in.ua/archive/28_2020/part_2/37.pdf

3. Левицька А. І., Русалкіна Л. Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. *Інноваційна педагогіка* Одеса, 2021. № 40. С. 81–84. URL: <http://innovpedagogy.od.ua/archives/2021/40/19.pdf>
4. Левицька А. І. Осипова Т. Ю. Методологічні засади підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. *Інноваційна педагогіка*. Одеса 2022 № 47 С. 200–204. URL: <http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2022/47/38.pdf>

Опубліковані праці в міжнародному виданні (Угорщина)

5. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії *Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (101), Issue: 259, С. 29–32. URL: www.seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Левицька А. І. Актуалізація проблеми формування міжкультурної компетенції іноземних студентів: *Нове та традиційне у дослідженнях представників психологічних та педагогічних наук*: матеріали XII міжнародної конференції з психології та педагогіки м. Львів. 20 березня 2019 року. Львів: ЛНУ імені Франка, 2019. С. 105–117.
7. Левицька А. І. Полікультурне середовище закладу вищої освіти як чинник підготовки студентів до міжкультурного спілкування. *Світоглядні горизонти місії вчителя нової української школи*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції м. Одеса. 26 вересня 2019 р. Одеса: Університет Ушинського. С. 39–43.
8. Левицька А. І. Сутність понять «взаємодія» і «професійна взаємодія» у професійній діяльності майбутніх лікарів *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі* : матеріали

- міжнародної науково-практичної конференції. м. Київ. 3–4 квітня 2020 р. Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2020. С. 58–62.
9. Левицька А. І. Актуалізація проблеми підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної комунікації *Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки. м. Львів. 24–25 квітня 2020 р. Львів : Львівська педагогічна спільнота. С. 36–40.
10. Левицька А. І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: особистісний критерій. *Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії* (психологічні та педагогічні аспекти): матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології м. Львів. 25–26 вересня 2020 р. Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота. С. 39–42.
11. Левицька А. І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: настановний критерій. *Психологія та педагогіка: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології. м. Одеса. 18-19 вересня 2020 р Одеса, 2020. С. 100.
12. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: знанневий критерій. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки. м. Харків. 15–16 січня 2021р. Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021. С. 69–71.
13. Левицька А. І. Модель підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки м. Київ. 4–5 березня 2022 р. Київ, 2022. С. 34–36.

Опубліковані праці у співавторстві

3. Левицька А. І., Русалкіна Л. Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2021. № 40. С. 81–84. URL: <http://innovpedagogy.od.ua/archives/2021/40/19.pdf>
4. Левицька А. І. Осипова Т. Ю. Методологічні засади підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. *Інноваційна педагогіка*. Одеса 2022 № 47 С. 200–204 URL: <http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2022/47/38.pdf>
5. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії *Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (101), Issue: 259. С. 29–32. URL: [www https://seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/](https://seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/).
12. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: знанневий критерій. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки*. м. Харків. 15–16 січня 2021р. Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021. С. 69–71.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	19
Розділ 1. Теоретичні засади підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності	
1.1. Підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності як педагогічна проблема	26
1.2. Методологічні засади формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності	41
1.3. Сутність і структура готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності	51
1.4. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.....	61
Висновки з першого розділу.....	90
Список використаних джерел до першого розділу.....	94
Розділ 2. Експериментальна робота з формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.....	
2.1. Результати констатувального етапу формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.....	111
2.2. Структурна модель і експериментальна методика формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.....	135
2.3. Порівняльний аналіз стану сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності на констатувальному і прикінцевому етапах дослідження.....	155
Висновки з другого розділу.....	176
Список використаних джерел до другого розділу.....	179
ВИСНОВКИ.....	185
ДОДАТКИ.....	190

ВСТУП

Реформування вищої освіти, що відбувається в Україні на сучасному етапі, зміни в ціннісних орієнтаціях, розширення міжкультурних контактів вимагає її спрямування на підготовку майбутніх фахівців до вирішення професійних завдань в умовах полікультурного простору. Підвищення суспільних вимог до майбутніх лікарів вимагає від них здійснювати обмін передовим досвідом лікування, налагоджувати професійні відносини в галузі медицини із зарубіжними партнерами, здійснювати наукову й практичну діяльність у полікультурному середовищі сучасного світу тощо. У цьому контексті формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності є важливим завданням сучасних закладів вищої медичної освіти.

Зазначимо, що питання професійної підготовки майбутніх лікарів не є новим. Формування особистісних і професійнозначущих якостей майбутніх медичних працівників постійно перебувають у центрі уваги дослідників, предметом наукових розвідок яких виступають окремі аспекти підготовки студентів у медичних ЗВО (Н.Авраменко, І.Булах, О.Біда, Р.Вітч, Д.Данко, Л.Дудікова, Д.Дюрба, В.Киричок, І.Мельничук, І.Паламаренко, С.Тихолаз, Н. Шигонська, В.Широбоков, Ф.Щербакова, О.Яцишина та ін.), професійної діяльності в умовах полікультурного середовища (О.Андрійчук, О.Галіцян, Т.Койчева, Т.Осипова, О.Попова, І.Кузнецова, М.Тараришкіна, І.Тимощук та ін.), формування комунікативної культури і комунікативної компетентності (О.Біда, Т.Бутенко, Л.Гепенко, І.Данченко, Н.Завіниченко, І.Козубовська, О.Краєвська, О.Опалюк, К.Орду, Л.Рибалко, Л.Русалкіна та ін.

Проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної комунікації і взаємодії у професійній діяльності в полікультурному світі досліджували Г.Андрєєва, О.Волобуєва, Л.Гайсіна, І.Гуменна, Д.Данко, О.Дігіна, М.Заєць, О.Каверіна, І.Козубовська, І.М'язова, Л.Орбан-Лембрик, Т.Пилип, Л.Почебут, Т.Сенченкова та ін.

Натомість, питання формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в науковій літературі висвітлено недостатньо.

Проблема формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в майбутній професійній діяльності підсилюється низкою суперечностей між:

- нагальною потребою в удосконаленні формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в майбутній професійній діяльності та недостатністю практичних методичних розробок, які б забезпечили продуктивність такого процесу в медичних ЗВО;

- потребою українського суспільства у фахівцях із відповідним рівнем міжкультурної взаємодії, які можуть успішно працювати в умовах полікультурного простору, і реальним станом готовності до її здійснення.

Необхідність подолання визначених суперечностей зумовила вибір теми дослідження **«Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з науковою темою кафедри педагогіки «Мультиплікативна парадигма професійного становлення фахівців» (№ 0114U007157), що входить до тематичного плану науково-дослідних робіт Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського». Автором досліджено проблему формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Тему дисертації затверджено вченою радою Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 3 від 25 жовтня 2018 року) й узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі педагогічних і психологічних наук при НАПН України (протокол № 1 від 29 січня 2019 року).

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й експериментально

перевірити структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності та педагогічні умови її реалізації під час професійної підготовки.

З метою досягнення зазначеної мети виокремлено такі **завдання** дослідження:

1. Науково обґрунтувати сутність феномена «готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії», уточнити поняття «міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», «формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії», «полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти».
2. Визначити методологічні підходи до формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.
3. Виявити компоненти, критерії, показники і схарактеризувати рівні готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.
4. Науково обґрунтувати педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.
5. Розробити й експериментально апробувати структурну модель та методику формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Об'єкт – професійна підготовка майбутніх лікарів у закладах вищої медичної освіти.

Предмет – зміст і методика формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Гіпотеза дослідження: формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності буде ефективним, якщо реалізувати такі педагогічні умови: створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти; спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання; залучення майбутніх

лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності.

Методи дослідження: задля вирішення поставлених завдань, досягнення мети, перевірки гіпотези дослідження використано загальнонаукові *теоретичні методи*: вивчення й аналіз філософської, соціальної, психолого-педагогічної, медичної літератури з проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності для побудови структурної моделі та обґрунтування педагогічних умов формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, узагальнення передового досвіду; *емпіричні методи дослідження* (спостереження, бесіди, вивчення практичної діяльності студентів під час аудиторної та позааудиторної роботи, самооцінка, психологічні методики, тестування, тренінги тощо) з метою розроблення структурної моделі формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у процесі професійної діяльності; педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний і прикінцевий етапи) застосовано з метою перевірки дієвості структурної моделі та експериментальної методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності; кількісний та якісний аналіз результатів дослідження з використанням методів математичної статистики – для визначення ефективності експериментальної методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Базою дослідження виступили Одеський національний медичний університет і Полтавський державний медичний університет. В експериментальній роботі задіяно 208 студентів медичних ЗВО.

Наукова новизна одержаних результатів наукового дослідження полягає в тому, що *вперше вихначено й науково обґрунтовано* педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності (створення полікультурного освітнього середовища

в медичному закладі вищої освіти; спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання; залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності); обґрунтовано сутність поняття «*готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії*»; визначено методологічні підходи формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності (аксіологічний, культурологічний, компетентнісний, особистісний, діалогічний); виявлено компонентну структуру готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності (мотиваційний, когнітивний, діяльнісний, афективний компоненти), критерії та показники зазначеного феномена: *настановний критерій* (наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі; наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії), *знаннєвий критерій* (обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн; обізнаність із особливостями діалогу культур), *поведінковий критерій* (наявність комунікативних умінь; наявність умінь емоційної саморегуляції), *особистісний критерій* (наявність толерантності; наявність емпатії). розроблено й експериментально перевірено структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, яка реалізовувалася поетапно (інформаційно-пізнавальний, практико-зорієнтований, самостійно-творчий етапи); обґрунтовано й експериментально перевірено методику формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності; уточнено сутність понять: «міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», «формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії», «полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти». Подальшого розвитку набули теорія і методика професійної підготовки майбутніх лікарів у закладах вищої медичної освіти.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що

розроблено й апробовано діагностувальну й експериментальну методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, програму студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». Теоретичні положення і результати дисертаційного дослідження можуть використовуватися викладачами медичних ЗВО України, під час проведення навчальних занять, розроблення науково-методичного забезпечення, написання наукових статей, у ході підготовки курсових і кваліфікаційних (магістерських) робіт майбутніх лікарів.

Результати дослідження впроваджено в освітній процес Одеського національного медичного університету (акт про впровадження від 21.06.2022 р.), Полтавського державного медичного університету (акт про впровадження № 01-01/1689 від 06.06.2022 р.), Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (акт про впровадження № 773/3033 від 06.06.2022 р.).

Достовірність результатів дослідження забезпечено доцільним поєднанням комплексу теоретичних та емпіричних методів дослідження, адекватних його меті, завданням, предмету і гіпотезі; порівняльним аналізом даних, одержаних за методами педагогічного дослідження.

Апробація результатів дослідження. Основні положення, висновки і результати дослідження викладено на міжнародних: «Нове та традиційне у дослідженнях представників психологічних та педагогічних наук» (Львів, 2019), «Світоглядні горизонти місії вчителя нової української школи» (Одеса, 2019), «Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі» (Київ, 2020), «Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні» (Львів, 2020), «Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти)» (Одеса, 2020), «Психологія та педагогіка: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень» (Одеса, 2020), «Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості» (Харків, 2021), «Сучасні досягнення

вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук» (Київ, 2022) науково-практичних конференціях.

Основні положення викладено в 13 публікаціях автора, із них 4 – у фахових виданнях України (2 у співавторстві), 1 – у науковому періодичному виданні іншої держави (Угорщина), 8 – апробаційного характеру (1 у співавторстві).

Структура дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний текст дисертації становить 166 сторінок. У тексті вміщено 21 таблицю 12 рисунків, що займають 12 сторінок основного тексту. У списку використаних джерел 207 найменувань (із них 15 – іноземною мовою). 13 додатків викладено на 52 сторінках. Загальний обсяг дисертації складає 254 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО МІЖКУЛЬТУРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1. Підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності на сучасному етапі

Реформування вищої освіти в Україні, яке сьогодні відбувається, ставить підвищені вимоги до підготовки конкурентоспроможних майбутніх фахівців, які повинні бути не лише озброєні якісними фаховими знаннями, а уміти використовувати їх у різноманітних професійно-комунікативних ситуаціях у полікультурному середовищі. Незаперечним фактом успішного виконання майбутніми фахівцями професійної діяльності в будь-якій галузі є якісна підготовка до її здійснення.

З огляду на це, в аспекті започаткованого дослідження необхідно визначити сутність понять «підготовка» і «професійна підготовка».

Аналіз наукових джерел дозволив дійти висновку, що на трактування поняття «підготовка» сьогодні не існує єдиного погляду. Так, науковцями подаються різні тлумачення зазначеного феномена. Зокрема, Л.Русалкіна значення слова «підготовка» розглядає як освітній процес, у ході якого здійснюється навчання й виховання студентів, формування їхньої особистості, здобуття ними необхідних знань, умінь і навичок, результатом якого є підготовленість до професійної діяльності [113, с. 9–10].

Розглядаючи сутність поняття «підготовка», О.Чайка виокремлює такі трактування зазначеного процесу, як: запас знань, одержаний ким-небудь; професійне навчання чогось; накопичення кимсь достатнього запасу теоретичних знань, практичних навичок, які необхідні для чогось [141, с. 24]. За визначенням М.Васильєвої, «підготовка» – це формування, удосконалення знань, умінь, навичок, якостей особистості, необхідних для виконання діяльності, здійснюваної в ході навчання, самоосвіти або професійної освіти

[7, с.168]. С.Головін поняття «підготовка» трактує як підготовку людини до оволодіння певною професією та виконання професійної діяльності на достатньо високому рівні [8, с. 534].

Дещо інше розуміння цього поняття подає О.Бойченко, трактуючи його як процес, в якому формуються та вдосконалюються професійні знання, уміння, навички та особистісні якості, що необхідні в майбутній професійній діяльності [5, с. 81].

Отже, на підставі вищезазначеного, поняття «підготовка» будемо розуміти як освітній процес, спрямований на набуття теоретичних знань й опанування практичних умінь і навичок, необхідних для здійснення майбутньої професійної діяльності.

Оволодіння студентами необхідними знаннями, уміннями та навичками відбувається під час професійної підготовки в закладах вищої освіти, що має на меті поглиблене ознайомлення майбутніх фахівців із науковими засадами майбутньої професії; набуття спеціальних практичних навичок і вмінь; формування особистісних і професійних якостей особистості, необхідних для роботи в певній сфері людської діяльності. Розглянемо сутність поняття «професійна підготовка».

Здебільшого дослідниками професійна підготовка розглядається як: система педагогічних та організаційних заходів, які забезпечують формування в особистості професійної спрямованості, системи знань, умінь, навичок, що лежать в основі професійної готовності особистості, яка вважає себе підготовленою і здатною виконувати певну професійну діяльність та бажає її виконати (Т.Танько). процес професійного зростання майбутніх спеціалістів; засіб розвитку індивідуального потенціалу особистості, її резервних сил, пізнавальної та творчої активності на підставі оволодіння загальнонауковими та професійно значущими знаннями, вміннями й навичками (В.Сагатовский); освітній процес, спрямований на формування в майбутніх спеціалістів необхідних знань, умінь і навичок, відповідних норм поведінки та професійних якостей, необхідних для продуктивної професійної

діяльності (Т.Качеровська);

За твердженням О. Семеног, професійна підготовка забезпечує набуття студентами відповідних знань, умінь і навичок, формування творчого, аналітичного мислення, розвиток потреби і вмінь самостійно поповнювати свої знання за фахом, бути мобільними, «гнучкими» до різних нововведень [116, с. 31].

За визначенням Н.Ничкало, професійна підготовка – це підготовка кваліфікованих, конкурентоспроможних фахівців із високим рівнем професійних знань, умінь, навичок і мобільності, що відповідає вимогам науково-технічного прогресу та ринковим відносинам в економіці; виховання соціально активних членів суспільства, формування в них наукового світосприйняття, творчого мислення, кращих людських якостей, національної свідомості і є головним завданням професійної освіти [80, с.11].

Професійна підготовка, зазначають Л.Руденко й А.Литвин, – це підготовка професійних кадрів, різні форми здобування професійної освіти; система організаційних і педагогічних заходів, які забезпечують формування в молоді уявлень, понять, та знань про світ професій, їх вимоги до особистості [111, с.324].

Щодо професійної підготовки майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, то ми суголосні з визначенням Н.Авраменко, яка розглядає означений феномен як процес, що вирізняється тенденцією переходу від навчальної до професійної діяльності, спрямований на формування в майбутніх лікарів професійної компетентності, психологічної готовності та здатності до самовдосконалення й навчання впродовж життя [1, с.56].

На думку Л.Русалкіної, професійна підготовка майбутніх лікарів – це «освітній процес, що передбачає оволодіння майбутніми фахівцями достатнім обсягом суспільних і наукових знань з фахових (медичних) дисциплін та дисциплін суміжних галузей, володіння високим рівнем загальної культури, здатність до врахування умов розв'язання певного кола завдань і власного аналізу результатів, формування широкого спектру знань і

навичок виконання відповідних дій, що є складником конкретних видів професійної діяльності» [114, с.46].

Розглядаючи особливості професійної підготовки іноземних студентів вищих медичних ЗВО, І.Мельничук та О.Яцишина наголошують на тому, що професійна підготовка майбутніх лікарів базується на загальних науково-теоретичних засадах професійної підготовки [72, с. 119].

Слід відзначити, що значна увага до підготовки майбутніх лікарів приділяється і в зарубіжних країнах. Сьогодні в Європі значного поширення в підготовці майбутніх лікарів набула запропонована у 2000 році Ідея побудови моделі глобальних мінімально-необхідних вимог («Global Minimum Essential Requirements» (GMER) [161]. Науковці (М. Мруга і Л. Войтенко) пояснюють, що поняття «глобальні мінімально-необхідні вимоги» не означає глобально однаковий навчальний план, форми і методи викладання або зміст навчання, що опановується в мінімальному обсязі. Це однакові ключові, найбільш важливі, обов'язкові результати навчання для всього світу на випускному етапі, яких можна досягти різними шляхами. Ці обов'язкові результати навчання є актуальними для лікаря будь-якої національності в будь-якому кутку земної кулі. Вони є мінімальними в контексті глобальних вимог, і враховують наявну континентальну, національну, регіональну специфіку, яка має вивчатись [77].

Так, науковці (Ю.Орел-Халік, С.Трегут, О.Уваркіна та ін.) зазначають, що в різних країнах зарубіжжя сьогодні спостерігається великий прогрес у медичній галузі, який безпосередньо впливає на професійну підготовку через систему вищої освіти в галузі медицини, підвищує вимоги до рівня знань, умінь і навичок майбутніх лікарів, їхнього творчого розвитку, формування в них відповідного світогляду, надійності підготовки. Зокрема, згідно з вимогами системи охорони здоров'я Великої Британії, крім традиційних медичних знань, майбутній лікар повинен володіти важливими знаннями з превентивної медицини, комунікативними навичками, знаннями про функції та роль родини в збереженні здоров'я, про соціальні та культурні особливості

пацієнта [86, с. 338].

У контексті дослідження важливими є результати досліджень науковців Німецького інституту міжкультурної дидактики, в досліджуються проблеми формування міжкультурної компетентності студентів. Дослідники цього інституту вважають, що вона містить три основні складові: *знання* (когнітивний аспект), що включають знання мов, культури країни та її культурних стандартів, знання про етноцентризм, знання процесів міграції та інтеграції; *здібності* (емоційно-афективний аспект), до яких належать спостереження, обізнаність, розуміння ситуації, адекватність, саморефлексія, сприйняття іноземного світогляду, здатність змінювати свої погляди, гнучкість, толерантність, відкритість, здатність до емпатії; *навички* (поведінковий аспект), які передбачають керування стресогенними ситуаціями, вміння запобігати і вирішувати конфлікти, комунікаційні навички, вміння працювати в іншому культурному середовищі тощо [29]. На нашу думку, виокремлені німецькими дослідниками складові, цілком прийнятні для вітчизняної системи підготовки фахівців і мають велике значення для формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Значна увага медицині і здоров'ю, а з огляду на це, і системі вищої медичної освіти, приділяється в США, яка має деякі особливості, пов'язані з економічною та соціально-політичною ситуацією в державі. Для США характерним є постійний наплив емігрантів, що зумовлює змішування культур, традицій, національностей, що у свою чергу, змушує американців бути активними, гнучкими та готовими до конкуренції. Існує багато чинників, що впливають на вибір тієї чи тієї професії. Все це доводить необхідність створення умов для формування конкурентоспроможного фахівця в будь-якій сфері, у тому числі в медичній. Професія лікаря в Америці посідає вагомe місце. На це впливає якісна підготовка фахівців, відповідність змісту освіти реаліям сучасного суспільства (орієнтація на запити суспільства (customer service orientation) [71, с.150–151].

Підготовка майбутніх спеціалістів в американській системі вищої медичної освіти на сучасному етапі є результатом тривалих, майже столітніх, перетворень, відправною точкою яких було визнання пріоритетності життя та здоров'я кожного громадянина, а головною метою – створення якісної медичної спільноти. Головним принципом організації американської медичної освіти й практики вступає пацієнтоцентричність, що закріплено низкою законодавчих актів, спрямованих на захист приватності пацієнта, його базових людських прав, зменшення кількості лікарських помилок тощо [15, с.157].

Згідно з вказівками Ради з акредитації медичної освіти, основою підготовки майбутніх лікарів у США визнано компетентнісний підхід, у межах якого виокремлено такі ключові компетентності, як: догляд за пацієнтами, медичні знання, міжособистісні та комунікативні вміння, практично-зорієнтоване навчання, професіоналізм, системнозорієнтована практика [15, с. 158].

Важливою особливістю навчання в медичних освітніх закладах США є те, що американські студенти під час навчання постійно перебувають у лікарні й отримують практичні знання і вміння, вчаться виконувати найрізноманітніші маніпуляції і діагностичні талікувальні процедури з реальними пацієнтами, тобто студенти-медики не відірвані від реалій практичної медицини і це дає їм змогу одразу після закінчення ЗВО виконувати обов'язки лікаря під керівництвом старших колег. Організований у такий спосіб освітній процес стимулює майбутніх лікарів на краще засвоєння вивченого матеріалу і мотивує їх на отримання якісних і глибоких знань, оскільки в такому разі студент не просто «зазубрює» матеріал із підручника, а розуміє суть тієї чи тієї хвороби і вивчає методи її діагностування й лікування в реальному житті [69].

Розповсюдженим інструментом професійного відбору студентів в медичних закладах США є система рейтингу студентів, викладачів, лікарів, освітніх закладів, їх ранжування за різними релевантними показниками,

стимулювання конкурентності. Полікультурність американської освіти, що є важливим у контексті нашого дослідження, забезпечується через залучення випускників з інших країн і запозичення американськими фахівцями досвіду інших країн, закріплено на законодавчому рівні є офіційною освітньою політикою [15, с.159].

У підготовці майбутніх лікарів у США, наголошує Л.Манюк, поряд із науково-теоретичними, навчально-методичними, матеріально-технічними і мотиваційними аспектами підготовки майбутніх лікарів до фахової комунікації, формування морально-етичної культури і мовної комунікації студентів є одним із освітньо-професійних завдань і важливою складовою підготовки майбутніх лікарів [65, с. 7].

Важлива роль, у підготовці майбутніх лікарів у медичних закладах США, наголошує Л. Манюк відводиться роботі з віртуальними пацієнтами. На його думку, до переваг застосування віртуальних пацієнтів з метою розвитку професійних комунікативних умінь належать: активне залучення студентів до навчальної діяльності; інтерактивність навчання; активна взаємодія студента; можливості фізичного відображення симптомів і захворювань. Урахування можливостей віртуальних пацієнтів, продовжує дослідниця, сприяє поглибленню знань студентів, формуванню в них критичного мислення та навичок прийняття рішень, забезпечує розвиток навичок морально-етичної та деонтологічної культури. До того ж модель віртуальних пацієнтів забезпечує належну емоційність студентів-медиків, спонукає до прояву емпатії, тощо. [65, с.9].

Досліджуючи теоретичні і практичні засади професійної підготовки майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах Великої Британії, К.Магрламова зазначає, що як і в медичних закладах США, у Великій Британії студенти-медики значну кількість часу проводять на клінічних базах практик. У Великій Британії навчання лікаря зазвичай здійснюється таким шляхом: нещодавно кваліфіковані лікарі (після закінчення бакалаврату) вступають у програму «Foundation Programme», де вони навчаються вже за

різними спеціальностями. Такі програми навчання, зазвичай, включають навчання загальної медицини та загальної хірургії, натомість така практика може включати в себе й інші складові, зокрема такі, як педіатрія, анестезіологія або загальна практика. Після завершення програми лікар може вибрати спеціалізацію в одній галузі, що включає додаткові оцінки і іспити [61, с. 88].

Для навчання в якості лікаря загальної практики (ЛЗП), після завершення програми «Foundation», лікар повинен провести вісімнадцять місяців у лікарні, займаючи посади з різних спеціальностей – часто в педіатрії, психіатрії, геріатрії (догляд за людьми похилого віку) та акушерства і гінекології. ЛЗП також має провести півтора роки на практиці за фахом – стажист у загальних практиках. Після завершення цієї підготовки і складання відповідних іспитів, лікар може стати ЛЗП і може практикувати вже самостійно [61, с.89].

Перелік загальнонаціональних стандартів щодо обов'язків лікаря, що був зареєстрований Генеральною медичною Радою Великої Британії (GMC) складається з чотирьох розділів. Для нашого дослідження важливим є два з них, а саме: *спілкування, співпраця і взаємодія* (необхідність лікувати пацієнтів як особистостей, поважаючи їхнє право на конфіденційність, їхню гідність, підтримувати пацієнтів у прагненні покращити і підтримувати їхнє здоров'я, необхідність співпрацювати з колегами в інтересах пацієнтів); *підтримка довіри* (необхідність бути чесними й відкритими, уникати несправедливої дискримінації пацієнтів і колег, не зловживати довірою пацієнтів або довірою спільноти до професії лікаря) [61, с. 91].

Обов'язковою умовою професійної підготовки майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти Великої Британії, і це є важливим у контексті підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, виступає впровадження іншомовної освіти, одним із завдань якої є збереження європейського та світового культурного багатства і мовної різноманітності, що ґрунтуються на культурній спадщині і національних традиціях. У Великій

Британії обов'язковим є вивчення не менше двох іноземних мов, це зумовлено загальною тенденцією до гуманізації освіти та полікультурного розвитку особистості на основі вивчення культури та мови та інших країн, що є сутністю іншомовної освіти; для студентів медичних закладів вищої освіти ця програма посилюється необхідністю налагоджувати комунікативні стосунки з пацієнтами та колегами з інших країн. Оволодіння студентами іноземними мовами дозволяє ознайомлювати їх із національними/регіональними тенденціями та забезпечувати високий рівень міжкультурної компетентності в мовному забезпеченні ЗВО [61, с. 98].

Підсумовуючи, доходимо висновку, що в зарубіжних країнах під час професійної підготовки майбутніх лікарів належна увага надається формуванню вмінь спілкування з різними категоріями пацієнтів, у тому числі й представників інших культур.

У контексті дослідження доцільно розглянути проблему підготовки майбутніх лікарів до професійної взаємодії в полікультурному середовищі, яка набуває все більшої актуальності в умовах сьогодення, оскільки поширюються зв'язки України з іноземними країнами, у вітчизняних медичних закладах навчаються студенти з різних країн, до того ж і сама Україна є багатонаціональною країною, що зумовлює необхідність підготовки студентів медичного профілю до міжкультурної комунікації в майбутній професійній діяльності. Важливим, на нашу думку, є те, що підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії забезпечує здатність до міжкультурної комунікації в майбутній професійній діяльності, тобто сприяє їхній конкурентоспроможності.

У наукових джерелах поняття «комунікація» потрактовано як духовно-психологічний аспект процесу людського спілкування, що характеризується як сутністю (обмін інформацією, сприймання і розуміння людьми одне одного), так і формами психологічного контакту і впливу (вербальне-невербальне, безпосереднє-опосередковане тощо); механізм, що забезпечує існування і розвиток людських відносин, який вміщує в собі всі сенсові

символи, засіб їх передання в просторі та збереження в часі [126].

Зазначимо, що поняття «комунікація» часто розглядається як синонім поняття «спілкування», проте, на думку А.Логвіненко, і ми не можемо з цим не погодитися, «комунікація» є ширшим поняттям, ніж поняття «спілкування». Спілкування, за твердженням дослідниці, повинно розглядатись як усно-мовна вербальна та невербальна взаємодія, щореалізується в практичній діяльності [59, с. 59].

Процес спілкування, за визначенням науковців (Е.Джандт, Д.Мацумото, С.Пілішек, Л.Хуанг та ін.), значно ускладнюється, коли він відбувається в полікультурному середовищі, яке характеризується наявністю представників різних культур. Спілкування з представниками інших культур є більш складним, ніж із співвітчизниками, оскільки здійснення учасниками акту спілкування різними мовами ускладнює процес обміну інформацією [98]. Намір співрозмовника, який відправляє повідомлення, несвідомо наділяє його певними відтінками компонентів рідної культури, своїми соціальними особливостями. Людина, яка отримує повідомлення, виступаючи носієм зовсім іншого культурного коду, може мати труднощі із розумінням змісту повідомлення або і зовсім неправильно його трактувати, перебуваючи під впливом психокультурних чинників [98].

Міжкультурне спілкування є процесом обміну символами, під час якого представники двох (або кількох) культурних спільнот обговорюють значення спільних понять в інтерактивний спосіб [47]. Під час професійного спілкування в міжкультурному середовищі, наголошують дослідники (Г.Андреева, Л.Орбан-Лембрик, С.Пілішек) здійснюється міжособистісне пізнання один одного учасниками процесу спілкування, якому притаманні емпатійне розуміння та прийняття, інтерпретація інформації та вчинків інших учасників спілкування, формування цілісного уявлення про представників інших культур як особистостей, прогнозування змін поведінки своїх колег, побудова власної стратегії поведінки [98].

Суголосні із твердженням І. Сімкової, що медицина, є однією зі сфер

наукової діяльності, де міжнародний обмін знаннями ведеться досить широко й успішне спілкування вимагає від фахівців цієї галузі особливої уваги до професійно зорієнтованого мовлення фахівця, його особистості та культури загалом [121, с. 117]. На сучасному етапі розвиток медицини в Україні, продовжує дослідниця, і ми не можемо з цим не погодитися, характеризується розширенням зовнішніх зав'язків, актуалізацією міжнародного професійного спілкування та інтенсивним розвитком професійно зорієнтованої комунікації для медичних спеціальностей, за яким часто стоять соціокультурні явища, що відображають факти громадського та наукового життя іншомовної культури. [121, с. 116].

На нашу думку, у професійній діяльності майбутніх лікарів навички і вміння працювати в умовах полікультурного середовища відіграють особливу роль, оскільки від культури спілкування залежить встановлення міжособистісного контакту з пацієнтом та його родичами, що певним чином впливає як на процес, так і на результат лікування [120, с. 118].

Підсумовуючи, доходимо висновку, що майбутні лікарі мають бути готовими до міжкультурної комунікації з представниками інших культур, що передбачає формування в них здатності до діалогу, толерантного ставлення до національно-культурних, релігійних та інших відмінностей учасників спілкування, тобто володіти міжкультурною компетенцією. За визначенням І.Шавкун, саме міжкультурна компетенція повинна стати однією з найважливіших характеристик фахівця, під якою розуміється сукупність професійних якостей, що містить: теоретичні знання щодо національних культур, психологічні властивості (відвертість, гнучкість, терпимість, готовність працювати з представниками інших культур), практичні навички ефективних міжкультурних комунікацій [143, с. 117].

Термін «міжкультурна комунікація» визначають як: спілкування людей із різними релігійними віруваннями, освітою, ціннісними орієнтаціями, манерою поведінки [161]; процес взаємного зв'язку та взаємодії представників різних культур; специфічну суб'єкт-суб'єктну взаємодію, у

якій відбувається обмін інформацією, досвідом, уміннями й навичками носіїв різних культур і релігійних уподобань [87, с. 263]; готовність людини до сприйняття, розуміння і прийняття інших (чужих) етнічних стереотипів поведінки, народів, звичаїв, інтересів, культурних цінностей тощо [99, с. 202].

Міжкультурна комунікація, наголошує О.Тур, відбувається кожного разу, коли інформацію, передану представником однієї культури, розуміє представник іншої культури, тобто це спілкування між представниками різних культур. Важливою характеристикою міжкультурної комунікації є те, що один із партнерів, який бере участь в ній, повинен використовувати іншу мову, яка може бути (чи не бути) варіантом його власної [134, с. 202–203].

Отже, зважаючи на те, що майбутня професія лікаря передбачає як міжособистісне, так і професійне спілкування з представниками різних культур, доходимо висновку щодо необхідності підготовки студентів у медичних закладах вищої освіти до міжкультурної комунікації, що є передумовою формування їхньої готовності до міжкультурної взаємодії в подальшій професійній діяльності. Розглянемо сутність поняття «взаємодія».

Поняття «взаємодія» в довідниковій літературі тлумачиться як: філософська категорія, що відображає процес безпосереднього або опосередкованого впливу об'єктів (суб'єктів) один на одного, що породжує їхню взаємну зумовленість і взаємозв'язок; взаємний зв'язок між предметами в дії, а також як погоджена дія між ким-небудь. При цьому наголошується, що при взаємодії кожний з об'єктів діє (впливає) на інші об'єкти, приводячи до їх зміни, і водночас зазнає впливу з боку кожного з цих об'єктів, що, зумовлює зміну його стану [38].

Взаємодія – це процес безпосереднього або опосередкованого впливу об'єктів /суб'єктів один на одного, що породжує причинну зумовленість їхніх дій і взаємозв'язку. Зазначений процес потребує активності та взаємної спрямованості дій його учасників. Взаємодія людини з людиною в суспільстві – це і взаємодія їхніх світоглядів: обмін думками, ідеями,

образами, вплив на різні наміри і потреби, на оцінку іншого індивіда, його емоційний стан. Взаємодія людей виступає провідним чинником у регуляції їхніх самооцінок і поведінки в суспільстві [11].

За визначенням О. Панкевич, взаємодія – це своєрідне втілення зв'язків, взаємин між людьми, котрі, вирішуючи спільні завдання, доповнюють один одного і досягають успіху в розв'язанні професійних завдань [93, с. 4]. За твердженням Л.Орбан-Лембрик, взаємодія – це взаємозалежний обмін діями, організація людьми взаємних дій, спрямованих на реалізацію спільної діяльності. Під час взаємодії, наголошує науковець, зароджуються спорідненість, координація дій обох суб'єктів, а також взаємне регулювання, взаємоконтроль, взаємовплив, взаємодопомога. Взаємодіючи, обмінюючись інформацією, партнери по спілкуванню вироблюють форми і норми спільних дій, організують і координують їх [84, с. 479].

Взаємодію як універсальну властивість усього наявного світу речей і явищ в їх взаємній зміні, впливові одного на одного.... систему зв'язків між індивідами, соціальними групами, сукупність усіх соціальних відносин тлумачить В.Москаленко [76, с. 440]. Як «своєрідне втілення зв'язків, взаємин між людьми, які, вирішуючи спільні завдання, доповнюють один одного і досягають успіху в розв'язанні поставлених завдань» розглядає взаємодію Г.Микитюк і наголошує при цьому, що «змін зазнають усі учасники взаємодії» [73, с. 23].

Конструктивна взаємодія, на думку Т.Пушкар, залежить від особистого внеску кожного учасника в спільну діяльність, зокрема під час навчання в закладах вищої освіти, що має кілька основних ознак: наявність загальних цілей усіх учасників взаємодії; прагнення спільної діяльності, яка не суперечить індивідуальним мотивам; розподіл повноважень між учасниками взаємодії; координація дій у взаємодії учасників освітнього процесу; усвідомлена необхідність в управлінні процесом спільної діяльності; націленість на єдиний результат (сформовану готовність до міжособистісної взаємодії [105, с. 22].

В аспекті дослідження викликають інтерес наукові доробки Н.Шигонської, предметом наукових розвідок якої є підготовка майбутніх лікарів до професійної взаємодії. Не можемо не погодитись із твердженням дослідниці, що професійна взаємодія медичних працівників – це динамічний, соціально-зумовлений процес безпосереднього або опосередкованого, одночасного впливу медичного працівника та пацієнта один на одного під час надання медичної послуги при домінувальній ролі медичного фахівця, який має відповідну теоретичну та практичну підготовку, метою діяльності якого є збереження здоров'я, поліпшення фізичного й психологічного стану людини [147, с. 6–7].

У процесі професійної взаємодії лікарів Ю.Устименко, слідом за Ю.Болдиревим, І.Герасимовичем, виокремлює такі її види: *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 протиборства між людьми)

У ході здійснення означених типів взаємодії, наголошує науковець, зазвичай виявляються такі провідні стратегії поведінки, як: *співпраця* (спрямована на повне задоволення учасниками взаємодії своїх інтересів); *протидія* (передбачає орієнтацію на власні цілі без урахування цілей партнерів спілкування); *компроміс* (реалізується в досягненні цілей партнерів заради умовної рівності); *поступливість* (передбачає жертвування власними інтересами для досягнення цілей партнера); уникнення (відхід від контакту, втрату власних цілей для виключення виграшу іншого) [137, с. 367].

Розглядаючи сутність взаємовідносин у системі «лікар – пацієнт» учений, на нашу думку, цілком доцільно наводить виокремлені Р.Витчем чотири моделі: *інженерна* (коли пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм, тобто пацієнт не бере участі в обговоренні процесу лікування); *колегіальна* (коли відносини між лікарем і пацієнтом будуються на визнанні рівних прав обох сторін у прийнятті рішення щодо діагностики

та лікування наявного захворювання); *контрактна* (коли взаємодія лікаря і пацієнта базується на принципах договору, відносини будуються на основі взаємної довіри); *патерналістська* (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) [137, с. 367].

За твердженням Н.Калашнік, сучасний фахівець може бути успішним лише в тому разі, якщо він розуміє міжкультурні аспекти своєї професійної діяльності й може застосовувати свої культурологічні знання в міжкультурній взаємодії, що передбачає розуміння позиції співрозмовника, прояв емпатійних умінь до нього, розмовляти з ним за його правилами зі своєю метою; запобігати конфліктним ситуаціям на міжкультурному підґрунті; налагоджувати довірливий контакт із співрозмовником, створювати атмосферу діловитості, порозуміння, приязні тощо [32, с. 155].

На підставі вищезазначеного, міжкультурну взаємодію майбутніх лікарів розглядаємо як освітній процес, що ґрунтується на спілкуванні і співпраці студентів на засадах толерантного ставлення до національних, культурних і релігійних особливостей різних культур під час опанування професійних (медичних) знань, умінь і навичок, що сприятиме формуванню їхньої готовності до здійснення такої взаємодії в полікультурному просторі.

Отже, ґрунтуючись на аналізі наукової літератури, професійну підготовку майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії будемо розуміти як цілеспрямований освітній процес, що має на меті озброєння майбутніх фахівців системою фахових (медичних) знань, формування вмій і навичок взаємодії з представниками інших культур для виконання професійної діяльності в полікультурному просторі.

Розглянемо методологічні засади формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності

1.2. Методологічні засади формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності

На підставі опрацювання наукового фонду педагогічної, психологічної та медичної галузей було обрано аксіологічний, культурологічний, компетентнісний, особистісний, діалогічний методологічні підходи, які, на нашу думку, є підґрунтям для формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. Обґрунтуємо доцільність вибору визначених методологічних засад

Аксіологічний підхід. Аксіологія – вчення про цінності, теорія загальнозначущих принципів, що зумовлюють і визначають спрямованість людської діяльності, мотивацію людських вчинків [2] Л.Нікогосян і Ю.Асеєвою, аксіологія розглядається як теорія цінностей і характеризується суттєвим переміщенням уваги на загальнолюдські цінності, які визначаються в свідомості людей сучасними реаліями буття. Отже, центральним поняттям в аксіології є поняття «цінності», яке характеризує соціокультурне значення явищ дійсності, включених у ціннісні відносини [81].

Суголосні із твердженням С.Костюк, що розуміння своєї і чужої культури, розуміння цінностей іншої країни, вміння бачити схоже та відмінне між культурами, які взаємодіють, застосовувати ці знання під час міжкультурного спілкування – усе це сприяє формуванню вмінь міжкультурної взаємодії [42, с. 43]. Саме застосування аксіологічного підходу в освітньому процесі вищого медичного закладу освіти, на думку дослідниці, допоможе майбутнім лікарям сформувати толерантне ставлення до інших людей, зрозуміти багатоманітність світу, організувати та спрогнозувати результати своєї діяльності, зрозуміти і сприймати інші вірування, переконання, підготуватися до міжкультурної взаємодії з представниками інших соціокультурних спільнот [42, с. 64].

У гуманітарній сфері, наголошує О.Баглай, сьогодні набуває особливого звучання ціннісне освоєння світу, яке передбачає насамперед

взаємоповагу один до одного, культуру спілкування, прояв толерантності [3, с. 28]. І продовжує, що це зумовлено передусім зростанням інтенсивності контактів, взаємодії та комунікації представників різних соціальних груп і етносів, унаслідок чого активізується обмін цінностями між представниками різних соціумів, стає можливою координація дій у різних сферах суспільного життя [3, с. 29].

Аналогічну думку знаходимо в дослідженні К. Орду, яка наполягає на тому, що актуальність аксіологічного підходу до вирішення проблеми формування ціннісних орієнтацій майбутніх лікарів зумовлена сучасними тенденціями розвитку світового освітнього простору, необхідністю побудови ієрархії цінностей виховання особистості у вищій школі України [85, с. 188].

Розглядаючи проблеми формування ціннісних орієнтацій в системі вищої освіти, дослідники (О. Мурзіна, В. Мирошниченко, А. Каблуков, І. Костенко та ін.) зазначають, що аксіологічний підхід дозволяє акцентувати увагу в ході освітнього процесу на розвитку загальнолюдських, професійних та особистісних цінностей студентів, які виступають певним фундаментом для конструювання свого внутрішнього світу, стійкої життєвої позиції та успішної професійної діяльності, у тому числі в полікультурному просторі [78, с. 70].

Професійні цінності, зауважує Ю. Остраус, є дієвим чинником, який впливає на регулювання професійної комунікації (*у тому числі і міжкультурної – А.Л.*) майбутніх лікарів, забезпечуючи підґрунтя для розвитку їхньої професійно-комунікативної культури. З огляду на це, продовжує авторка, реалізація аксіологічного підходу набуває великого значення в період реформування системи охорони здоров'я, коли відбуваються зміни її правових, організаційних та економічних підвалин, а також утворюються нові стереотипи професійної поведінки медичних працівників. Реалізацію аксіологічного підходу в освітньому процесі вчена пов'язує зі створенням умов для набуття студентами загальнолюдських (добро, любов, правда, віра, справедливість тощо) та професійних

(милосердя, відповідальність, чуйність, толерантність, емпатія) цінностей, для перетворення їх на власні цінності, що стають основою переконань [90, с. 97].

Підсумовуючи доходимо висновку, що в контексті дослідження аксіологічний підхід до професійної підготовки майбутніх лікарів передбачає спрямованість освітнього процесу на формування загальнолюдських і професійних цінностей у студентів, усвідомлення ними ціннісного ставлення до своєї професії, до довколишніх людей (пацієнтів, їхніх родичів, колег, медичного персоналу тощо) і вмінь будувати з ними стосунки, не зважаючи на культурні, етнічні, релігійні відмінності, тобто здійснювати міжкультурну взаємодію, базуючись на визнанні людини як найвищої цінності, повазі її думок, світогляду, ставлення до світу.

Культурологічний підхід. Культурологічний підхід, на нашу думку, відіграє провідну роль у підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. З метою здійснення конструктивної міжкультурної взаємодії майбутні лікарі повинні володіти знаннями щодо культурно-національних особливостей представників різних культур. Уважаємо, що знання історії країни, панівної релігії, національних традицій, забобонів, міфів і легенд, стереотипів, розуміння значення найбільш уживаних жестів, особливості етикету в бізнесі і в побуті, допоможуть лікарю виробити відповідну поведінку під час спілкування з пацієнтом-іноземцем чи його родичами, або у ході спілкування із зарубіжним партнером, запобігти виникненню неприємних або, навіть, конфліктних ситуацій під час спілкування з ними. Знання видатних творів мистецтва (музики, живопису, театрального і кіномистецтва, літератури, архітектури тощо) сприятимуть знаходженню різних тем для міжкультурного спілкування, які допоможуть лікарю краще зрозуміти ставлення людини до світу.

Оволодіння культурою спілкування, зазначає С. Костюк, дає змогу студентам уникнути конфліктів, пригніченого стану, удосконалити мистецтво комунікативної поведінки, адекватно висловлювати власні думки,

відстоювати свою позицію, що сприяє спільному успіху, Успішна міжкультурна комунікація передбачає готовність людини до аналізу, розуміння і прийняття чужих стереотипів поведінки, звичаїв, культурних цінностей тощо [42, с. 64].

Розглядаючи теоретичні засади процесу підготовки майбутніх учителів до взаємодії суб'єктів освітнього процесу в умовах полікультурності, Н.Якса виокремлює такі його складові, як: соціокультурне оточення, виховання і практика, які реалізуються через освіту; ознайомлення зі світовою культурою з одночасним залученням до загальнолюдських цінностей; сприйняття історії свого народу крізь призму історичного минулого своєї країни й людства, а себе – як носія національних цінностей; формування розуміння цілісності сучасного світу, взаємозалежності всіх подій і процесів, необхідності об'єднання зусиль представників різних культур для вирішення глобальних проблем людства; визнання рівності та достоїнств усіх культур і права представників інших культур зберігати свою культурну самобутність тощо [153, с. 324]. І хоча науковець фокусує свою увагу на підготовці майбутніх учителів, означені складники є прийнятними і в освітньому процесі закладу вищої медичної освіти.

Таким чином, культурологічний підхід у професійній підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії забезпечує залучення студентів до національної і світової культури, сприяє набуттю студентами практичних умінь міжкультурної взаємодії, зокрема зі студентами-іноземцями, які навчаються в медичному виші і які належать до інших культур, без упередженого ставлення до них. допомагає їм сформувати толерантне ставлення до інших людей, які їх оточують, зрозуміти розмаїтість світу, організувати та прогнозувати результати своєї діяльності, зрозуміти і сприймати інші вірування, переконання, підготуватися до міжкультурної взаємодії з представниками різних культур .

Компетентнісний підхід. Роль компетентнісного підходу у професійній підготовці майбутніх лікарів досліджували: М.Банчук,

О.Волосовець Я.Нахаєва, К.Орду, М.Демянчук, І.Мельничук, Р.Моїсеєнко, Л.Русалкіна О.Чернишенко та ін. Зокрема Л. Русалкіна наголошує на тому, що в системі медичної освіти компетентнісний підхід передбачає орієнтацію студентів на міжнародні стандарти якості підготовки фахівців у галузі медицини, дозволяє сучасному лікарю у професійній діяльності максимально адекватно актуалізувати себе інтелектуально як на рецептивному, так і на продуктивному рівнях, дозволяє ознайомитись із зарубіжними новітніми досягненнями в медичній сфері [114, с. 147–148].

На думку М.Філоненко, і з цим не можна не погодитися, компетентнісний підхід у вищій медичній освіті передбачає зміщення акценту з накопичування студентами знань, умінь і навичок на формування та розвиток у них загальних і спеціальних (предметних) компетентностей та вміння застосовувати їх у лікарській практиці [138, с. 47]. До загальних компетентностей науковцем віднесено такі: емпатія, ініціативність, прагнення до успіху, навички міжособистісного спілкування, вміння розпізнавати особистісні ресурси, працювати як автономно, так і в команді тощо [138, с. 48]. На жаль, науковцем не врахована така компетентність, як здатність до міжкультурної взаємодії, яка останнім часом набуває все більшої актуальності, зважаючи на поширення міжнародних зв'язків у медичній галузі.

Формування означених якостей у студентів-майбутніх лікарів під час навчання в межах компетентнісного підходу, продовжує цю думку С.Костюк, і ми з нею цілком згодні, допоможе їм сформувати толерантне ставлення до інших людей, зрозуміти багатоманітність світу, набути вмінь організовувати та прогнозувати результати своєї діяльності, розуміти і сприймати інші вірування, переконання, підготуватися до міжкультурної взаємодії з представниками інших соціокультурних спільнот [42, с. 64].

Суголосні також із твердженням О.Ільницької та З.Попович, що саме в медичній галузі повинно приділятися більше уваги питанням впровадження компетентнісного підходу, оскільки сучасна система медичної освіти має

відповідати сучасним міжнародним вимогам, що зумовлено стрімким зростанням обсягів новітніх медичних даних і результатів наукових досліджень; швидкою зміною самого розуміння подій, фактів, явищ і недостатнім часом на передавання і переосмислення цих знань в освітньому процесі [31, с. 93].

На нашу думку, найбільш важливими в підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії є комунікативна і соціокультурна компетентності.

Комунікативна компетентність особистості розглядається С.Мащак як ступінь задовільного оволодіння певними нормами спілкування, поведінки, як результат навчіння, засвоєння соціально психологічних еталонів, стандартів, стереотипів поведінки, оволодіння «технікою» спілкування [68, с.437].

Важливим в аспекті дослідження є твердження О. Горошкіної, яка зазначає, що «оволодіння комунікативною компетентністю, неможливе без оволодіння певним обсягом культурної інформації, без ознайомлення студентів із культурою народу, з яким відбувається спілкування. Результатом реалізації в освітньому процесі компетентнісного підходу є формування особистості, готової до міжкультурного спілкування, до участі в діалозі культур, дозволяє залучити студентів до продуктивної міжкультурної комунікації» [14, с. 32].

На підставі вищезазначеного, вважаємо, що комунікативна компетентність, є необхідним складником у підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, який містить уміння висловлювати не лише власну думку, а й розуміти співрозмовника, який належить до іншої культури.

Іншою важливою компетентністю у підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії виступає соціокультурна компетентність, яку науковці (Т. Варянюк, Л. Іванченко та ін.) трактують як знання культурних особливостей носіїв мови, їхніх традицій, звичок, норм етикету та вміння розуміти їхню комунікативну поведінку й адекватно використовувати набуті знання у процесі спілкування, будучи при цьому носієм іншої культури [7,

с.106].

За О. Кучерук, соціокультурна компетентність – це інтегративне особистісне утворення, що охоплює: знання, пов'язані зі світовою, національною, культурою, цінностями, що визначають стосунки між людьми; шанобливе ставлення до надбань рідної та інших мов; бажання здійснювати свою діяльність у соціальному середовищі за законами добра й краси; уміння організувати власну мовленнєву діяльність з урахуванням соціальних норм поведінки, морально-етичних, естетичних та інших цінностей; здатність до життєдіяльності в певному лінгвосоціумі [45, с. 5].

Отже, можемо стверджувати, що соціокультурна компетентність є таке важливою складовою міжкультурної в професійній діяльності лікаря, оскільки сприяє формуванню здатності майбутніх лікарів до здійснення взаємодії з представниками різних культурних спільнот, поглиблює знання студентів щодо історії, культури, релігії, традицій, норм спілкування, ділового етикету в різних культурах.

З огляду на вищезазначене, доходимо висновку, що організація підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії з позиції компетентнісного підходу сприятиме поглибленню знань студентів щодо розмаїття культур світу, усвідомленню важливості обраної професії, забезпечить набуття вмінь співпраці з партнерами по взаємодії (пацієнтами, їхніми родичами, колегами тощо), незважаючи на національні, релігійні відмінності, поважати їхню думку, дотримуватися традицій, які панують у тій культурі, з представником якої доводиться спілкуватися лікарю в професійній діяльності.

Особистісний підхід. Доцільність використання особистісно-зорієнтованого підходу в освітньому процесі досліджували такі науковці, як: І.Бех, Є.Бондаревська, С.Костюк, С.Подмазін, І.Якиманська та ін.).Зокрема С. Костюк наголошує на тому, що особистісно орієнтований підхід у підготовці майбутніх лікарів виступає як процес формування особистості з урахуванням її індивідуальних характеристик, що спрямовує на поступову

активізацію механізмів саморозвитку, самореалізації, самовиховання, необхідних для діалогічної взаємодії з людьми, культурою, цивілізацією. Провідною метою означеного підходу, на думку вченої, є формування відносин між усіма учасниками освітнього процесу на принципах гуманізму, визнання пріоритету особистості студента, знання його особистісних характеристик, що сприяє розвитку людини на принципах демократизму й особистісного діалогу [42, с. 77].

На необхідності застосування в освітньому процесі закладів вищої медичної освіти особистісного підходу наголошує І. Гуменна, оскільки цей підхід ґрунтується на принципі студентоцентризму й основними його завданнями є: сприяння зацікавленості кожного студента в роботі групи за допомогою чіткої мотиваційної настанови; використання різноманітних форм і методів організації освітньої діяльності, що зорієнтовані на конкретного студента; стимулювання майбутніх лікарів до висловлювання, використання різних способів розв'язання ситуативних завдань без страху бути покараним за неправильну відповідь; створення на занятті таких педагогічних ситуацій, що дають можливість кожному студенту виявити ініціативу, самостійність [18. с. 43–44]. Ми цілком згодні із науковцем, зважаючи на те, що особистісний підхід у професійній підготовці майбутніх лікарів відіграє значну роль у формуванні їхньої готовності до міжкультурної взаємодії в майбутній професійній діяльності.

Поділяємо твердження Т. Пилип, що сучасним медичним працівникам доводиться не лише стикатись із труднощами у професійній сфері, але й бути готовими до роботи в умовах поліетнічного соціуму, до постійного діалогу культур і народів, міжнаціонального спілкування. Саме тому, під час навчання у закладах вищої медичної освіти важливо не просто отримати навички адаптації до соціального та професійного середовища, але й переосмислити його, створити принципово нові алгоритми та види діяльності з урахуванням можливості здійснення професійної діяльності в умовах полікультурного простору, тобто підготувати їх до міжкультурної взаємодії з

майбутніми пацієнтами, медичним персоналом, які належать до іншої культури. З огляду на це, основною метою навчання на засадах особистісного підходу, за Т. Пилип, і ми цілком поділяємо цю думку, є формування та розвиток таких особистісних якостей студентів, які сприяли б активності студентів-медиків, а також дозволяли їм самореалізовуватися [97, с. 56]

Не можна не погодитись і з тим, що при особистісному підході, за визначенням Н. Авраменко, повинні враховуватися такі особливості майбутнього лікаря як сприйняття, увага, пам'ять, мислення, особливості мови й емоційної сфери, поведінки, фізичні особливості, темп діяльності, загальні здібності, працездатність, тощо. При врахуванні всіх цих особливостей можливе виховання цілісної, гармонійно розвиненої індивідуальності та повноцінної особистості [1, с. 85]. Додамо до цього переліку і необхідність урахування й національно-культурних особливостей студентів, що є, на нашу думку, дуже важливим, оскільки в закладах вищої медичної освіти навчається багато представників різних культур.

Діалогічний підхід. Діалогічний підхід у підготовці майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії відіграє надзвичайно важливу роль, оскільки під час діалогу в студентській групі створюється сприятлива атмосфера, студенти мають можливість обмінятися думками стосовно питань, які обговорюються, доповнити один одного, набувають умінь і навичок слухати один одного, не перебивати інших, не лише висловлювати власну думку, а й знаходити необхідні аргументи на користь своєї позиції, опановують професійну лексику, що неодмінно знадобиться їм у подальшій професійній діяльності. До того ж, на нашу думку, зважаючи на те, що в медичному закладі вищої освіти навчається багато іноземних студентів, спілкування у форматі сприятиме усвідомленню ними розмаїтості культури, ознайомленню з різними культурами, традиціями, правилами етикету в різних країнах, формуватиме неупереджене ставлення до представників іншої культури, а отже готувати їх до міжкультурної взаємодії в полікультурному просторі, незважаючи на національну чи релігійну приналежність її учасників.

Діалог, зазначає Т. Осипова, відкриває свої дійсні особливості лише тоді, коли він розглядається не як засіб досягнення інших цілей, а як самоцінне «співбуття» людей, які реалізують своє «самобуття». Суголосні також із думкою, що «Я-образ» культури у процесі взаємодії педагога і студента, студентів між собою простежується на рівні суб'єктів педагогічного спілкування й передбачає діалог образів культур. Діалог у такому разі стає провідним принципом навчання, і завдання педагогів надати співрозмовнику (студенту) можливість бути включеним у культуру через діалогічне спілкування. У такий спосіб здійсниться діалогічність змісту освіти й професійного становлення через засвоєння в діалозі професійних знань, світоглядних і професійних настанов [88, с. 139]. І хоча науковець розглядає процес підготовки майбутніх учителів, на нашу думку, висловлене твердження цілком стосується і підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

У контексті започаткованого дослідження важливим є те, що під час спілкування на підставі міжкультурного діалогу в ситуації «студент – студент», відбувається накопичення досвіду, що передбачає засвоєння духовних цінностей, знань, умінь у колективі однокурсників. Викладач у такому разі виконує роль наставника, що створює психолого-педагогічні умови для виникнення позитивних особистісних контактів, взаємодії, розвитку комунікативних здібностей та особистісних властивостей, необхідних для професійного становлення майбутнього фахівця [88, с. 164].

Професійна підготовка фахівця з позиції ведення міжкультурної інтерактивної взаємодії передбачає врахування аспекту міжкультурного діалогу підготовки до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. Зокрема Л. Євдокімова-Лисогор трактує міжкультурний діалог фахівця як «професійну й ділову взаємодію з представниками різного культурного й мовного походження, набуття творчих умінь діалогічної взаємодії в ситуаціях професійної діяльності» [24, с. 8].

Міжкультурну комунікативну взаємодію, продовжує цю думку

О.Баглай, можна розглядати як цілеспрямований зв'язок між представниками різних культур, завдяки якому відбувається обмін інформацією, культурними та духовними цінностями з урахуванням унікальності кожної з культур у професійній діяльності для задоволення потреб туристів та результативного ведення міжкультурного діалогу [3, с. 29].

Отже, розуміння своєї і чужої культури, розуміння цінностей іншої країни, уміння бачити схоже та відмінне між культурами, що взаємодіють, уміння практично застосовувати ці знання під час міжкультурного діалогу – усе це, на нашу думку, сприятиме формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

На підставі вищезазначеного, вважаємо, що організація освітнього процесу в закладах вищої медичної освіти на підставі вищезазначених методологічних підходів, сприятиме формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в подальшій професійній діяльності [42, с. 43].

Підсумовуючи, доходимо висновку, що всі виокремлені методологічні підходи відіграють важливу роль у формуванні готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в подальшій професійній діяльності.

За логікою дослідження, необхідно визначити сутність і структуру досліджуваного феномена.

1.3. Сутність і структура готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності

Важливим аспектом професійної діяльності майбутніх лікарів виступає їхня готовність професійно діяти в ситуаціях міжкультурної взаємодії, що зумовлює необхідність застосування в освітньому процесі медичного закладу вищої освіти інноваційних форм і методів навчання, спрямованих на формування у студентів комунікативних умінь і навичок, що є необхідними в практичній діяльності лікаря; культури мовлення, що впливає на успіх

професійної діяльності лікаря; іншомовну підготовку, що є умовою налагодження міжнародних, ділових контактів із метою обміну досвідом, організації та проведенні досліджень у медичній сфері; розвиток навичок професійної комунікації під час фахової підготовки майбутніх лікарів [17, с.47–48].

З огляду на зазначене, у процесі навчання важливими є моделювання й аналіз ситуацій професійної комунікації, спрямованих на оволодіння студентами-медиками професійно-комунікативними вміннями, необхідними для їхньої повноцінної фахової діяльності в майбутньому, а саме: уміння встановлювати психологічний контакт із людьми, забезпечувати взаємини, необхідні для спільної діяльності у лікуванні; мовленнєві вміння (здатність ефективно використовувати загальнонавчальну лексику, спеціальну термінологію та професійні слова з метою забезпечення успішності мовленнєвого акту, ознаками якої є змістовність, доступність, зрозумілість, доречність, різноманітність, виразність, естетичність) [124, с. 52].

В аспекті започаткованого дослідження слід розглянути сутність понять «готовність», «готовність до професійної діяльності», «готовність до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності».

У словникових джерелах готовність тлумачиться як активно-дійовий стан особистості, настанова на певну поведінку, мобілізованість сил на виконання завдання. Для готовності до дій потрібні знання, уміння, навички, і рішучість і наполегливість у здійсненні цих дій [37]; наявність запасу необхідних знань, навичок, досвіду в певній галузі, набутих шляхом систематичного навчання або вивчення чогось [125, с. 48].

Сучасному психолого-педагогічному словнику готовність трактується як стан особистості, який дозволяє їй успішно увійти у професійне середовище, швидко розвиватись у професійному значенні, й подано такі трактування готовності до трудової діяльності: 1) інтегральне особистісне утворення, що поєднує стійке прагнення до праці в цій галузі, наявність адекватних знань, умінь, навичок, а також комплекс індивідуально-

типологічних, соціально-психологічних особливостей особистості, які зумовлюють високу ефективність її професійного функціонування саме в цій галузі; 2) цілеспрямоване вираження особистості, що охоплює її переконання, погляди, мотиви, почуття, вольові та інтелектуальні якості, знання, вміння, навички тощо [129].

Науковцями сутність поняття «готовність» розглядається також по-різному. Зокрема Н. Кобзар готовність визначає як психічний стан, інтегративну якість особистості з багатокomпонентною структурою, що виступає важливим підґрунтям успішного виконання будь-якої діяльності і є ознакою професійної кваліфікації та результатом цілеспрямованої підготовки [35, с.50].

Як здатність і прагнення своїми силами оволодіти новими знаннями, рису характеру, що формується на підставі різних психічних процесів – не тільки розумових, а й вольових і емоційних, розглядається готовність В.Тюріною [135, с. 33].

Поняття «готовність», на думку, С. Максименка, є цілеспрямованим вираженням особистості, що містить її погляди, мотиви, почуття, переконання, вольові й інтелектуальні якості, знання, вміння, навички, настанови. Така готовність досягається в процесі психологічної, моральної, та професійної підготовки і є результатом різнобічного розвитку особистості з урахуванням вимог, зумовлених особливостями професійної діяльності [62, с.18].

За визначенням А. Линенко і Е. Стриги, готовність характеризується усвідомленням мотивів і потреб у діяльності і психологічним станом, що передбачає наявність у суб'єкта образу структури певної діяльності та постійної спрямованості свідомості на її виконання, тобто науковцями наголошується на взаємозв'язку готовності і позитивного ставлення людини до діяльності [58, с. 45].

Досліджуючи феномен «готовність», О. Ігнатюк наголошує на тому, що готовність – це стан мобілізації психологічних і психофізіологічних

систем людини, які забезпечують виконання певної діяльності. При цьому він виокремлює кілька аспектів готовності до діяльності, а саме: *операційний* (володіння певним набором способів дії, знань, умінь та навичок, а також можливості набуття нового досвіду в межах певної діяльності); *мотиваційний* (система спонукальних якостей щодо певної діяльності (мотиви пізнання, досягнення самореалізації тощо); *соціально-психологічний* (рівень зрілості комунікативної сфери особистості, вміння здійснювати колективну розподілену діяльність, підтримувати стосунки в колективі, уникати деструктивних конфліктів та ін.); *психофізіологічний* (готовність систем організму діяти в цьому напрямі) [30, с. 113].

Щодо поняття «готовність до професійної діяльності», то воно також розглядається дослідниками по-різному, а саме, як: інтегрована система властивостей і взаємин формування особистості, що характеризує її вибіркочну прогнозувальну активність у підготовці та включенні до праці (А.Линенко [57, с. 130]); один із критеріїв результативності процесу підготовки, система інтегративних властивостей, якостей особистості і настанова на майбутню діяльність (Н.Авраменко [1, с. 71–72]); інтегрована характеристика особистості, що містить досвід пізнавальної діяльності (знання), досвід творчої діяльності (вміння приймати ефективні рішення у проблемних ситуаціях), досвід здійснення емоційно-ціннісних ставлень у формі особистісних орієнтацій (за Т. Пилип [96, с. 91]).

Професійна готовність як особистісна психологічна якість фахівця є необхідною умовою та регулятором діяльності людини під час виконання своїх професійних обов'язків. Аналізуючи сутність цього поняття, вчені дають різні його визначення, розглядаючи як: наявність в особистості певних здібностей (Б. Ананьєв, Н. Левітов, С. Рубінштейн); якісну характеристику особистості (К. Платонов); психологічний стан, суттєву ознаку установи (І.Блажава, Д.Узнадзе); психологічну умову досягнення позитивного результату діяльності (І.Ладанов); комплексну інтегральну характеристику особистості, яка визначається переконаннями, морально-вольовими

якостями, стилем поведінки, сформованістю знань про професію та професійно необхідними практичними вміннями та навичками (Р.Романенко; В.Серіков) [51, с. 226-231].

Під готовністю майбутніх лікарів до наукової діяльності Ю. Карпенко розуміє здатність особистості розширювати і медичний, і загальнонауковий діапазон знань, умінь і навичок, що в майбутньому допоможе фахівцю бути успішним, освіченим, конкурентоспроможним. При цьому, наголошує науковець, сутність і структура готовності будуть неповними без урахування вимог до професійної підготовки майбутніх лікарів: опанування методиками сучасної діагностики; аналізу стану здоров'я населення; планування змісту власної діяльності й роботи підлеглих; участь у виконанні державних і регіональних цільових медичних програм; проведення систематичної самопідготовки щодо підвищення професійного рівня; ведення документації тощо [33, с. 45].

Готовність до професійної діяльності є результатом професійної підготовки майбутніх фахівців у закладах вищої освіти. На нашу думку, зважаючи на те, що в Україні навчаються громадяни різних країн, особливо це стосується саме медичних закладів вищої освіти, а також те, що сьогодні наша країна поширює міжнародні зв'язки в різних галузях, у тому числі й медичній, важливим завданням закладів вищої медичної освіти є формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Досліджуючи формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії, С. Поплавська відзначає, що готовність реалізується через взаємодію між викладачем і студентами, а в подальшій діяльності – між колегами, пацієнтами, їхніми родичами. Авторка окреслює таку готовність як комплекс форм і методів навчання, що забезпечують розвиток готовності медичного працівника до спілкування [102, с. 10].

Розглядаючи готовність студентів до міжкультурної взаємодії, І. Козубовська і Д. Данко виокремлюють декілька її аспектів: *психологічнк*

готовність (передбачає наявність позитивної мотивації до міжкультурного спілкування, усвідомлення наявності відмінних якостей, властивостей та особливостей у кожного з учасників міжкультурної взаємодії; позитивна настанова на співробітництво і формування довірливих відносин у процесі взаємодії); *теоретичну готовність* (характеризується наявністю необхідної системи знань про культуру, традиції, особливості вербального і невербального спілкування в конкретному полікультурному середовищі); *практичну готовність* (свідчить про сформованість в індивіда вмінь і навичок здійснення ефективної міжкультурної взаємодії). [40, с. 136–138].

З урахуванням означеного, готовність до міжкультурної взаємодії дослідники визначають як особистісний стан, що передбачає наявність у суб'єкта образу, структури дії та постійної спрямованості свідомості на її успішне виконання. Він містить мотиви, орієнтовані на усвідомлення завдань, моделі ймовірної поведінки, побудовані відповідно до наявних знань, визначення спеціальних способів діяльності, оцінку можливостей у їх співвіднесенні з можливими майбутніми труднощами та необхідністю досягнення позитивного результату [40, с. 136–138].

У контексті започатковано дослідження значний інтерес викликає розуміння готовності майбутніх лікарів до міжкультурної комунікації як позитивної настанови на співробітництво і формування довірливих робочих відносин у процесі комунікативної взаємодії; знання про свою та іншу культуру, традиції, особливості вербального і невербального спілкування комунікантів; уміння ефективної комунікативної взаємодії, що забезпечуються сформованими особистісними й професійними якостями фахівців [108, с. 262].

Підсумовуючи, доходимо висновку, що формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії є динамічним освітнім процесом у ході їхньої професійної підготовки і потребує забезпечення цілеспрямованої роботи, спрямованої на набуття студентами теоретичних знань і практичних умінь та навичок щодо реалізації міжкультурної взаємодії

під час здійснення професійної діяльності, набуття досвіду організації комунікативних ситуацій міжкультурної взаємодії під час навчання в медичних закладах вищої освіти.

На підставі вищезазначеного, готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності розглядаємо як особистісний психологічний стан фахівця, що детермінується наявністю позитивної настанови на продуктивну співпрацю з представниками різних культур (етнічних та національних спільнот), передбачає встановлення з ними оптимальних взаємодовірливих відносин у підсистемах «лікар-пацієнт». «лікар-лікар», характеризується наявністю знань щодо культурних артефактів, традицій національної та інокультури, дотриманням професійного етикету в медичній галузі, уміннями вербального і невербального спілкування, особистісними і професійними якостями, що забезпечує здійснення професійної діяльності в полікультурному середовищі на високому рівні.

Розглянемо компонентну структуру феномена «готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в професійній діяльності».

Розглядаючи структуру готовності до професійної діяльності, Ю.Шапран виокремлює мотиваційно-ціннісний, когнітивно-діяльнісний, особистісно-рефлексивний компоненти [145, с. 97].

Щодо формування міжкультурної/полікультурної компетентності майбутніх фахівців, то науковцями виокремлюються когнітивний, афективний, поведінковий (Т.Пилип [96, с. 90]); аксіологічний, мотиваційний, когнітивний, особистісний та діяльнісний (А. Щербакова [151, с. 89]). Н. Чорнобрива виділяє такі структурні компоненти готовності майбутніх фельдшерів до професійної діяльності: мотиваційний, когнітивний, діяльнісно-практичний та особистісно-результативний [142].

У структурі готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності І. Гуменна втворює мотиваційно-ціннісний, когнітивний, дієвий та особистісно-розвивальний компоненти [19, с. 101]. Структурними

компонентами готовності медичних працівників до професійної взаємодії Н.Шигонська визначає мотиваційно-стимулюювальний, когнітивний, діяльнісно-практичний, психомоторно-регулятивний, емоційно-ціннісний та етико-деонтологічний компоненти [147, с. 10]. У структурі готовності до професійної діяльності майбутніх медичних сестер І. Лукашук розглядає мотиваційний, когнітивний, організаційний та діяльнісний компоненти [60, с. 77]. В аспекті започаткованого дослідження викликають інтерес наукові доробки О. Панькевич, яка, розглядаючи проблему формування культури професійної взаємодії майбутніх фахівців соціономічної сфери, до якої належить і професія лікаря, в компонентній структурі виокремлює мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, комунікативно-мовленнєвий, поведінково-регулятивний, особистісно-творчий компоненти [93, с. 44].

Отже, на підставі вищезазначеного у структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності виокремлено мотиваційний, когнітивний, діяльнісний і афективний компоненти (див. рис. 1.1.).

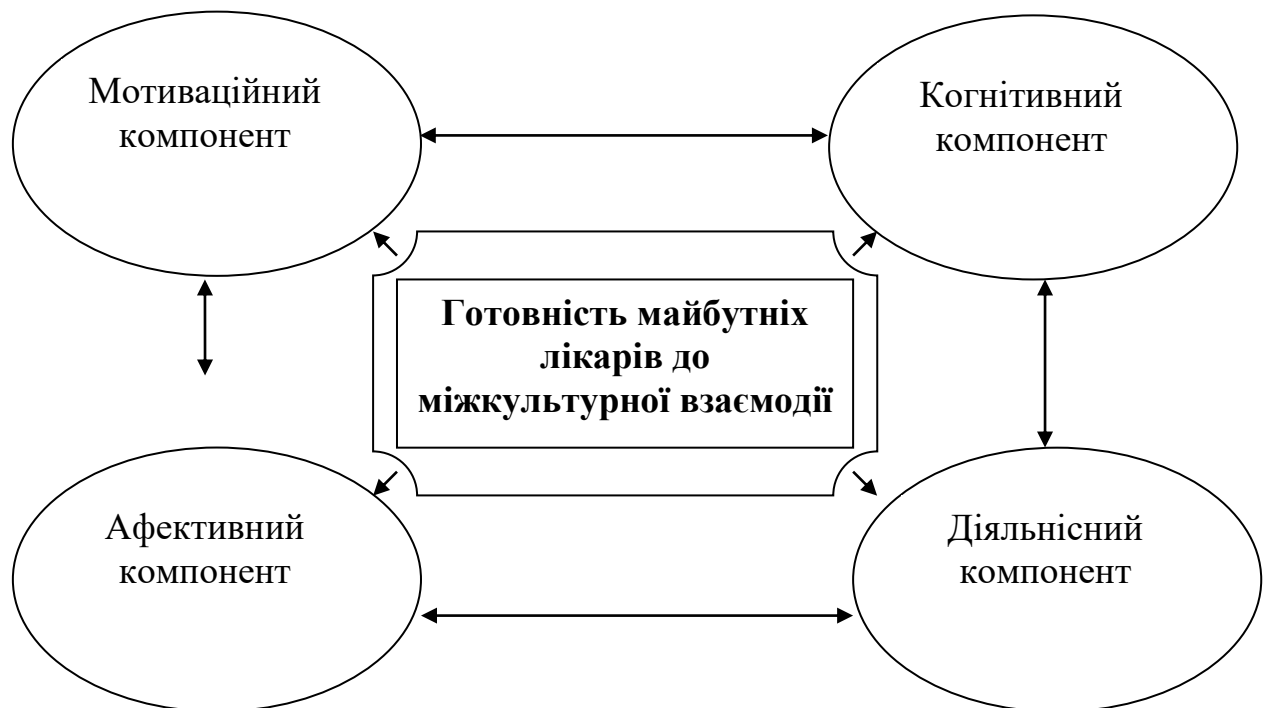


Рис. 1.1. Компонентна структура готовності майбутніх лікарів до

Розглянемо виокремлені компоненти детальніше.

Мотиваційний компонент у структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії посідає важливе місце, адже мотив виступає провідним чинником будь-якої діяльності. Означений компонент передбачає усвідомлення майбутніми лікарями значущості їхньої професійної діяльності, вмотивування їх на досягнення успіху в майбутній професії, а також формування в них прагнення до співпраці з представниками інших культур у професійній діяльності. Інтерпретуючи твердження І. Княжевої, можемо зазначити, що важливість мотиваційного компонента полягає в тому, що він є сукупністю особистісних орієнтирів, цінностей, мотивів, що визначають спрямованість професійної діяльності майбутніх фахівців, зокрема майбутніх лікарів, і характеризуються усвідомленням її необхідності, позитивного ставлення до професійної діяльності в полікультурному середовищі потребою в професійній самореалізації тощо [34, с. 119].

Мотивація вибору професії закладається під час вступу до медичного ЗВО, розвивається під час навчання та по його закінченні трансформується в мотивацію професійної діяльності та взаємодії [85, с. 53]. Саме тому важливо визначати мотивацію вибору професії на етапі вступу та в перші роки навчання студентів з метою її корекції. На переконання І. Гуменної, мотиваційний компонент дає можливість обґрунтувати необхідність підготовки до професійної, у тому числі і міжкультурної, комунікації для ефективного здійснення медичної діяльності і передбачає позитивну налаштованість до здійснення комунікативної взаємодії [17, с. 102].

Виокремлення **когнітивного компонента** пов'язано з тим, що для здійснення міжкультурної взаємодії в професійній діяльності, майбутні лікарі повинні мати знання щодо сутності міжкультурної комунікації, про її особливості, місце міжкультурної взаємодії в медичній галузі. Когнітивний компонент, за визначенням І. Гуменної, містить у собі сукупність основних комунікативних знань, умінь або здатностей: знання медичної термінології; вміння підтримувати розмову; вести бесіду. Когнітивний компонент

характеризується знаннями засобів, способів, стратегій реалізації професійної комунікації в лікарській діяльності, прийомами активізації розумової діяльності студентів. Ці знання сприяють успішній професійній діяльності в певних професійних умовах [19, с. 102].

Наступним у структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії виокремлено **діяльнісний компонент**, що має практичне спрямування і передбачає володіння мовленнєвими вміннями й навичками, дотримання норм і правил професії взаємодії, уміннями слухати людей, встановлювати контакти з пацієнтами, їхніми родичами, колегами по професії, які належать до інших культур. За твердженням Л.Лимар, діяльнісний компонент охоплює стратегії взаємодії з пацієнтами, включаючи вербальне та невербальне спілкування. З огляду на це, зазначений компонент передбачає формування вмінь спілкування майбутнього лікаря з довколишніми людьми, незважаючи на їхню приналежність до іншої культури і віросповідання [56, с. 93].

Суголосну думку висловлює А. Варданян, зазначаючи, що діяльнісний компонент визначається здатністю майбутніх лікарів ефективно та грамотно здійснювати процес комунікації в ситуаціях лікарсько-професійного вербального та невербального спілкування, що забезпечує ефективність професійної діяльності; формування вмінь самоконтролю у спілкуванні; умінь комунікативної доцільності мовлення; прояв умінь кодувати та декодувати повідомлення вербально і невербально [6, с. 8].

Важливість діяльнісного компонента, наголошує Ж. Рагіна, у структурі готовності майбутніх спеціалістів-медиків до професійного спілкування – це впевнене володіння організаційними структурами мови; володіння високим рівнем граматичної правильності, достатнім для організації та контролю власної мовленнєвої діяльності; вміння будувати граматично правильне, логічно організоване висловлювання, що свідчить про уміння аналізувати, й систематизувати отриману інформацію [106, с. 234].

Афективний компонент передбачає наявність у студентів бажання

відчутти внутрішній світ іншої людини, «зрозуміти її відчуття» і переживання. Афективний компонент (емоції і почуття, зокрема такі, як-от : любов і ненависть, симпатія і антипатія) формує в особистості ставлення до об'єкта, упередження (негативні почуття), привабливість (позитивні почуття) і нейтральні емоції. Це стрижневий компонент настанови особистості, оскільки поведінка людини багато в чому залежить від тих емоцій і почуттів, які вона відчуває [136].

Зазначимо, що всі компоненти є взаємозалежними і взаємозумовленими, і всі вони впливають на формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в подальшій професійній діяльності. На нашу думку, формуванню визначених компонентів готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії сприятиме впровадження в освітній процес закладів вищої медичної освіти відповідних педагогічних умов.

1.3. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в у професійній діяльності

Перед тим, як визначити педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, розглянемо, як трактується поняття «умова».

На підставі аналізу довідникових джерел, О. Панькевич виокремлює такі визначення поняття «умова»: вимога, пропозиція, що висувається однією зі сторін, які домовляються про що-небудь; усна чи письмова домовленість про що-небудь; обставини, за яких відбувається чи залежить щось; обставина, в якій відбувається протікання та передумова чогось; правила, встановлені в якій-небудь галузі життя, діяльності; причина, обставина, від якої що-небудь залежить; філософська категорія, у якій відображаються універсальні відношення речі до тих чинників, завдяки яким вона виникає та існує; правила, встановлені в будь-якій сфері життя, діяльності; вимоги, на

які слід спиратись; обставина, в якій що-небудь відбувається; ймовірна залежність від тих чи тих обставин чи фактів; сукупність явищ зовнішнього та внутрішнього середовища, що закономірно впливає на розвиток конкретного психічного явища; при чому це явище опосередковується активністю особистості, групою людей [93, с. 66].

Зазначимо, що в педагогічних дослідженнях здебільшого розглядається поняття «педагогічні умови», яке визначається дослідниками по-різному.

За визначенням Ю. Загороднього, педагогічні умови – це відношення предмета до явищ, що його оточують і без яких його існування неможливе [27, с. 62]. На думку О. Єжової, педагогічні умови можуть стосуватися одного, декількох або всіх компонентів педагогічного процесу: мети, завдання, змісту, методів, засобів і форм взаємодії педагогів і вихованців, результату, і є необхідними обставинами, які сприяють та уможливають досягнення очікуваного результату внаслідок здійснення педагогічного процесу [25, с. 39].

За К. Орду, педагогічні умови – це спеціально створені обставини, що передбачають упровадження в освітній процес закладу вищої медичної освіти інноваційних методико-педагогічних заходів, які відповідають сучасним вимогам медичної реформи України та спрямовані на формування інформаційно-комунікативної компетентності майбутніх сімейних лікарів і передбачають набуття студентами необхідних теоретичних знань, практичних умінь і навичок, розвиток особистісних і професійних якостей у професійній підготовці [85, с. 80].

Під педагогічними умовами ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті Г. Стечак розуміє комплекс педагогічних заходів, що забезпечують оновлення змісту навчання, застосування новітніх технологій і методик, цілеспрямоване формування у студентів компонентів педагогічної компетентності та, як результат, – підвищення якості професійної підготовленості до майбутньої професійно-педагогічної діяльності [128, с. 101]. При цьому дослідниця акцентує увагу на

тому, що педагогічні умови зорієнтовані на потреби суб'єктів освітнього процесу і трактуються як сукупність можливостей освітнього середовища та його впливу на педагогічну взаємодію; складний елемент цілісного освітнього процесу, в якому беруть активну участь усі його суб'єкти [128, с. 102].

Суголосні з міркуваннями В. Манько про те, що педагогічні умови є взаємопов'язаною сукупністю внутрішніх параметрів та зовнішніх характеристик функціонування, яка забезпечує високу результативність освітнього процесу і відповідає психолого-педагогічним критеріям оптимальності [64, с. 155]. М. Марусинець розглядає педагогічні умови як дієвий елемент педагогічної системи, сукупність взаємопов'язаних і взаємозумовлених заходів, які спрямовані на досягнення конкретної педагогічної мети [66, с. 258];

За визначенням інших науковців (Н.Пархоменко, Р.Серьожнікова, Л.Яковицька, Л.Русалкіна, Т.Симоненко та ін.), педагогічні умови є

- сукупністю об'єктивних можливостей, змісту, форм, методів, педагогічних прийомів (Р. Серьожнікова [117, с. 40]);
- сукупністю чинників, компонентів, необхідних і достатніх для виникнення, функціонування та зміни педагогічної системи; професійно орієнтована організація навчального процесу, що ґрунтується на принципах науковості, новизни навчального матеріалу, наближення до життя трактує педагогічні умови (Т. Симоненко [118, с. 63]);
- сукупністю цілеспрямовано створених і реалізованих в освітньому середовищі заходів, які забезпечують вирішення певного педагогічного завдання і сприяють підвищенню ефективності педагогічного процесу (Л. Русалкіна [113, с. 220]).

Як бачимо, більшість дослідників дотримується думки, що педагогічні умови є сукупністю спеціально створених обставин, які сприяють досягненню поставленої дослідником мети певного дослідження.

У дослідженні під педагогічними умовами формування готовності

майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності будемо розуміти спеціально створені обставини, які є необхідними і достатніми і передбачають використання в освітньому процесі сукупності об'єктивних можливостей змісту, форм, методів, засобів навчання, спрямованих на формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, набуття необхідних для цього теоретичних знань, практичних умінь і навичок, особистісних і професійних якостей.

Такими педагогічними умовами, на нашу думку, виступають:

1. Створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти.
2. Спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання засобами інтерактивних методів навчання.
3. Залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності

Обґрунтуємо сутність виокремлених педагогічних умов формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

Першою педагогічною умовою обрано «Створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти». Розглянемо передусім поняття «середовище».

У довідникових джерелах розглядаються декілька видів середовища і подано відповідні їх визначення:

1) середовище зовнішнє – сукупність соціальних і фізичних умов, в яких розвивається особистість, соціальна спільність.

2) середовище соціальне – конкретне проявлення суспільних відношень, в яких розвивається конкретна особистість, соціальна спільність; соціальні умови їх розвитку. При цьому зазначається, що середовище соціальне розрізняють за:

а) видом спільності – соціальна формація, клас, група,

б) видом групи – сімейне, навчальне, суспільне, трудове, спортивне

тощо,

в) формувальним впливом – детерміноване, тренувальне, навчальне, виховне,

г) способом впливу на свідомість – правове, моральне, наукове, естетичне, д) віком – молодіжне, змішане тощо,

е) соціальною спрямованістю – соціальне, асоціальне,

є) ступенем контактів – безпосереднє, опосередковане.

3) Середовище соціокультурне – культура і стан розвитку суспільства, в якому відбувається життєдіяльність людини [126].

В інших наукових джерелах середовище визначається як:

1) соціально-побутові умови, в яких проходить життя людини; оточення;

2) сукупність людей, зв'язаних спільністю життєвих умов, занять, інтересів і т. ін. [9].

У сучасних дослідженнях «середовище» характеризується: як оточення, сукупність природних умов; соціально-побутові умови, що оточують; сукупність людей, пов'язаних із спільністю життєвих умов; громадська група, до якої належить людина, і яка складає коло її найближчого спілкування; соціальні, культурні економічні чинники та природні умови життя людей; сукупність умов, що оточують людину, і взаємодіють з нею як з організмом і особистістю [59, с. 106].

За визначенням Л. Русалкіної, середовище є зовнішнім простором, що оточує певний об'єкт, має системно організовані складники та створює умови для існування його у просторі і взаємодіє з ним [114, с. 239].

Зазначимо, що в педагогічних дослідженнях розглядаються різні види середовища:

Освітнє середовище, яке науковці (Н.Гонтаровська, О.Желанова А.Каташов, В.Рябова та ін.), визначають як підсистему соціокультурного середовища, сукупність чинників, обставин, ситуацій, що склались історично, і як цілісність спеціально організованих умов розвитку

особистості учня. При цьому зазначається, що середовище значно впливає на формування й розвиток особистості. Водночас під впливом діяльності людини воно змінюється [59, с. 60].

Виховне середовище, що є основою всього способу життя в суспільстві і сприяє соціалізації підрастаючого покоління на всіх рівнях – матеріальному, організаційному, кадровому, змістовому тощо, тобто є видом соціального середовища, яке готує особистість до функціонування в усіх соціальних середовищах, до виконання нею своїх громадянських функцій і до свідомої участі в перетворенні суспільства [48, с. 482, с. 482].

Соціальне середовище трактується як сукупність соціально-психологічних умов, у яких людина живе і з якими постійно стикається, широчінь соціальних стосунків, які щоденно розгортаються перед дитиною або в образі слів, дій, учинків людей, або в певному образі речей, інтер'єру, архітектурних ансамблів, транспорту тощо, конкретна своєрідність суспільних стосунків на певному етапі їх розвитку [127, с. 543].

Толерантне середовище, що передбачає формування в майбутніх фахівців умінь запобігання конфліктних ситуацій, що неминуче виникають у житті кожної людини, а тим більше в професійній діяльності фахівців соціономічної сфери. Толерантне середовище характеризується насамперед доброзичливою атмосферою у студентському колективі, поважливим ставленням один до одного, взаєморозумінням. На жаль, зазначає К. Розум, стосунки серед молоді сьогодні насичені недоброзичливістю, озлобленням, агресивністю. Студентами не усвідомлюється важливість і значущість толерантних відносин, їх роль у повсякденному житті і майбутній професійній діяльності [110, с. 61]. О. Сараєва визначає толерантне середовище як соціально-виховне, оскільки воно сприяє соціалізації індивіда, адаптивності особистості до мінливого середовища, усвідомленню себе людиною, яка розуміє й поділяє інтереси інших людей, а систему її цінностей становлять загальнолюдські [115, с. 130]. На думку А. Логвіненко, створення толерантного середовища в студентській групі сприяє розвитку пізнавальних

інтересів студентів щодо визначення сутності толерантності, її значущості в майбутній професійній діяльності; набуттю вмінь і навичок організувати міжособистісну взаємодію учасників педагогічного процесу на засадах толерантності, виявляти в міжособистісному спілкуванні емпатію та емоційний інтелект [59, с. 60].

В аспекті започаткованого дослідження вважаємо за доцільне розглянути поняття «полікультурність», «полікультурна освіта», «полікультурне середовище».

Полікультурність вивляється у професійній сфері будь-якого сучасного фахівця системи «людина – людина», до якої належить і професія лікаря, у вигляді активності та різнокультурної взаємодії [9, с. 103].

За визначенням І. Кушнір, полікультурність – це принцип функціонування та співіснування в певному соціумі різноманітних етнокультурних спільнот із притаманним їм усвідомленням власної ідентичності, що забезпечує їх рівноправність, толерантність та органічність зв'язку із широкою міжкультурною спільнотою, взаємозбагаченням культур, а також наявність і визначення спільної загальнодержавної системи норм і цінностей. Натомість слід ураховувати, що кожному етносу, нації притаманна самотність, зокрема в культурі [46, с. 7–8].

Дещо інакше трактує полікультурність О. Котенко, вважаючи, що це особливий системотвірний компонент у структурі особистості, її якість, яка передбачає визнання багатоманітності культурного простору, і здатність до міжкультурної взаємодії [43, с. 67].

Полікультурність, акцентує М. Сімоненко, – це, з одного боку, визнання різноманітності культур, їх особливостей, а також сприйняття їх як невід'ємної частини національної політики України. З іншого – засіб виховання толерантності, терпимості до інших етнічних груп, формування інтернаціоналізму [122].

Під полікультурністю науковці (О. Галіцан, Т. Койчева, Т. Осипова) розуміють інтегровану якість особистості, яка володіє полікультурними

знаннями, усвідомлює розмаїтість культур у світі, толерантно ставиться до представників інших культур, традицій, віросповідання, а також володіє практичними навичками побудови міжкультурної взаємодії з ними [13, с. 88].

Під поняттям «полікультурність» Ю. Запорожцева розуміє інтегративну, синергетичну якість, що характеризується наявністю сукупності знань, властивостей, здібностей, умінь особистості, яка знаходиться у відносинах складної взаємодії між людьми різних національностей, переконань, релігійних поглядів, соціального статусу, коліру шкіри тощо з різноманітними традиціями, орієнтацією на діалог культур, адаптацією людини до різних цінностей в ситуаціях існування безлічі різнорідних культур. З огляду на це, наголошує авторка, відбувається формування в цьому просторі людини, здатної до ефективної життєдіяльності в полікультурному середовищі, до процесу оволодіння знаннями про культурне різноманіття навколишнього світу і про взаємини між культурами, а також готової до формування, гармонійного розвитку активної життєвої позиції [28].

На підставі аналізу наукової літератури, І. Ковалинська подає такі визначення поняття «полікультурна освіта, як: залучення до етнічної, загальнонаціональної та світової культури, формування вміння і готовності жити в багатокультурному поліетнічному середовищі (І. Колоколова); розуміння і вивчення інших ціннісних основ, формує індивіда, що зберігає свою соціально-культурну ідентичність і прагне до розуміння інших культур (В. Єршов); система навчання і виховання, за якої учні теоретично і практично знайомляться з точно окресленим колом систематизованих знань і навичок, вироблених у межах двох або декількох типів культур (М. Курбієв); прилучення до культури свого етносоціума, виховання культури міжнаціонального спілкування (О. Аракелян) [36, с. 73]

Цінним, на наш погляд, є визначення полікультурної освіти, яке дав Х.Томас: «полікультурна освіта має місце, коли певна особа прагне в спілкуванні з людьми іншої культури зрозуміти їх специфічну систему

сприйняття, пізнання, мислення, їх систему цінностей і вчинків, інтегрувати новий досвід у власну культурну систему і змінити відповідно до чужої культури. Полікультурна освіта спонукає поряд з пізнанням чужої культури і до аналізу системи власної культури [28].

Полікультурна освіта – це засіб допомогти особистості в подоланні шляху від засвоєння етнічної, національної культури до усвідомлення спільності інтересів народів у їхньому прагненні до миру, злагоди, прогресу через культурний розвиток» [10]. Полікультурна освіта має на меті виховання поваги, толерантності, вміння жити й взаємодіяти з представниками інших рас, культур, релігій на основі знання й розуміння відмінностей і спільності людських цінностей [13 с. 88].

В аспекті дослідження важливим є твердження Л. Сідун, що при переданні знань про особливості міжкультурної взаємодії в полікультурному суспільстві основним завданням є забезпечення студентів як можна більшим обсягом інформації про наявну на сьогоднішній день різноманітність культур (американська, західноєвропейська, східноєвропейська, латиноамериканська тощо), правила і норми спілкування і взаємодії в полікультурному середовищі, цінності конкретних культур [120, с. 180].

На думку А. Щербакової, полікультурна освіта виконує такі важливі функції:

- *ціннісно-орієнтаційну* (формування системи ціннісних орієнтацій і відносин у процесі міжетнічної взаємодії);
- *полікультурного самозбереження* (дає можливість зберігати й охороняти свою індивідуальність, розібратися у своїх етнопсихологічних і полікультурних особливостях);
- *соціальної адаптації* (забезпечує виховання громадянина, що опікується про збереження цілісності своєї держави, а також ефективно пристосування студентів до умов життя в сучасному полікультурному суспільстві);
- *креативну* (сприяє реалізації творчого потенціалу особистості через

розвиток як пізнавальної, так і соціальної активності) [151, с. 244].

У полікультурній освіті, наголошує Ю. Запорожцева, відіграють важливу роль такі складові, як традиції, мова, звичаї, релігія, спільна спадщина, родинні зв'язки тощо, які впливають на усвідомлення особистістю національної неповторності, автентичності й різноманітності. А це породжує поняття «своїх» і «чужих». Проблема виміру сучасного світу, продовжує науковець – це проблема культурної самобутності людини, це проблема ролі навчання й виховання в добу культурних різноманітностей, іншостей, проблема визначення завдань міжкультурної освіти. Шлях до участі у полікультурному соціумі веде через власний розвиток, активне спілкування з іншими до взаємозбагачення. Це можливо завдяки відкритості та діалогу, пізнавальній активності та професійній взаємодії, власному бажанню розуміти інших та бути самому зрозумілим для інших [28].

Для нашого дослідження важливим є висновок А. Щербакової, що організація міжкультурної взаємодії в процесі виховної роботи в медичному ВНЗ може включати: спільну підготовку й проведення національних свят студентів з різних країн; заходи до пам'ятних дат в історії народів; святкування ювілеїв їхніх народних героїв, видатних діячів культури й науки, національних поетів і письменників, відомих політичних діячів; організацію виставок національних художників; проведення змагань з національних видів спорту, фольклорних концертів, міжнаціональних фестивалів тощо [151, с. 248].

Особливу увагу, на думку вченої, слід приділяти проведенню тих національних свят, які інтернаціональні за своєю суттю й тому сприяють зміцненню міжнаціонального миру й згоди. Виховна робота в умовах створення полікультурного освітньо-виховного середовища медичного ВНЗ має передбачати насамперед організацію та проведення заходів, спрямованих на виховання міжкультурного взаєморозуміння студентів [151, с. 248].

У закладах вищої освіти, які здійснюють підготовку майбутніх фахівців, зазначають науковці (Р. Бжежинська, О. Біда, І. Орос) актуальним

стає формування кроскультурної/міжкультурної компетентності випускників, що виявляється у розумінні специфіки міжкультурних відносин, які виникають у полікультурному просторі. Саме розуміння культури інших народів призводить до адекватного ставлення до чужих традицій, звичаїв і цінностей [4, с. 312].

В Енциклопедії освіти (під ред. В. Кременя) термін «полікультурна освіта» вживається по відношенню до виховання і тлумачиться як процес цілеспрямованої соціалізації учнів, що передбачає оволодіння особистістю системою національних і загальнокультурних цінностей, комунікативних і емпатичних вмінь, що дозволяють здобувачу освітніх послуг здійснювати міжкультурну взаємодію і виявляти розуміння інших культур, а також толерантність стосовно іншокультурних носіїв [23]. Це привчає сприймати складні культурні процеси як закономірну еволюцію безлічі людських спільнот, нерозривно пов'язаних між собою. Учасники освітнього процесу стають як носіями культурних традицій, в яких вони виховуються, так і тими, хто постійно соціокультурно взаємодіють, що розвиває в них толерантність, доброзичливість, сприйняття інших, інтерес до культурних відмінностей [28].

За визначенням О. Гриви, полікультурне освітнє середовище ЗВО – це «духовно насичена атмосфера ділових і міжособистісних контактів, що зумовлює світогляд, стиль мислення й поведінки включених у неї суб'єктів і стимулює в них потребу долучення до загальнонаціональних і загальнолюдських духовних цінностей; установа з багатокультурним контингентом, що включає різновіковий, багатонаціональний і різноконфесіональний професорсько-викладацький і студентський склад, покликана задовольнити освітні, соціокультурні й адаптивні потреби студентів» [16, с. 46].

Важливими принципами створення полікультурного середовища ЗВО, наголошує Т. Осипова, є співробітництво, співтворчість викладача і студентів, забезпечення самореалізації педагогів і студентів як партнерів у творчому процесі. За визначенням ученої, сутність співтворчості полягає в

тому, що максимально використовуються діалогічні форми навчання студентів, тренінги, творчі навчально-професійні завдання, створюється психологічний клімат в академічній групі і змінюється орієнтація студента з «учнівства» на «партнерство», складаються умови, спрямовані на оптимальну самореалізацію студентів, толерантний стиль спілкування та взаємодію викладачів і студентів. Створення толерантних відносин між учасниками педагогічного процесу в ЗВО пов'язано з формуванням позитивної настанови до особистості іншої людини, визнанням її цінності без упередження, зайвої критичності і схильності до оцінювання тощо [89, с. 244]. І хоча автор розглядає організацію освітнього середовища педагогічного закладу вищої освіти, вважаємо, що зазначене цілком прийнятно і для медичних ЗВО.

Підсумовуючи вищезазначене, полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти визначаємо як духовно насичену атмосферу, що панує в закладі освіти, учасниками якого є представники різних культур, освітній процес якого спрямований на формування полікультурної особистості майбутніх лікарів, які відрізняються національними, і релігійними і цінностями, спроможні розуміти інші культури, здатні позиціонувати свою країну в умовах міжкультурної взаємодії, залучає їх до світових культурних традицій, сприяє вихованню у студентів поваги до інших народів, забезпечує рівноправний діалог між представниками різних культур, що ґрунтується на засадах толерантного і доброзичливого ставлення до представників іншої культури в процесі професійної підготовки.

На нашу думку, створення полікультурного середовища медичного ЗВО сприятиме обізнаності студентів щодо культурного розмаїття у світі (когнітивний і афективний компонент), формуванню в них ціннісного ставлення до національних особливостей представників різних культур; розвитку позитивної мотивації до взаємодії з ними (мотиваційний і афективний компоненти). Досліджуючи проблему сутності полікультурного середовища ЗВО, А. Щербакова зазначає, що полікультурне середовище

медичного ЗВО сприяє розвитку пізнавальних, культурно-освітніх потреб суб'єктів очвітньо-виховного процесу, розвитку їхнього творчого потенціалу в галузі інтересів, пов'язаних з полікультурами; передбачає формування позитивного соціально-психологічного клімату, доброзичливої атмосфери й взаємної відповідальності, що сприяють саморозвитку особистості й розширенню досвіду в міжкультурній взаємодії [151, с. 246].

Уважаємо, що створенню полікультурного середовища медичного закладу вищої освіти сприятиме проведення семінарів, круглих столів, групових та індивідуальних бесід, рольових і ділових ігор, дискусій. обговорення ситуацій, максимально наближених до професійної діяльності (кейс-стаді), розв'язання конфліктних ситуацій у межах студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», оформлення аудиторій плакатами і висловами про толерантність, випуск стіннівок, які будуть знайомити студентів із культурно-національними особливостями різних країн тощо.

Відтак, зважаючи на те, що створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти сприятиме формуванню необхідних теоретичних знань і практичних умінь майбутніх лікарів щодо здійснення міжкультурної взаємодії під час їхньої професійної підготовки, вважаємо його педагогічною умовою.

Іншою педагогічною умовою вважаємо «Спрямовання освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання». Сутність інтерактивного навчання, на думку Г. Сиротенко, полягає в тому, що освітній процес здійснюється за умов постійної й активної взаємодії всіх учасників, де всі суб'єкти є рівноправними партнерами. Таке навчання ефективно сприяє формуванню ціннісних орієнтацій, навичок і вмінь, створенню атмосфери співпраці, взаємодії [119, с. 19].

Інтерактивне навчання – навчання побудоване на взаємодії студентів з

навчальним оточенням, освітнім середовищем, які виступають сферою досвіду, що набувається. Студенти стають повноправними учасниками освітнього процесу, його досвід є основним джерелом пізнання. Педагог не дає готових знань, але спонукує студентів до самостійного їх пошуку. У порівнянні з традиційним навчанням, в інтерактивному навчанні змінюється взаємодія викладача і студента. Активність викладача поступається місцем активності студентів, а завданням педагога стає створення умов для їх ініціативи. Викладач відмовляється від ролі своєрідного фільтра, що пропускає через себе навчальну інформацію, а виконує функцію помічника в роботі, одного з джерел інформації [129].

Інтерактивне навчання можна розглядати з різних сторін, а саме:

- 1) За організаційними формами – як альтернативне традиційному, інноваційне навчання, за умов якого студенти проявляють ініціативність;
- 2) За характером відносин викладача і студента – як суб'єкт-суб'єктна взаємодія;
- 3) За підходом до особистості – як особистісно орієнтована навчальна діяльність;
- 4) За умовами організації – комфортне середовище для розвитку професійно значущих якостей особистості. Інтерактивне навчання дозволяє суттєво збільшити відсоток засвоєного матеріалу, веде до розвитку особистісних і професійних якостей фахівців. Процес інтерактивної взаємодії сприяє формуванню здатностей учнів/ студентів до співробітництва, командної роботи та подальшої самоосвіти; розвитку здібностей аргументувати власну думку; співставленню запланованих цілей із власними можливостями; привчає до напруженої праці, саморозвитку та самовдосконалення; сприяє формуванню почуттів обов'язку та відповідальності, позитивного ставлення до обраної професії [12].

Саме за умови постійної, активної взаємодії всіх учасників освітнього процесу, зазначають О. Пошетун і Л. Пироженко, процес пізнання відбувається більш ефективно. Використання інтерактивних методів

навчання, наголошують учені, сприяє активізації пізнавальної діяльності всіх студентів, формуванню практичних умінь і навичок міжкультурної взаємодії, їхніх ціннісних орієнтацій; розвитку мотивації до навчання [101, с.131].

Суголосні з твердженням В. Руденко, що визначальною ознакою сутності інтерактивних методів навчання є взаємодія як безпосередня міжособистісна комунікація, найважливішою особливістю якої є здатність людини інтерпретувати ситуацію, конструювати власні дії. Взаємодія є процесом спільної діяльності викладача і студентів. Вагомим є і те, зауважує дослідниця, що інтерактивні технології навчання переважно ґрунтуються на ігрових формах навчання, за допомогою яких виявляється активність студентів, розвиваються їхні творчі здібності, набуваються вміння і навички роботи в команді, здійснюється акумуляція й передання соціального досвіду, створюються умови для більш повної самореалізації особистості та усвідомлення себе як майбутнього професіонала [112 ,с. 121].

Уважаємо, що побудова освітнього процесу в закладах вищої освіти з урахуванням виокремлених особливостей інтерактивного навчання сприятиме формуванню знань щодо національно-культурних особливостей інших країн (когнітивний компонент), реалізації потреби майбутніх лікарів у творчій самореалізації, підвищуватиме мотивацію майбутніх лікарів на досягнення успіху в професійній діяльності і міжкультурній взаємодії (мотиваційний компонент), розвитку толерантності, емпатії (афективний компонент), сприятиме набуттю студентами комунікативних умінь і вмінь емоційної саморегуляції (діяльнісний компонент).

Здебільшого, вважає М. Демчук, інтерактивне навчання використовується під час викладання гуманітарних дисциплін належить до інтерактивних технологій. Учена наголошує, що інтерактивне навчання – це насамперед діалогове навчання, в ході якого здійснюється взаємодія викладача і студентів [20, с. 6]. Ми поділяємо таку думку, проте слідом за К.Орду, вважаємо, що організація інтерактивного навчання відіграє важливу роль і під час викладання фахових дисциплін, оскільки воно сприяє

саморозвитку студентів й ефективній взаємодії студентів усередині навчальної групи. При цьому, за твердженням К. Орду, змінюється роль сучасного викладача, який повинен докласти максимум зусиль для організації комфортного і привабливого освітнього середовища [85, с. 93].

Дослідники (Ю.Арутюнов, О.Єльнікова, Н.П'ятакова, А.Смолкін та ін.) в організації інтерактивного навчання виокремлюють інтерактивні неімітаційні та імітаційні методи навчання.

Неімітаційні інтерактивні технології, зазначає В. Руденко, – це ті, які не вимагають виконання ролі, імітації. Серед достатньо значної кількості таких технологій дослідниця виокремлює інтерактивні лекції, мозковий штурм, технології кооперативного навчання, робота в групах, дискусії (круглий стіл, форум, дебати, технологія акваріума, дерево рішень тощо). В основі кожної із зазначених технологій, продовжує вчена, лежить проблемне навчання, основним компонентом якого є проблемна ситуація – ситуація, для розв'язання якої студент або група студентів мають знайти й застосувати нові для себе знання чи способи дій [112, с. 371].

Проблемне навчання, продовжує цю думку О. Куцевол, передбачає створення проблемної ситуації для її активного самостійного розв'язання студентською молоддю, що формує їхню внутрішню мотивацію до організації міжкультурної взаємодії з членами групи, забезпечує більш міцне засвоєння знань, розвиває аналітичне мислення, сприяє вихованню творчої особистості, орієнтує студентів на комплексне застосування знань у вирішенні нестандартних проблем, стимулює мотивацію до навчання [44, с.21].

Таке навчання, наголошує дослідниця, ґрунтується на діалогічній взаємодії, що спрямована на пошук студентською молоддю під час інтерактивних занять різноманітних способів для вираження власних міркувань, засвоєння та відстоювання нових цінностей, можливість самостійно виробити свої переконання, оволодіння діалогічним способом мислення, розвиток рефлексії, інтелектуальних й емоційних властивостей

особистості, що вимагає створення особливої комунікативної атмосфери. Для діалогічної взаємодії характерні такі прийоми й методи: евристична бесіда, різноманітні види дискусій, аналіз комунікативних ситуацій тощо [44, с. 22].

Розглянемо деякі із визначених методів і прийомів.

Інтерактивна лекція – заняття, на якому нові знання студент одержує через проблемність питання, завдання чи ситуації. При цьому процес пізнання студентів у діалоговій співпраці з викладачем максимально наближений до дослідницької діяльності. Зміст проблеми розкривається шляхом організації можливих варіантів її розв’язання чи за допомогою аналізу традиційних і новітніх поглядів на проблему [107, с. 103–104]. Позитивним моментом під час проведення інтерактивної лекції, вважаємо те, що, студенти перестають бути пасивними об’єктами навчання. Вони вчаться висловлювати й обґрунтовувати свою думку, у них виникає інтерес до поглибленого вивчення розглядуваних питань, розвиваються комунікативні вміння, уміння слухати співрозмовника, регулювати свій емоційний стан, контролювати свою поведінку.

Іншим неімітаційним методом є **аналіз конкретних професійних ситуацій** (кейс-стаді), який полягає у вивченні, аналізі й прийнятті рішень у зв’язку з конкретною ситуацією, що виникла внаслідок певних подій у конкретному освітньому закладі у визначений проміжок часу. Аналіз конкретної ситуації – це глибоке й детальне вивчення реальних чи штучно створених умов професійної діяльності, необхідне для того, щоб з’ясувати характерні особливості майбутнього фаху [112, с. 125].

Кейс-стаді (case-study), або метод конкретних ситуацій (від англ. case – випадок, ситуація, case-study – повчальний випадок) – інтерактивна технологія колективно-групового навчання, що використовується у навчанні шляхом розв’язування конкретних завдань-ситуацій (вирішення кейсів). Його сутність зводилася до організації студентських обговорень під час лекційних занять. Студентам надається можливість проявити власну ініціативу, креативні здібності, відчути самостійність при засвоєнні теоретичних

положень і оволодінні практичними навичками. Ця технологія сприяє розвитку творчого потенціалу та позитивної мотивації до навчання. Вона є особистісно орієнтованою, відіграє важливу роль у формуванні професійної компетентності фахівців [129,].

Відповідно до класифікації European Case Clearing House кейси поділяються на:

- кейси-випадки, які описують лише один випадок. Вони невеликі за розміром, не вимагають спеціальної підготовки студентів та використовуються зазвичай під час першого знайомства з даним методом;
- допоміжні кейси – це основа для роботи над іншими кейсами. Вони спрямовані на передання та легке засвоєння необхідної інформації;
- кейси-вправи використовуються з метою застосування на практиці контрактних прийомів та шляхів вирішення поставленої проблеми;
- кейси-приклади – своєрідний зворотній аналіз ситуації. Студенти-медики аналізують наявну інформацію, розбивають її на складові частини та виявляють допущену помилку, виробляють можливі кроки її уникнення;
- комплексні кейси навчають відділяти істотну інформацію від другорядної;
- кейси-рішення – це вибудований план дій в обставинах, що склалися [67, с. 152].

Для організації активної інформаційно-комунікативної діяльності майбутніх лікарів, за твердженням І. Козубовської і Д. Данко, доцільно використовувати різні види кейсів: кейси для ілюстрації сутності проблеми або варіантів її вирішення, кейси для навчання прийомам аналізу й оцінки ситуації, кейси для навчання прийомам вирішення проблем і прийняття рішень. Вибір конкретної ситуації для кейса має здійснюватися з орієнтацією на конкретні цілі навчання, а в межах дослідження – на ситуації, зорієнтовані на розкриття реальних відносин, які виникають у різних умовах медичної практики [40. с. 137].

Моделювання комунікативних ситуацій майбутньої професійної діяльності сприятиме отриманню та збагаченню досвіду студентів-медиків,

розвитку кругозору, самореалізації, вдосконаленню комунікативних умінь, розумінню важливості спілкування для становлення як майбутніх фахівців та успішному засвоєнню навчального матеріалу [85, с. 91].

У процесі професійної підготовки студентів медичного ЗВО, зазначає О.Шаніна, виникають труднощі в ситуаціях професійно спрямованого спілкування, як-от:

– зустрічі і дискусії (студенти через відсутність особистого досвіду в цьому виді спілкування не володіють стратегією комунікативного розгортання ситуацій, а також мовними формулами й кліше, властивими ситуаціям спілкування такого типу);

– надання інформації (студенти не мають досвіду публічних виступів, не знають правил проведення презентацій, не володіють вміннями керування і тому не здатні віддавати розпорядження, інструкції тощо);

– телефонне спілкування (студенти зазнають труднощів під час розмови з партнером, якого вони не бачать, соромляться перепитувати, не вміють встановлювати контакт, завершати розмови, дотримуватися форм ввічливості у процесі розмови);

– етикетне спілкування (студенти не завжди володіють формами етикету при встановленні особистих контактів).

З огляду на це, соціальні контакти здебільшого мають ритуальний характер і спостерігаються в актах повсякденного спілкування, таких, як вітання, прощання, знайомство, початок і завершення зустрічей, нарад, телефонні перемови тощо. Для них є характерною етикетна поведінка учасників, тобто «поведінка, у тому числі й мовна, за соціально, культурно й історично сформованими моделями в типових (стандартних) ситуаціях поведінки і взаємодії людей» [144, с. 68–71]

Ще одним неімітаційним методом, що сьогодні активно використовується в освітньому процесі закладів вищої освіти є мозковий штурм, сутність якого полягає в пошуках студентами відповідей на поставлену проблему через посередництво висловлювань, усіх можливих

ідей, що спадають на думку, здогадок, пропозицій. Головним правилом цієї технології є домовленість про те, щоб не сумніватись у висловлюваннях учасників, не критикувати один одного, а забезпечити повну свободу висловлювань будь-яких ідей. Найважливішим позитивним моментом під час мозкового штурму, наголошує М. Скрипник, є те, що під час його проведення усуваються всі обмеження і студент може використати сповна свій творчий потенціал [123, с. 59].

Значного поширення в освітньому процесі набули також дискусії, що ґрунтуються на організації обміну думок. Дискусія – це насамперед уміле використання учасниками заняття таких методів, як переконання, правильні емоції, компромісні рішення, селективний відбір інформації, вибудовування розумних відносин між прихильниками різних позицій [149, с. 191].

Не можемо не погодитися із твердженням К.Орду, що дискусії відкривають великі можливості для практичного застосування спеціалізованих і мовних знань, шліфують навички висловлювання й доведення власної думки, готують до участі в публічних виступах, наукових обговореннях. Тематика дискусій може бути спрямована на розгляд як суґубо професійних, так і морально-етичних питань, Особлива їх популярність у медичних закладах, зазначає дослідниця, пояснюється необхідністю підготувати студентів до практичної діяльності, що ґрунтується на постійній співпраці і взаємодії з різними людьми, які належать до іншої культури чи віросповідання. Це, на нашу думку, сприяє формуванню практичної і психологічної готовності до типових і нетипових ситуацій (у тому числі міжкультурних) і розвитку вмінь міжкультурного спілкування [85, с. 94].

На думку інших учених (Н. Заячківська, Г.П'ятакова та ін.), навчальна дискусія – це така форма організації навчального заняття, що передбачає запитання викладача й відповіді студентів. При цьому, на їхню думку, провідна роль у дискусії належить викладачеві, його вмінню ставити запитання, вести діалог, тримати паузи, очікуючи відповіді. Викладач під час такої дискусії не повинен висловлювати директивні репліки або власні

судження [92, с. 31].

Л. Шкільняк визначено основні функції дискусії:

- дискусія повинна виступати як метод засвоєння знань, їх закріплення і вироблення вмінь та навичок (у нашому випадку міжкультурної взаємодії);
- розвивати психічні функції, творчі здібності й особистісні якості студентів;
- стимулювати мотивацію до навчання;
- формувати самостійну життєву позицію.

Велике значення дискусії, на думку дослідниці, полягає в тому, що: дискусія є важливим засобом активізації пізнавальної діяльності студентів; значною мірою сприяє розвитку їхнього практичного мислення – дає можливість визначити власну позицію; формує навички обґрунтування і відстоювання власної позиції; поглиблює знання з обговорюваної теми; призводить до зникнення в студентів побоювання висловити «неправильне припущення» (оскільки всі припущення, навіть найбезглуздіші, мають право на існування і не повинні оцінюватися); встановлює довірливі відносини з викладачем, який постійно спонукає до нестандартного мислення тощо. Завдання навчальної дискусії: поглиблювати знання з теми, що вивчається; виявляти спірні, заплутані питання; розвивати вміння її учасників аргументовано відстоювати свою думку; розвивати їхні вміння уважно і зважено вислуховувати думку опонентів; формувати культуру обговорення спірних питань. За допомогою дискусії можна навчити студентів логічно викладати свої думки, а найголовніше – дати їм можливість доказово відстоювати свій погляд, у відвертому спорі обґрунтовувати істинність своїх думок, що значно покращує засвоєння та розуміння навчального матеріалу [179, с. 92].

В основі **імітаційних** методів лежить відтворення в умовах навчання тих процесів, які відбуваються за реальних умов. Доцільність використання імітаційних методів навчання (як ігрових, так і неігрових), зазначає В.Руденко, і ми повністю поділяємо її думку, зумовлена тим, що вони

допомагають:

1) не боятися негативних наслідків для суспільства, спричиненими будь-якими неправильними діями студентів, а навпаки – перетворювати це на користь, оскільки формується досвід;

2) значно прискорювати час реальності (наприклад, те, що відбувається впродовж кількох років, можна відтворити за кілька хвилин);

3) неодноразово повторювати дії з метою закріплення навичок їх виконання;

4) оскільки дії виконуються за умов модельної реальності, можна уникнути закомплексованості поведінки студентів, стимулювати їх до пошуку найбільш ефективного рішення [112, с. 129].

Розглянемо кілька імітаційних методів навчання:

Ділова гра – метод імітації ситуацій, що моделює професійну чи іншу діяльність шляхом гри, в якій беруть участь різні суб'єкти, наділені різною інформацією, рольовими функціями і діють за заданими правилами. Ділова гра використовується для навчання вибору послідовних, оптимальних рішень в умовах, що імітують реальну практику [129].

Ділові ігри – це імітаційне моделювання реальних механізмів і процесів. За твердженням Є.Руцького, ділова гра є засобом розвитку не лише професійних умінь і навичок, але і професійного творчого мислення, в ході якої студенти набувають здатності аналізувати специфічні ситуації і вирішувати для себе нові завдання [129].

Рольові ігри характеризуються наявністю завдань або проблем і розподілом ролей між учасниками, які розв'язують поставлені завдання. Рольова гра, зазначає П. Щербань, є методом, що передбачає відтворення конкретних дій однієї з ролей у професійній діяльності [152]. Призначення рольової гри полягає в тому, що вона застосовується для формування й розвитку вмінь і навичок конкретної продуктивної діяльності в нетипових, незапланованих ситуаціях, а також передбачає імітаційне моделювання майбутньої професійної діяльності. [112, с. 131].

Використання таких ігор в освітньому процесі, на нашу думку, сприятиме усвідомленню важливості міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів, необхідності вдосконалення знань культурно-національних особливостей представників різних культур, буде мотивувати студентів до досягнення успіху в міжкультурній взаємодії в подальшій професійній діяльності (мотиваційний компонент), розвиватиме толерантність, емпатію (афективний компонент) комунікативні вміння і вміння емоційної саморегуляції (діяльнісний компонент).

Сьогодні, в умовах змішаного навчання, перспективними в освітньому процесі виступають інтернет-технології, які дозволяють вивести освітній процес за межі аудиторії, розширивши навчальний контекст. Інтернет-конференції, онлайн-консультації, просвітницькі блоги, освітні інтернет-майданчики, електронні тести, навчальні електронні ігри – надають невичерпний перелік можливостей співпраці педагога і студентів, сприяючи активізації пізнавальної діяльності останніх. Позитивними моментами інформатизації гуманітарної і фахової підготовки майбутніх лікарів є більша неформальність у взаємодії студентів і викладачів, зняття напруги аудиторного формату, збільшення практики спілкування [85, с. 95], у тому числі й міжкультурного.

Деякі дослідники (В.Ждан, М.Бабаніна, Є.Кітура, М.Ткаченко) з метою професійного вдосконалення майбутніх лікарів пропонують використовувати в освітньому процесі технології змішаного навчання, наприклад теле-лекції і теле-семінари, які проводяться в регламентованому часі; віддалені джерела медичної інформації з ресурсів Інтернету; мультимедійні й освітньо-контрольовальні системи (на основі Інтернет-технологій) [26, с. 25–28].

Все більшого поширення в умовах змішаного навчання набувають такі форми організації інтерактивного навчання, як квести, що дозволяють активізувати розумову діяльність шляхом створення спеціальних умов для виконання завдань, які потребують достатньої свідомості й зрілості студентів [74].

Квест дозволяє розвивати активне пізнання на заняттях, сприяє розвитку мислення, формує вміння допомагає долати комунікативні бар'єри, формує вміння застосовувати набуті знання на практиці у нестандартних ситуаціях, розвиває у студентів комунікативні й організаторські здібності формує науковий світогляд студентів, навички самостійної роботи, стимулює творчу активність студентів. Завдяки проведенню інтелектуального квесту студенти мають можливість не лише перевірити власний рівень залишкових знань, дізнатися чимало нових цікавих фактів, а й можуть систематизувати вже наявні знання [146, с. 79–80].

Різновидом квесту є веб-квест, який, використовуючи інформаційні ресурси Інтернет й інтегруючи їх в освітній процес, допомагає ефективно формувати цілу низку компетенцій студентів: пізнавальних соціальних, комунікативних, творчих, інформаційних. Веб-квест – це досить не простий пошук інформації в мережі. Учасники веб-квесту вчаться використовувати інформаційний простір Інтернет для розширення сфери своєї творчої діяльності [55].

Освітній веб-квест – це сайт в Інтернеті, який створюється в університеті і з яким працюють студенти, виконуючи те чи те навчальне завдання. Розробляються веб-квести для максимальної інтеграції Інтернету в різні навчальні предмети на різних рівнях навчання. На нашу думку, використання можливостей Інтернету є необхідним елементом в організації творчої пізнавальної діяльності студентів як на навчальних заняттях, так і в позааудиторній діяльності. Така робота не лише дозволить не лише урізноманітнити пізнавальну діяльність студентів, а й зробить її живою й цікавою, особливо зважаючи на те, що студенти сьогодні багато часу проводять за комп'ютером. Крім цього О. Чайка слідом за Ю. Романцевою, наголошує на тому, що отриманий досвід принесе свої плоди в майбутньому, оскільки під час роботи з Веб-квестом розвивається низка компетенцій, необхідних майбутньому лікарю, а саме:

– використання інформаційно-комунікаційних технологій для вирішення

- професійних завдань (у т. ч. для пошуку необхідної інформації, оформлення результатів роботи у вигляді комп'ютерних презентацій, веб-сайтів, флеш-роликів, баз даних тощо);
- самонавчання й самоорганізація;
 - робота в команді (планування, розподіл функцій, взаємодопомога, взаємоконтроль);
 - уміння знаходити кілька способів розв'язання проблемної ситуації, визначати найбільш раціональний варіант, обґрунтовувати свій вибір;
 - навички публічних виступів (обов'язковий захист проектів із виступом авторів, запитаннями, дискусіями) [141, с. 96–97].

Відтак, зважаючи на те, що спрямування освітнього процесу в медичному закладі вищої освіти на формування вмінь міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання сприятиме формуванню необхідних теоретичних знань і практичних умінь майбутніх лікарів щодо здійснення міжкультурної взаємодії під час їхньої професійної підготовки, вважаємо його педагогічною умовою.

Ще однією педагогічною умовою вважаємо «Залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності». У довідникових джерелах «позааудиторна робота» визначається як спеціально організовані й цілеспрямовані позааудиторні заняття, метою яких є поглиблення та розширення знань, отриманих в умовах навчального процесу, формування творчих інтересів, різноманітних умінь і навичок [94, с. 415].

Зазначимо, що дослідниками поняття «позааудиторна діяльність» трактується по-різному. Деякі науковці ототожнюють поняття «позааудиторна діяльність із поняттям «позааудиторна робота»

Так, Т. Децюк, А. Дударенко під позааудиторною роботою розуміють систему взаємопов'язаної діяльності суб'єктів освітнього процесу, яка є

невід'ємною складовою частиною професійної підготовки майбутніх фахівців і здійснюється поза розкладом навчальних занять, метою якої є створення умов для особистісного і творчого розвитку студентів та їхньої самореалізації, а також для практичного застосування теоретичних знань [21, с. 81].

Під позааудиторною роботою Л. Онучак розуміє будь-яку діяльність, що сприяє навчанню поза межами аудиторії і яка безпосередньо не пов'язана з навчальною програмою [83, с. 11].

Т. Козліковська позааудиторну роботу поділяє на професійно та соціально спрямовану. На думку вченої, до першої категорії належать участь у наукових гуртках, студентському науковому товаристві, олімпіадах, конференціях. Позааудиторна робота другої категорії: спортивні секції, театральні та танцювальні групи, екскурсії, відвідування виставок та музеїв тощо [39].

Позааудиторна робота – це спеціально організовані й цілеспрямовані позааудиторні заняття та система пізнавальних і виховних заходів, метою яких є поглиблення та розширення знань, отриманих в умовах навчального процесу, формування творчих здібностей, наукових інтересів, різноманітних умінь і навичок [22].

За твердженням науковців (Т.Петрушанко, О.Ніколішина, Е.Іленко Н.Попович, І.Литовченко та ін.), незважаючи на тісний зв'язок з аудиторною роботою, позааудиторна робота має свої відмінності, а саме: участь студентів у позааудиторній роботі добровільна, а на навчальному занятті – обов'язкова; позааудиторні заходи мають невимушений характер і тому надають більші можливості для прояву самостійності студентів, їхньої ініціативності та творчості [95, с. 109].

Досліджуючи питання організації позааудиторної діяльності студентів вищого медичного закладу освіти, Д. Дюрба зазначає, що вона є зручним та ефективним способом організувати особистісно-зорієнтоване навчання студентів закладу вищої медичної освіти, методики, що використовуються в

позааудиторній роботі, спрямовані на розвиток творчого потенціалу особистостей, а також ті види навчання, для яких необхідно залучати інноваційні технології [22].

До наукової позааудиторної діяльності належить проведення засідань наукового гуртка студентського наукового товариства, циклів наукових семінарів, присвячених ознайомленню студентів перших курсів із основами наукової культури та етики, участь у наукових конференціях, що проводяться на базі університету та поза ним, контроль та підтримка науково-дослідної роботи студентів.

Студентські наукові гуртки – одна з форм наукової діяльності студентів, спрямована на розширення їхнього наукового потенціалу й формування навичок науково-дослідної діяльності у вільний від навчання час або спеціально відведений час.

Робота студентського наукового гуртка спрямована на:

- підвищення рівня теоретичних знань та практичних навичок студентів;
- ознайомлення студентів з новими фармакологічними дослідженнями та новинками серед лікарських засобів;
- організацію досліджень у кафедральній лабораторії, опанування студентами її обладнання;
- відкриття наукового потенціалу студентів та підготовка науково-дослідницьких робіт;
- розвиток наукового мислення та аналітичних здібностей у гуртківців [100].

Гуртківці беруть участь у предметних олімпіадах зі спеціальності, конкурсах студентських наукових робіт, розробленні наукової теми відповідної кафедри, у підготовці і проведенні науково-практичних конференцій тощо.

Іншим видом науково-дослідницької позааудиторної діяльності є участь у роботі наукового товариства студентів і молодих учених, яка надає їм можливість зробити перші кроки у світ наукового пошуку, взяти участь в

експериментальних та клінічних дослідженнях, отримати навички роботи з науковою літературою, опублікувати та доповісти матеріали власних досліджень, бути в курсі останніх наукових подій, писати та захищати дисертаційні роботи на сучасному світовому рівні. Рада товариства проводить тематичні круглі столи на кафедрах з найактуальніших питань сучасної медицини; регулярно інформує всі кафедри та членів Ради товариства про планові наукові заходи (конференції, олімпіади, конкурси, тощо), що проводяться в університеті, організовує міжкафедральні наукові студентські заходи, взаємодію з іншими молодіжними громадськими організаціями міста Одеси, області, України та ін. [91].

До виховної позааудиторної діяльності Д. Дюрба відносить організацію відвідування культурних подій, що сприяють естетичному та національно-патріотичному вихованню майбутніх лікарів (виставки, екскурсії містами та музеями України, перегляд кінофільмів та їх обговорення, походи до театрів тощо) [22].

Сьогодні в позааудиторній діяльності закладів вищої освіти, у тому числі й медичних ЗВО велика увага приділяється волонтерській діяльності.

Поняття «волонтерство» вітчизняними та зарубіжними науковцями ототожнюється із поняттям «добровільна діяльність» та означає:

1) благодійність, що здійснюється фізичними особами на засадах неприбуткової діяльності, без заробітної платні, просування по службі заради добробуту й процвітання спільнот і суспільства загалом;

2) добровільну діяльність, що заснована на ідеях безкорисливого служіння гуманним ідеалам людства та, не маючи цілей отримання прибутку, одержання оплати чи кар'єрного зросту;

3) отримання всебічного задоволення особистих і соціальних потреб шляхом надання допомоги іншим людям [150, с. 5]. Волонтерська діяльність, спрямована на зняття соціальної напруги шляхом підтримки найбільш знедолених категорій населення; забезпечення гідного існування громадян, які в силу об'єктивних обставин не здатні піклуватися про себе самостійно;

«заповнення». Волонтерська діяльність – індивідуальна чи колективна – це спосіб підтримки, піклування, надання допомоги членам громади; взаємодії між людьми для спільного вироблення нових шляхів вирішення проблем, які виникають [150, с. 5–6]. До волонтерської діяльності майбутніх лікарів належить також робота в університетських клініках, що дає можливість студентам допомагати людям та отримати нові знання і досвід у сфері майбутньої професії.

Волонтерська діяльність, наголошують учені (К.Талалаєв, О.Сікорська, О.Уварова та ін.), надає студентам-медикам можливість оволодіти навичками роботи, отримати досвід соціальної роботи, пройти школу життя і сформувати гуманні, духовні цінності, виконувати роботу, яка їм подобається і є частиною подальшої професійної діяльності. Залучення студентів до волонтерського руху сприятиме розвитку самостійності, організаторських здібностей, стимулюватиме процес їхнього саморозвитку. Подібна практична зорієнтованість освіти, яка до того ж формує активну громадянську позицію, відповідає потребам сталого розвитку [131].

Важливим видом позааудиторної діяльності виступають різноманітні **тренінги**. Тренінг (англ. *training*) – це запланований процес модифікації (зміни) відношення, знання чи поведінкових навичок студентів через набуття навчального досвіду з метою ефективнішого використання набутих знань і навичок в одному виді діяльності або в певній галузі. У позааудиторний час проводяться різноманітні тренінги (психолого-педагогічні тренінги, комунікативні тренінги, тренінги емоційної саморегуляції, тренінги міжкультурного спілкування тощо), метою яких є розвиток особистісних якостей, практичних умінь, необхідних для здійснення в подальшому професійної діяльності на високому рівні.

У позааудиторній діяльності традиційними стали проведення таких виховних заходів, як «Посвята в студенти», «День Факультету», «День відкритих дверей», «Що? Де? Коли?», «Брейн-ринги» спортивні змагання, творчі конкурси, фестивалі, ярмарки, вікторини тощо.

На підставі вищезазначеного, доходимо висновку, що позааудиторна діяльність відкриває великі можливості для самореалізації особистості дає великий ступінь свободи, завдяки чому здійснюється більш тісне міжособистісне неформальне спілкування студентів, викладачів, адміністрації ЗВО, відбувається культурне і духовне збагачення особистості, розвиток і поглиблення смаків тощо. Різні напрями позааудиторної діяльності стимулюють ініціативність студентів, розвивають їхню творчість, відповідальність і цілеспрямованість, мотивують їх не зупинятися на досягнутому й опановувати нові знання, уміння та навички, що і є головною вимогою до сучасного фахівця [39].

Вищезазначене дає підстави дійти висновку, що залучення студентів до позааудиторної діяльності сприяє розвитку всіх складових, визначених у структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, а отже є педагогічною умовою формування зазначеного конструкту.

Висновки з першого розділу

У розділі висвітлено теоретичні засади проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Зазначено, що професійна підготовка – це цілеспрямований освітній процес, що має на меті озброєння майбутніх фахівців системою професійних (медичних) знань, умінь і навичок для виконання професійної діяльності.

Виявлено, що формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії є динамічним освітнім процесом у ході їхньої професійної підготовки і потребує забезпечення цілеспрямованої роботи, спрямованої на набуття студентами теоретичних знань і практичних умінь та навичок щодо реалізації міжкультурної взаємодії під час здійснення професійної діяльності, набуття досвіду організації комунікативних ситуацій міжкультурної взаємодії під час навчання в медичних закладах вищої освіти.

Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів розглядається як процес, що ґрунтується на спілкуванні і співпраці студентів на засадах толерантного ставлення до національних, культурних і релігійних особливостей різних культур під час опанування професійних знань, умінь і навичок, що сприятиме формуванню їхньої готовності до здійснення такої взаємодії в полікультурному просторі.

Визначено, що полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти – це духовно насичена атмосфера, що панує в закладі освіти, учасниками якого є представники різних культур, освітній процес якого спрямований на формування полікультурної особистості майбутніх лікарів, які відрізняються національними і релігійними цінностями, спроможні розуміти інші культури, здатні позиціонувати свою країну в умовах міжкультурної взаємодії, залучає їх до світових культурних традицій, сприяє вихованню у студентів поваги до інших народів, забезпечує рівноправний діалог між представниками різних культур, що ґрунтується на засадах толерантного і доброзичливого ставлення до представників іншої культури в процесі професійної підготовки.

Зазначено, що формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії сприятиме організація освітнього процесу, яка ґрунтується на засадах аксіологічного, культурологічного, компетентнісного, особистісного, діалогічного методологічних підходів.

У структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності виокремлено мотиваційний, когнітивний, діяльнісний і афективний компоненти.

Зазначено, що формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії сприятиме впровадження в освітній процес закладів вищої медичної освіти відповідних педагогічних умов, як спеціально створених обставин, які передбачають використання в освітньому процесі сукупності об'єктивних можливостей змісту, форм, методів, засобів навчання, спрямованих на формування готовності майбутніх лікарів до

міжкультурної взаємодії, набуття необхідних для цього теоретичних знань, практичних умінь і навичок, особистісних і професійних якостей.

Педагогічними умовами формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії обрано такі:

- 1) створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти;
- 2) спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії з пацієнтами та колегами засобами інтерактивних методів навчання засобами інтерактивних методів навчання;
- 3) залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності

Основні положення першого розділу викладено в публікаціях автора:

1. Левицька А. І. Актуалізація проблеми формування міжкультурної компетенції іноземних студентів. *Нове та традиційне у дослідженнях представників психологічних та педагогічних наук*: матеріали XII міжнародної конференції з психології та педагогіки м. Львів. 20 березня 2019 року. Львів : ЛНУ імені Франка, 2019. С. 105-117.
2. Левицька А. І. Полікультурне середовище закладу вищої освіти як чинник підготовки студентів до міжкультурного спілкування. *Світоглядні горизонти місії вчителя нової української школи*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції м. Одеса 26 вересня 2019р. Одеса: ПУПУ ім. Ушинського С. 39–43.
3. Левицька А. І. Професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2020 № 20. Ч. 2. С. 73–77. URL:
4. Левицька А. І. Сутність понять «взаємодія» і «професійна взаємодія» у професійній діяльності майбутніх лікарів *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. м. Київ, 3–4 квітня 2020 р.

Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2020.
С. 58–62.

5. Левицька А. І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук* Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231.
6. Левицька А. І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук* Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231.
7. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Методологічні засади формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. *Інноваційна педагогіка*. Одеса 2022 № 47 С. 200–204
8. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії *Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (101), Issue: 259, С. 29–32.

Список використаних джерел до розділу 1

1. Авраменко Н. О. Підготовка майбутніх лікарів-іноземців до оволодіння професійною термінологією у медичних закладах вищої освіти : дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2019. 354 с.
2. Аксіологічний підхід у соціальній педагогіці. <https://goaravetisyan.ru/uk/aksiologicheskii-podhod-v-obrazovanii-aksiologicheskii-podhod/>
3. Баглай О. І. Культурологічний підхід до професійної підготовки майбутнього фахівця туристичного профілю. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. Серія: Педагогічні науки.* 2018. Вип. 2 (93). С. 28–32.
4. Біда О.А. Кроскультурна підготовка майбутніх фахівців в умовах глобалізації. Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія «Педагогіка, психологія, філософія» Київ: Міленіум, 2018. Вип. 279. С. 312-317
5. Бойченко О. В. Сутність поняття «підготовка майбутніх учителів фізико-математичних дисциплін» на сучасному етапі. *Наука і освіта*, 2014. №1. С. 79–82.
6. Варданян А. О. Формування професійно-мовленнєвої компетентності майбутніх лікарів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2017. 289 с.
7. Варянюк Т., Іванченко Л. Формування соціокультурної компетентності у студентів на заняттях іноземної мови. *Молодь і ринок.* 2018. № 1 (156) С. 103–107.
8. Васильєва М. Теоретичні основи деонтологічної підготовки педагога : дис... д-ра пед. наук : 13.00.04. Харків, 2003. 432 с.
9. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з додат. і допов.) / Уклад. і гол. ред. В. П. Бусел. Київ : Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
10. Веретенко Т.Г. Підготовка молоді до життя в полікультурному світі – вимога сьогодення.

https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/1415/1/Veretenko_IPSP_IP&KO.pdf

11. Взаємодія і взаємовідносини людей. URL : https://stud.com.ua/92111/psihologiya/vzayemodiya_vzayemovidnosini_lyudy
12. Волкова Н.П. Інтерактивні технології навчання у вищій школі: навчально-методичний посібник / Н.П. Волкова. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2018. – 360 с. https://www.pedagogic-master.com.ua/2022/Volkova_1.pdf
13. Галицян О. А., Койчева Т. І., Осипова Т. Ю. Полікультурна освіта у процесі професійної підготовки майбутніх учителів. *Інноваційна педагогіка*, 2022. Вип. 43. Т.1. С 87–91.
14. Горошкіна О. М. Реалізація соціокультурного аспекту навчання української мови як іноземної. *Українська мова і література в школах України*. 2015. № 9. С. 30–32, с. 31–32.
15. Горпініч Т. І. Проблеми використання досвіду США з організації професійної підготовки майбутніх лікарів : український контекст. *Медицина освіти*. 2019. № 2. С. 156–160.
16. Грива О. А. Соціально-педагогічна модель формування толерантності у дітей та молоді в полікультурному суспільстві. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. Київ-Житомир : вид-во ЖДУ, 2004. Кн. 1. С. 46–52.
17. Гуменна І. Р. Особливості підготовки майбутніх лікарів до професійної комунікації. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Педагогічні науки*. 2015. № 1 (48). 2015. С. 100–104.
18. Гуменна І. Р. Підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації на засадах міждисциплінарної інтеграції : дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2016. 270 с.
19. Гуменна І. Р. Структура готовності майбутніх лікарів до професійної комунікації. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія:*

- «Педагогіка. Соціальна робота». 2016. Вип.1 (38). С.101-103.
20. Демчук М. Нетрадиційні форми навчання. *Рідна школа*. 2005. № 9. С. 65–67.
21. Децюк Т. М., Дударенко А. А. Форми та методи позааудиторної роботи студентів у вищих навчальних закладах. *Young Scientist*. 2018. № 3 (55). С. 80–83.
22. Дюрба Д. В. Організація позааудиторної роботи студентів вищого медичного навчального закладу. URL : <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/22055>.
23. Енциклопедія освіти / гол. ред. В. Г. Кремень. Київ: Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.
24. Євдокімова-Лисогор Л. А. Підготовка майбутніх фахівців сфери туризму до міжкультурного діалогу в процесі вивчення соціогуманітарних дисциплін : автореф. дис...канд. пед. наук : спец: 13.00.04. Кропивницький, 2018. 24 с.
25. Єжова О. О. Сутність організаційно-педагогічних умов педагогічного процесу. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя, Серія: Психолого-педагогічні науки*. 2014. № 3. С. 39–43.
26. Ждан В., Бабаніна М., Кітура Є., Ткаченко М. Сучасні методологічні підходи до вивчення циклу «Внутрішні хвороби» при підготовці сімейного лікаря. 2018. № 2. С. 25–28.
27. Загородній Ю. І. Педагогічні умови політичної соціалізації студентської молоді в умовах великого промислового міста : дис... канд. пед. наук: 13.00.05. Луганськ, 2004. 201 с.
28. Запорожцева Ю. С. Міжкультурна освіта як шлях до взаємодії у полікультурному суспільстві. *Наукові записки Центральноукраїнського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія : Педагогічні науки*. 2019. Вип. 177(1). С. 170–174.
29. Іванюк І. В. Міжнародні підходи до визначення поняття полікультурної компетентності в сучасній педагогічній науці. URL

[:https://lib.iitta.gov.ua/7281/1/Intercultural_competence_Ivanyuk.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/7281/1/Intercultural_competence_Ivanyuk.pdf)

30. Ігнатюк О. А. Формування готовності майбутнього інженера до професійного самовдосконалення: теорія і практика : монографія. Харків : НТУ «ХПІ», 2009. 432 с.
31. Ільницька О. М., Попович З. Б. Сучасні підходи до вищої медичної освіти України. *Педагогічні науки*. Випуск 133. 2017. С.90–96.
32. Калашнік Н. В. Застосування міжкультурного тренінгу у формуванні міжкультурної комунікативної компетентності іноземних студентів – майбутніх медиків. *Наукові записки. Серія: педагогіка*. 2016. № 1. С. 154–158.
33. Карпенко Ю. П. Компоненти готовності студентів закладів вищої медичної освіти до науково-дослідної діяльності. *Вісник КНЛУ. Серія Педагогіка та психологія*. Випуск 30. 2019. С. 43–49.
34. Княжева І. А. Теоретико-методологічні засади розвитку методичної культури майбутніх викладачів педагогічних дисциплін в умовах магістратури : монографія. Одеса : ФОРМ Бондаренко М. О., 2014. 328 с
35. Кобзар Н. В. Готовність майбутніх менеджерів туризму до міжкультурної комунікації та її компоненти. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Луганськ. 2011. № 14 (225). Ч. I. С. 48–52.
36. Ковалинська І. В. Поняття «Полікультурність» та «Мультикультурність» у науковому дискурсі. *Освітологічний дискурс*, 2016, № 1 (13). С. 65–78.
37. Коваль І.С. Формування професійної готовності майбутніх рятувальників до діяльності в екстремальних умовах: дис... канд. пед.наук: 13.00.04. Львів, 2017.
https://ldubgd.edu.ua/sites/default/files/3_nauka/svr/04/dysertacija_koval_i_s.pdf
38. Кожушко Світлана. Взаємодія як філософське й психологічне поняття. URL [:https://social-science.uu.edu.ua/article/1221](https://social-science.uu.edu.ua/article/1221)
39. Козліковська Н.Я. Позааудиторна робота як складова вищої освіти. URL

: <http://ap.uu.edu.ua/article/512>

40. Козубовська І. В., Данко Д. В. Формування готовності іноземних студентів-медиків до міжкультурного спілкування. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : «Педагогіка. Соціальна робота»*. Ужгород, 2017. Вип. 1 (40). С. 136–138.
41. Косенко Ю.В. Основи теорії мовної комунікації: навч. посіб. Суми: Сумський державний університет, 2011. – 187 с
42. Костюк С. С. Розвиток компетентностей міжкультурної комунікації студентів-іноземців на основному етапі навчання української мови : дис.... канд. пед. наук : 13.00.02. Кривий Ріг, 2018. 292 с.
43. Котенко О. В. Полікультурна освіта вчителів. *Вісник післядипломної освіти* : 2008. Вип. 7. С. 66–73.
44. Куцевол О. М. Теоретико-методичні основи розвитку креативності майбутніх учителів літератури : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. пед. наук : 13.00.02. Київ, 2007. 51 с.
45. Кучерук О. Соціокультурний розвиток учнів як лінгвометодична проблема. *Українська мова і література в школі*. 2014. №2 (112). 64 с. с. 2–7.
46. Кушнір І. М. Компоненти полікультурної компетентності іноземних студентів. *Викладання мов у вищих навчальних закладах освіти на сучасному етапі*. 2008. № 13. С. 7–8.
47. Левицька А. І. Актуалізація проблеми формування міжкультурної компетенції іноземних студентів. *Нове та традиційне у дослідженнях представників психологічних та педагогічних наук* : матеріали XII міжнародної конференції з психології та педагогіки м. Львів. 20 березня 2019 року. Львів : ЛНУ імені Франка, 2019. С. 105-117.
48. Левицька А. І. Полікультурне середовище закладу вищої освіти як чинник підготовки студентів до міжкультурного спілкування. *Світоглядні горизонти місії вчителя нової української школи*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції м. Одеса 26 вересня 2019р.

Одеса: ПУПУ ім. Ушинського С. 39–43.

49. Левицька А. І. Професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2020 № 20. Ч. 2. С. 73–77. URL:
50. Левицька А. І. Сутність понять «взаємодія» і «професійна взаємодія» у професійній діяльності майбутніх лікарів *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. м. Київ, 3–4 квітня 2020 р. Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2020. С. 58–62.
51. Левицька А. І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук* Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231.
52. Левицька А. І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук* Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231.
53. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Методологічні засади формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. *Інноваційна педагогіка*. Одеса 2022 № 47 С. 200–204
54. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії *Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (101), Issue: 259, С. 29–32.
55. Лемешко А.Л., Використання квест-технологій на уроках інформатики для активізації пізнавальної діяльності учнів. https://imidg.ucoz.ua/elgurnal/vyp22/6/lemeshko_stattja.pdf
56. Лимар Л. В. Основні компоненти соціальної компетентності сімейних лікарів в Україні. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 90–95.
57. Линенко А. Ф. Готовність майбутнього вчителя до педагогічної діяльності. *Педагогіка і психологія*. 1995. № 1, С. 129–130.
58. Линенко А. Ф., Стрига Е. В. Специфіка підготовки майбутніх учителів

гуманітарних дисциплін в контексті професійного менталітету. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*. Одеса, 2009. № 6. С. 43–47.

59. Логвіненко А. Ю. Підготовка майбутніх учителів іноземної мови до формування толерантності в учнів основної школи : автореф. дис.... канд. пед. наук : 13.00.04 Одеса, 2017. 298 с.
60. Лукащук І. М. Особливості, структура і зміст формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер на основі міжпредметних зв'язків. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2016. №. 48. С. 72–80.
61. Магрламова К. Г. Теоретичні і практичні засади професійної підготовки майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах Великої Британії: дис.... докт. пед. наук : 13.00.04. Умань, 2018. 659 с.
62. Максименко С. Д. Психологія в соціологічній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури: навчальний посібник. Київ : Наукова думка, 1999. 216 с.
63. Максименко С. Д., Пелех О. М. Фахівця потрібно моделювати (наукові основи готовності випускника педвузу до педагогічної діяльності). *Рідна школа*. 1994. № 3–4. С. 68–72.
64. Манько В. М. Дидактичні умови формування у студентів професійно-пізнавального інтересу до спеціальних дисциплін. *Соціалізація особистості*. Київ : Логос, 2000. Вип. 2. С. 153–161.
65. Манюк Л. В. Підготовка майбутніх лікарів до фахової комунікації засобами інформаційно-комунікаційних технологій в університетах США: автореф. дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Львів, 2017. 20 с.
66. Марусинець М. М. Педагогічні умови формування професійної рефлексії майбутніх учителів початкових класів. *Наука і освіта*. 2011. № 4. С. 257–261, с. 258.
67. Марченко Н. Форми підвищення кваліфікації вчителів. *Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету*

- імені Івана Франка». Дрогобич, 2019. Т. 2, № 24, С. 148–153.
68. Мащак С. Комунікативна компетентність особистості як соціальнопсихологічна проблема. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2010. Вип. 10. С. 435–444.
69. Медична освіта в США: важке дороге навчання та прибуткова робота. URL: <https://cost.ua/427-medical-education-usa/>
70. Мельничук І. М. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх соціальних працівників засобами інтерактивних технологій у вищих навчальних закладах: автореф.... дис. докт. пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2011. 42 с.
71. Мельничук І. М., Муқан Н. В., Біда О. А., Пашко М. З., Особливості розвитку вищої медичної освіти в США у XX–XXI ст. *Інноваційна педагогіка*. 2022. № 44. С. 150–157.
72. Мельничук І. М., Яцишина О. В. Особливості професійної підготовки іноземних студентів вищих медичних навчальних закладів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. Ужгород, 2013. Вип. 27. С. 119–121.
73. Микитюк Г. Ю. Взаємини викладачів зі студентами як чинник становлення особистості майбутнього фахівця : дис... на канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2003. 202 с.
74. Мішагіна О. Д. Використання квесту як засобу активізації навчальної діяльності учнів. https://urok.osvita.ua/materials/edu_technology/34730/
75. Мішагіна О. Д. Використання квесту як засобу активізації навчальної діяльності учнів. – URL: http://osvita.ua/school/lessons_summary/edu_technology/34730/
76. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. 2-ге вид., перероб. та доп. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 688 с.
77. Мруга М. Р., Войтенко Л. П. Порівняльний аналіз вимог до інформатичної підготовки майбутніх лікарів на додипломному етапі навчання: вітчизняний та зарубіжний підходи. URL: <http://www.ime.edu->

ua.net/em.htm.

78. Мурзіна О. А., Мирошниченко В. О., Каблуков А. О., Костенко І. О. Формування ціннісних орієнтацій в системі вищої освіти. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2019. № 1 (98). С. 67-72.
79. Мурзіна О. А., Мирошниченко В. О., Каблуков А. О., Костенко І. О. Формування ціннісних орієнтацій в системі вищої освіти. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2019. № 1 (98). С. 67-72.
80. Ничкало Н. Г. Неперервна професійна освіта як філософська та педагогічна категорія. *Неперервна професійна освіта : теорія і практика*. 2001. Вип. 1. С. 9–22.
81. Нікогосян Л. Р., Асєєва Ю. О., Аксіологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2017/4_2017/6.pdf
82. Оксфордский толковый словарь по психологии. URL : <http://vocabulary.ru/dictionary/487/>
83. Онучак Л. В. Педагогічні умови організації самостійної позааудиторної роботи студентів економічних спеціальностей : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2002. 18 с.
84. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія управління : навч. посіб. 2-ге вид., доп. Київ : Академвидав, 2010. 544 с.
85. Орду К. С. Формування інформаційно-комунікативної компетентності майбутніх сімейних лікарів у професійній підготовці: дис...доктора філософії: 015. Одеса, 2021. 330 с.
86. Орел-Халик Ю. В., Трегуб С. Е. Развитие познавательной деятельности будущих медицинских работников во внеаудиторное время. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. Суми : Вид-во Сум. ДПУ імені А. С. Макаренка. 2015. № 1 (45). С. 338–346.
87. Орел-Халик Ю. В. Аналіз феномена «культура професійного діалогу» в

- педагогічній науці. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах* : зб. наук. пр. / [редкол.: Т. І. Сущенко (голов. ред.) та ін. Запоріжжя, 2014. Вип. 38 (91). С. 262–266.
88. Осипова Т.Ю. Теоретико-методологічні засади підготовки майбутніх учителів до педагогічного наставництва: дис... докт. пед. наук: 13.00.04. Одеса, 2016. 501 с.
 89. Осипова Т. Ю. Організація навчально-виховного процесу ВЗО на засадах толерантності як складова професійно-педагогічної підготовки майбутніх учителів. *К. Д. Ушинський сучасність пріоритетні напрямки розвитку професійної освіти* : матеріали міжнар. науково-практ. конф. Одеса, 21–22 жовт. 2004 р. Одеса, 2004. Т. 2. С. 72–75.
 90. Остраус Ю. М. Критерії, показники та рівні сформованості професійно комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія*. 2016. Вип. 47. С. 96–102, с. 165.
 91. Офіційний сайт Одеського національного медичного університету. URL :<https://onmedu.edu.ua/nauka/studentske-naukove-tovaristvo-ta-rada-tovaristva-molodih-vchenih>
 92. П'ятакова Г. П., Заячківська Н.М. Сучасні педагогічні технології та методика їх застосування у вищій школі : навчально-методичний посібник для студентів та магістрантів вищої школи. Львів : Вид. центр ЛНУ імені Івана Франка, 2003. 55 с.
 93. Панькевич О. О. Формування культури професійної взаємодії майбутніх фахівців соціономічної сфери : дис... канд.. пед.. наук : 13.00.04. Одеса, 2019. 277 с.
 94. Педагогічний словник / За ред. М. Д. Ярмаченка. Київ : Пед. Думка, 2001. 514 с.
 95. Петрушанко Т. О. Ніколішина Е. В., Іленко Н. М., Попович І. Ю., Литовченко І. Ю. Досвід позааудиторної роботи зі студентами на

- кафедрі терапевтичної стоматології. *Медицина освіта*. 2018. № 1. С. 109.
96. Пилип Т. Структурний аналіз міжкультурної компетентності лікарів-терапевтів. *Нова педагогічна думка*. 2016. № 2 (86). С. 90–93.
97. Пилип Т. Я. Особистісно-орієнтований підхід до розвитку міжкультурної компетентності лікарів-терапевтів у системі післядипломної освіти URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobistisno-orientovaniy-pidhid-do-rozvitku-mizhkulturnoyi-kompetentnosti-likariv-terapevtiv-u-sistemi-pislyadiplomnoyi-osviti>
98. Пілішек С. О. Міжкультурне спілкування як складова професійного спілкування іноземною мовою у міжкультурному середовищі. URL : [irbis-nbuv.gov.ua > irbis_nbuv > cgiirbis_64](http://irbis-nbuv.gov.ua/irbis_nbuv/cgiirbis_64).
99. Подольська Є. А., Лихвар В. Д., Погорілий Д. Є. Кредитно-модульний курс культурології : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 368 с.
100. Покотило О. А. Студентський науковий гурток. URL: <http://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/kafedra-farmakologyy/scientific-club>
101. Пометун О. І., Пироженко Л. В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : наук.- метод. Посібник. Київ : Видавництво А.С.К., 2004. 192 с.
102. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2009. 20 с.
103. Психологічний словник / За ред. Н. А. Побірченко. https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5980/3/O_Serh
104. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / під керівництвом В. Б. Шапаря. Харків : Прапор, 2009. 672 с.
105. Пушкар Т. М. Формування готовності майбутніх учителів філологічних спеціальностей до міжособистісної взаємодії засобами комунікативних технологій : дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2016. 262 с.

106. Рагріна Ж. М. Підготовка майбутніх іноземних спеціалістів-медиків до професійного спілкування : дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Запоріжжя, 2017. 298 с.
107. Радченко А. Є. Професійна компетентність учителя. Харків : Вид. група «Основа», 2006. – 128 с Радченко А. Є. Професійна компетентність учителя. Харків : Вид. група «Основа», 2006. – 128 с.
108. Рибалко Л. С., Гепенко Л. О. Міжкультурне виховання як складова професійної підготовки майбутніх лікарів у закладах вищої медичної освіти. *Наукові записки кафедри педагогіки*. Вип. 44. 2019. С. 256–268.
109. Римарчук М. І. Формування професійної готовності майбутніх лікарів у контексті впровадження студентоцентрованого підходу. *Медична освіта*. 2019. № 1. С. 32–36.
110. Розум К. В. Формування готовності майбутніх учителів гуманітарного профілю до запобігання і розв'язання конфліктів у навчально-виховній роботі з учнями : дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Одеса, 2015. 253 с.
111. Руденко Л., Литвин А. Підготовка фахівців соціального захисту в закладах вищої освіти із специфічними умовами навчання *Сучасні тенденції розвитку освіти й науки : проблеми та перспективи*: зб. наук. праць / гол.ред. Ю.І. Колісник-Гуменюк. Київ–Львів–Бережани–Кельце, 2022. Вип. 10. 187 с
112. Руденко В. М. Формування професійно-комунікативної компетентності майбутніх філологів засобами інтерактивних технологій : дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Черкаси, 2010. 288 с.
113. Русалкіна Л. Г Теоретико-методичні засади англomовної професійної підготовки майбутніх лікарів : дис.....докт. пед.. наук : 13.00.04. Одеса , 2020. 426 с.
114. Русалкіна Л. Г. Теоретико-методичні засади англomовної професійної підготовки майбутніх лікарів : монографія. Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2019. 240 с.
115. Сараєва О. В. Формування толерантного середовища в авторській школі

- В. Сухомлинського. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського*. Вип. 1.46 (108). С. 130–133.
116. Семенов О. М. Професійна підготовка майбутніх учителів української мови і літератури : монографія. Суми : ВВП «Мрія-1» ТОВ, 2005. 404 с.
117. Серьожнікова Р. К. Основи психології і педагогіки : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 243 с.
118. Симоненко Т. В. Теорія і практика формування професійної мовно-комунікативної компетенції студентів філологічних факультетів : монографія. Черкаси : БРАМА, 2006. 328 с.
119. Сиротенко Г. О. Сучасний урок : інтерактивні технології навчання / Г. О. Сиротенко – Х. : Видав. гр. «Основа», 2003. 80 с. (Серія «Бібліотека журналу «Управління школою» ; вип. 10).
120. Сідун Л. Ю. Розвиток полікультурної освіти у вищій школі США: дис....канд. пед. наук: 13.00.04. Тернопіль, 2021. 243 с.
121. Сімкова І. О. Особливості навчання англomовного професійно орієнтованого говоріння майбутніх лікарів в умовах полікультурного середовища *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2019 р., № 66, Т. 2. с. 116-120.
122. Сімоненко М. В. Полікультурна компетентність майбутнього вчителя як стандарт освіти європейського виміру. URL: http://www.rusnauka.com/6_NITSB_2010/Pedagogica/58322.doc.htm.
123. Скрипник М. Технології використання різних методів інтерактивного навчання. *Ігри дорослих. Інтерактивні методи навчання*. Київ : Ред. загальнопед. газ., 2005. 128 с. (Б-ка «Шкільного світу»).
124. Скубашевська О. С. Мовні стратегії інноваційної освіти. *Вища освіта України*. 2007. № 4. С. 51–55.
125. Словник іншомовних слів / за ред. чл.-кор. АН УРСР О. С. Мельничука. Київ : Головна редакція УРЕ, 1977. 775 с.
126. Словник української мови. Академічний тлумачний словник (1970-1980): URL:<http://sum.in.ua/s/pokaznyk>

127. Соціологія : короткий енциклопедичний словник / Укл. В. І. Волович, В. С. Тарасенко, М. В. Захарченко та ін. / Під заг. ред. В. І. Воловича. Київ : Укр.. Центр духовної культури, 1998. 736 с.
128. Стечак Г. М. Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті : дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Львів. 2017. 282 с.
129. Сучасний психолого-педагогічний словник / авт. кол. за заг. ред. О. І. Шапран. Переяслав-Хмельницький, 2016.
<http://ephsheir.phdpu.edu.ua/bitstream/handle/8989898989/2580/Словник.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
130. Сучасний словник іншомовних слів : близько 20 тис. слів і словосполучень / [уклад. О. І. Скопненко, Т. В. Цимбалюк]. Київ : Довіра, 2006. 789 с.
131. Талалаєв К. О., Сікорська О. О., Уварова О. О. Волонтерський рух студентів-медиків у системі випереджаючої освіти. URL : <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8840/Talalayev.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
132. Тезаурис методичного працівника / Укладач В. В. Демченко. Рівне : РОШПО, 2012. 72 с.
133. Тлумачний словник сучасної української мови : близько 50 000 слів / уклад. І. М. Забіяка. Київ : Арій, 2007. 512 с.
134. Тур О. М. Міжкультурна комунікація як складова професійної діяльності майбутнього спеціаліста. *Педагогічна освіта : теорія і практика* : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2014. С. 201–205.
135. Тюріна В. О. Пізнавальна самостійність школярів. Харків : ХДПІ, 1993
Харків: ХДПІ, 1993. 138 с.
136. Установки. Поняття, компоненти і способи зміни установок. URL : https://stud.com.ua/39750/menedzhment/ustanovki_ponyattya_komponenti_sposobi_zmini_ustanovok

137. Устименко Ю. С. Особливості професійної взаємодії стоматологів. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія»*. 2016. № 1 (11). С. 365–372.
138. Філоненко М. М. Проєктування навчальних занять у системі вищої медичної освіти на основі компетентнісного підходу. *Медична освіта*. 2016. № 1 (69). С. 47–49.
139. Філософський словник / За ред. В. І. Шинкарука. 2-ге видання. Київ, 1986. 796 с.
140. Хвалибога Т. Г. Теоретико-організаційні засади професійної підготовки майбутніх лікарів в університетах США: автореф. дис...докт. пед. наук 13.00.01. Хмельницький, 2020 40 с.
141. Чайка О. В. Підготовка майбутніх учителів-філологів до організації позакласної творчої діяльності учнів загальноосвітніх закладів: дис... канд.. пед.. наук: 13.00.04. Одеса, 2018. 332 с.
142. Чорнобрива Н. В. Модель підготовки майбутніх фельдшерів до професійної діяльності у процесі виробничої практики. <https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/1279>
143. Шавкун І. Г. Міжкультурна комунікація як складова сучасної менеджмент-освіти. *Культурологічний вісник Нижньої Наддніпрянини*. 2009. Вип. 23. С.115–118.
144. Шаніна О. С. Медичний дискурс: комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти: автореф. дис. ... канд. філол. наук : 10.02.01. Одеса, 2015. 19 с.
145. Шапран Ю. П. Компонентний склад професійної компетентності вчителя. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*. 2014. Вип. 42. Ч. 2. С. 95–99.
146. Шевчик Л. О., Кравець Н. Я. Застосування квесту як технології практико-зорієнтованого навчання студентів медичних вишів. *Медична освіта*. 2018. № 3., с. 78–80.

147. Шигонська Н. В. Підготовка студентів медичних спеціальностей до професійної взаємодії засобами моделювання комунікативних ситуацій : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2011. 20 с.
148. Шинкарук В. І. Філософський енциклопедичний словник. Київ : Абрис. 2002. 742 с.
149. Шкільняк Л. І. Дискусія як метод інтерактивного навчання у вищій медичній школі. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. № 1. Т. 19. С. 190–192.
150. Школа волонтерів : навчальний посібник / За заг.ред. Г. С. Скитьової. Київ: 2016. 166 с.
151. Щербакова А. В. Створення полікультурного навчально-виховного середовища як педагогічна умова формування полікультурної компетентності студентів-медиків. *Духовність особистості : методологія, теорія і практика*. Сєверодонецьк : СНУ ім. В. Даля, 2013. Вип. 6 (59). С. 243–251.
152. Щербань П. М. Навчально-педагогічні ігри у вищих навчальних закладах : навчальний посібник. Київ : Вища школа, 2004. 207 с,
153. Якса Н. В. Теоретичні засади професійно-педагогічної підготовки майбутніх учителів до взаємодії суб'єктів освітнього процесу в умовах полікультурності Кримського регіону : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2006. 433 с.
154. Baker G. C. *Planning and Organizing for Multicultural Instruction*. Addison–Wesley Publishing Company USA, 1994. 217 p.
155. Chornobryva N. Components, criteria and readiness levels of future medical assistants for professional activity URL: naukajournal.org/index.php/ISMSD/article/download/.../136.
156. Hohmann M. Interkulturelle Erziehung – eine Bestandsaufnahme. In: *Ausländerkinder in Schule u. Kindergarten*. 1983. №. 4. S. 4.
157. *Interkulturelle Kompetenz*. IKUD Seminare : зб. наук. мат. з питань полікультурної компетентності Інституту міжкультурної дидактики

(Німеччина). URL: http://www.ikud-seminare.de/interkulturelle_kompetenz.html

158. Jackson V. A. Teaching communication skills using role-play: an experiencebased guide for educators. *Palliat Med.* 2011. № 14(6). P. 775–780.
159. Mc Clelland D. C. Atkinson J. W., Clark R. A. A scoring manual for the achievement motive. *Motives in Fantasy, Action and Society*. N. Y., 1958. P. 112–148.
160. Nieto S. School Reform and Student Learning: A Multicultural Perspective. *Multicultural Education. Issues and Perspectives*. Wiley & Sons, 2003. P. 381- 402
161. Sereda Anna. Intercultural communication: linguistic and cultural barriers. URL: https://openarchive.nure.ua/bitstream/document/17667/1/Sereda_2020.pdf
162. The Concise Oxford English–Russian Dictionary / ed. by Paul Falla. Oxford: d University Press, 2001. 1007 p
163. Ting-Toomey S. Communicating across cultures. New York : The Guilford Press, 1999. 310 p.
164. Woitczak A., Schwarz M.R Minimum essential requirements and standards in medical education *Medical Teacher*. 2000. Vol. 22, №6. P. 555–559.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО МІЖКУЛЬТУРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Результати констатувального етапу формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності

Експериментальна робота з формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності здійснювалася поетапно і містила такі завдання.

- 1) Констатувальний етап спрямований на з'ясування стану прояву визначених показників і критеріїв готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії;
- 2) формувальний етап передбачав побудову структурної моделі підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності і розроблення експериментальної методики її реалізації з упровадженням визначених педагогічних умов;
- 3) прикінцевий етап мав за мету визначити ефективність реалізації розробленої моделі підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності шляхом здійснення порівняльного аналізу одержаних результатів на констатувальному і прикінцевому етапах педагогічного експерименту.

На констатувальному етапі дослідження здійснювалася діагностика наявного стану сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. У педагогічному експерименті взяли участь 208 студентів, яких довільно було розподілено на експериментальну (ЕГ) і контрольну (КГ) групи. 102 студенти Одеського національного медичного університету склали експериментальну групу, в якій передбачалася реалізація моделі підготовки майбутніх лікарів до

міжкультурної взаємодії у професійній діяльності з упровадженням визначених педагогічних умов); і 106 студентів Полтавського державного медичного університету, які склали контрольну групу, в якій навчання відбувалося за традиційною програмою й експериментальна робота не передбачалася.

На початку експериментальної роботи було використано критеріальний підхід.

Структура готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії містить такі складники, як: компоненти, критерії та показники

За довідниковими джерелами термін «компонент» (від лат. *componens* (*componentis*) – той, що складає) трактується як складова частина чогось [35, с. 346].

Кожний компонент певного педагогічного явища, що досліджується, зазвичай оцінюється за відповідними критеріями. Розглянемо сутність поняття «критерій». У довідниках означене поняття трактується, як: підстава для оцінки, визначення або класифікації чогось; мірило істинності, вірогідності людських знань, їх відповідності об'єктивній дійсності, встановлені значення параметрів та характеристик [1, с. 588]; ознаки, за якими класифікуються, оцінюються (та одержують оцінки) за відповідним індикатором психологічні явища, дії або діяльність [39, с. 158]; якість явища, що відображає його суттєві характеристики і саме тому підлягає оцінці [5, с.152]; засіб для вирішення, судження, рівень досягнень, який визначається за ступенем наближення до мети [8, с. 483].

Відтак, критерій виступає підставою для оцінки якихось якостей, властивостей, ставлення респондентів до певних педагогічних явищ.

Щодо поняття «показник», то в довідникових джерелах він трактується як свідчення, доказ, ознака чого-небудь; наочні дані про результати певної роботи, процесу; факти про досягнення в чому-небудь [36, с. 210].

У структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії було виокремлено мотиваційний, когнітивний, діяльнісний та афективний

компоненти. Розкриємо критерії та показники визначених компонентів.

Для діагностики *мотиваційного компонента* обрано *настановний критерій* із такими показниками, як: «наявність позитивної мотивації до професійної діяльності в полікультурному середовищі» і «наявність мотивації на досягнення успіху в міжкультурній взаємодії».

Вибір показника «наявність мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі» зумовлений тим, що в основі будь-якої діяльності лежить мотивація. Наявність у майбутніх лікарів позитивної мотивації на професійну діяльність, наголошує Г. Стечак, і ми цілком поділяємо її думку, визначає її гуманістичні пріоритети, сприяє формуванню у студентів стійкого прагнення до ефективної співпраці з пацієнтами та членами їхніх родин у поєднанні з альтруїстичним бажанням зберегти здоров'я людям, здатністю отримувати задоволення від взаємодії з ними, спроможністю налагоджувати психологічний контакт, формувати довірливі стосунки на засадах узгодженості та взаємосприйняття [37, с. 1–72].

Додамо до цього, що у своїй подальшій професійній діяльності майбутні лікарі мають здійснювати професійну діяльність у полікультурному середовищі, оскільки в Україні сьогодні проживають представники різних культур, які відрізняються від української, і мають певні культурні традиції, особливості поведінки, характерні для їхньої культури, тому важливим завданням медичних закладів вищої освіти є вмотивування студентів на позитивне ставлення до майбутньої професійної діяльності лікаря в полікультурному середовищі, що, у свою чергу, передбачає, за твердженням А.Щербакової, наявність у студентів «потреби у формуванні й самовихованні полікультурної компетентності; прагнення до особистісного самовдосконалення» [48, с. 89].

В аспекті започаткованого дослідження важливим є твердження Н.Кобзар, яка наголошує, що наявність мотивів до здійснення міжкультурної комунікації й потреби їхньої реалізації в майбутній діяльності зумовлює появу у студентів стійкої мотивації до міжкультурної взаємодії та

усвідомлення значення такої взаємодії у професійній діяльності [10, с. 49].

На підставі вищезазначеного, наявність у майбутніх лікарів позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі вважаємо важливим показником їхньої готовності до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Іншим показником настановного критерію є наявність мотивації на досягнення успіху в міжкультурній взаємодії. В аспекті започаткованого дослідження, формування мотивації досягнення успіху в міжкультурній взаємодії є важливим складником підготовки майбутніх лікарів, оскільки від її наявності, на нашу думку, залежатиме успіх їхньої професійної діяльності в цілому. Це пов'язано з тим, що людям із високим рівнем розвитку мотивації досягнення, як зазначають зарубіжні дослідники (Дж.Аткінсон, Р.Кларк, Д.Мак-Клелланд), притаманні певні особливості, а саме: уміння ставити перед собою виважені цілі; надання переваги ситуаціям, коли відповідальність за їх вирішення лежить особисто на них, а успіх при цьому залежить переважно від власних зусиль й особистих здібностей; погляд на результат як на засіб, за допомогою якого можна коригувати професійну поведінку з метою надання їй більшої ефективності й досягнення більш високих результатів [49 с. 116].

На нашу думку, саме мотивація на досягнення успіху в міжкультурній взаємодії сприятиме розвитку в майбутніх лікарів прагнення будувати конструктивну професійну взаємодію із довколишніми людьми (колегами, пацієнтами та їхніми родичами), незважаючи на особливості їхньої національної культури і релігійної приналежності, долати труднощі у спілкуванні з ними, ставити перед собою виважені цілі та досягати їх, уникати невдач у міжкультурній комунікації та вміти прогнозувати її результат.

Діагностика *когнітивного компонента* відбувалася за *знанським критерієм* із такими показниками: 1) обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн; 2) обізнаність із особливостями діалогу культур.

Вибір показника «обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн» зумовлений тим, що у своїй професійній діяльності майбутні лікарі можуть стикатися з представниками різних етносів, оскільки Україна є багатонаціональною державою, і до того ж сьогодні до нас приїжджають люди з різних країн, які навчаються в українських закладах вищої освіти або працюють у міжнародних компаніях, і які мають відмінності, порівняно з українською культурою, у спілкуванні, в нормах і правилах поведінки. Уважаємо, що студенти під час професійної підготовки мають, крім знань щодо організації професійної взаємодії в системах «лікар – пацієнт», «лікар – родичі», «лікар – лікар», опанувати знання і вміння організації міжкультурної взаємодії; бути поінформованими щодо особливостей процесу міжкультурної взаємодії з представниками інших національностей і конфесій, уміти використовувати у спілкуванні з ними «комунікативні стратегії і стилі; прийоми вербального і невербального спілкування [41, с. 72].

Не можна не погодитись із твердженням Т. Пилип, яка наголошує на тому, що для здійснення конструктивної міжкультурної взаємодії майбутній лікар повинен бути поінформований щодо культури, до якої належить його співрозмовник, її особливості, норми і традиції, що слугують основою для адекватного тлумачення комунікативної поведінки представників іншої культури як бази для запобігання непорозумінь, а також як основи для зміни власної комунікативної поведінки в інтерактивному процесі. Отже, доходить висновку науковець, і з цим не можна не погодитися, розвиток міжкультурної компетентності, що на нашу думку лежить в основі міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів, повинен обов'язково включати формування знань про феномен культури, її типи і різновиди, найбільш розповсюджені культурні традиції та звичаї 30, с. 90–93].

Іншим показником означеного критерію є «обізнаність з особливостями діалогу культур», що сприятиме усвідомленню студентами необхідності побудови міжкультурного спілкування на основі

взаєморозуміння. діалог культур передбачає наявність у студентів умінь слухати, розуміти іншого, ставити запитання, аналізувати відповідь, встановлювати контакт, бути спостережливим і уважним, бачити й зрозуміти реакцію довколишніх людей, передавати своє ставлення до того, про що йдеться, зацікавити, захопити поясненням, орієнтуватися в обстановці [24, с. 264].

На нашу думку, формування вмінь і навичок міжкультурної взаємодії сприятиме формуванню в особистості готовності до активної діяльності в сучасному соціокультурному середовищі, зберігати свою ідентичність, прагнути до поваги й розуміння інших етнокультурних спільнот, умінь жити в мирі і злагоді з представниками різних расових, етнічних культурних, релігійних груп [42, с. 32].

Оцінка *діяльнісного компонента* здійснювалася за *поведінковим критерієм* за такими показниками 1) наявність комунікативних умінь; 2) наявність умінь емоційної саморегуляції.)

Не викликає сумніву твердження О. Лахтадир про те, що комунікативні вміння є надзвичайно важливими у професійній діяльності майбутнього лікаря, оскільки здійснюючи професійну взаємодію, у тому числі й міжкультурну, вони повинні не лише правильно говорити, а й «уміти слухати співрозмовника, тобто отримувати інформацію; адекватно розуміти сенс інформації; програмувати і висловлювати свої думки в усній і письмовій формах» [14, с. 36–38].

Володіння базовими комунікативними вміннями забезпечує ефективне здійснення професійної комунікації. На думку Ю. Остраус, уміння вести бесіду є одним з основних професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів, оскільки клінічна бесіда була й залишається основним видом спілкування лікаря та пацієнта, одним із найважливіших методів, що застосовується в щоденній роботі лікаря [25, с. 100].

Цілком погоджуємось із З. Шарлович у тому, що комунікативні вміння допомагають медичним працівникам кваліфіковано встановлювати доцільні

стосунки з пацієнтами та членами їхніх родин; допомагати родичам пацієнтів усвідомити значущість їхньої психологічної та комунікативної підтримки в пошуку шляхів до одужання члена їхньої сім'ї [46, с. 90].

Сьогодні як у нашій, так і в зарубіжних країнах спостерігається розвиток тенденції до співпраці між лікарем і пацієнтом. За Жаком Лаканом, пацієнт – це не тільки «носіє симптомів», а лікар не тільки «маніпулятор симптомами», найчастіше вони є представниками різних культур, ігнорування цього факту призводить до різкого зниження ефективності комунікації, а подекуди до повного взаємного непорозуміння [11, с. 9].

З огляду на зазначене, оволодіння майбутніми лікарями комунікативними вміннями сприятиме розумінню й повазі до культурно-національних особливостей представників інших країн.

Не менш важливими в міжкультурній взаємодії вважаємо вміння регулювати свої емоції й контролювати емоції інших людей, що обраний іншим показником поведінкового критерію, оскільки професійна діяльність лікаря насичена різноманітними ситуаціями, які часто вимагають від нього не лише вміння регулювати власні емоції (наприклад, уміти змінювати їх інтенсивність, а подекуди і вміння приховувати їх, оскільки емоційний стан лікаря може викликати паніку, тривогу в пацієнта, що в жодному разі не сприятиме успішному лікуванню), а й умінь визначати емоційний стан пацієнтів, впливати на них (заспокоїти, підбадьорити або просто викликати якісь емоції, що можуть сприяти організації конструктивної взаємодії), ураховуючи при цьому психологічні і культурно-національні особливості, якщо пацієнтом є представник іншої культури. З огляду на це, під час навчання в медичному виші повинна бути приділена належна увага формуванню у студентів означених умінь.

Емоції часто виступають передумовою виникнення конфліктів, у тому числі й міжкультурних. Вплив емоцій на конфлікт, наголошує Л. Гапоненко, виявляється як взаємна антипатія, подразливість та збудливість, агресивність та злобливість, неприйнятність емоційного стану іншої людини, емоційна

тупість чи, навпаки, підвищена вразливість, а також зневага, погорда, презирство, що підкреслено демонструється в спілкуванні [3, с. 84].

У зв'язку з цим особливо важливим, на нашу думку, є вміння лікаря регулювати власні емоції, здійснювати емоційно активний вплив на пацієнтів, розвивати їхню емоційно-почуттєву сферу як чинник успішної професійної діяльності.

Зауважимо, що вивчення емоційних зв'язків під час взаємодії з пацієнтами та їхніми родичами допомагає формуванню відповідального ставлення майбутніх лікарів до професійної діяльності. Реалізація принципу емоційної активності у процесі підготовки майбутніх лікарів передбачає розвиненість їхньої емоційно-почуттєвої сфери, формування спрямованості на глибоке розуміння емоційного стану пацієнтів та їхніх родичів, а також набуття й розвиток навичок контролю емоцій та емоційної саморегуляції в різних професійних ситуаціях.

Афективний компонент діагностувався за *особистісним критерієм* із показниками 1) наявності толерантності; 2) наявності емпатії.

На нашу думку, наявність толерантності виступає необхідною особистісною якістю майбутнього лікаря, оскільки у своїй професійній діяльності він неодмінно буде стикатися з різними людьми і повинен виявляти до них терпимість і повагу. Спілкуючись із пацієнтом або його родичами, лікар повинен неупереджено ставитися до них, не зважати на особливості їхньої культури, релігійні вірування, соціальний стан, стать, вік, професію, політичні уподобання тощо.

Толерантність у міжкультурній взаємодії – це здатність бачити в іншій людині саме іншу – носія інших цінностей, логіки мислення, інших норм поведінки, усвідомлення її права бути іншою, відмінною; безумовно, позитивне ставлення до такої несхожості, терпимість до думки іншої людини, звичаїв, кольору шкіри, релігії, способу життя; здатність дивитися на світ одночасно з власного погляду і з позиції іншої людини [6, с. 404].

Отже, толерантність – це особистісна якість людини, яка сприймає

інших людей такими, як вони є, не намагаючись змінити їхні думки, погляди, дії, вчинки, спосіб життя, що відрізняються від її власних. На нашу думку, така якість повинна бути притаманна майбутнім лікарям і її формуванню необхідно приділяти належну увагу під час навчання в закладах вищої медичної освіти.

Іншим показником означеного критерію виступає «наявність емпатії», Здатність до емпатії, зазначає Н. Кобзар, забезпечує емоційне сприйняття співрозмовниками один одного, враховуючи особистісні характеристики, прояв співчуття до проблем і переживань співрозмовника, розуміння необхідності контролювати власну поведінку та емоції, щоб уникати конфліктних ситуацій [10, с. 52].

У майбутніх лікарів емпатія має бути достатньо розвинена, оскільки лікар повинен вміти «відчувати біль» пацієнта, зрозуміти його страх, невпевненість, сумніви для того, щоб знайти правильні слова для його заспокоєння, переконання в правильності обраного способу лікування тощо.

Емпатія, наголошує Л.Русалкіна, – це необхідна ланка, що забезпечує ефективність професійної взаємодії в медичній сфері. Прояви емпатії лікаря відображають позитивну спрямованість його діяльності і сприяють упевненості пацієнта в успішному результаті лікування. Лікар із розвиненою емпатією володіє співчуттям до ближнього, терпимістю, чуйністю, здатністю заспокоїти пацієнта [32, с. 97].

Для визначення рівнів готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності за визначеними показниками виокремлених компонентів і критеріїв було дібрано відповідні методики (Див. табл. 2.1.).

Компоненти, критерії показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності та методики їх діагностики

Компоненти	Критерії	Показники	Методики
мотиваційний	настановний	Наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі	Картка самооцінки мотивації студентів працювати в полікультурному середовищі (розроблено автором)
		Наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії	Картка самооцінки обізнаності із особливостями професійної взаємодії (за О. Панькевич)
когнітивний	знаннєвий	Обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн	Картка самооцінки обізнаності з культурно-національними особливостями різних народів (за А. Логвіненко)
		Обізнаність із особливостями культури діалогу	тест «Здатність до полікультурного діалогу», розроблений Г. Солдатовою і Л. Шайгеровою
Діяльнісний	поведінковий	Наявність комунікативних умінь	тест оцінки комунікативних умінь (за А. Кареліним).
		Наявність умінь емоційної саморегуляції	Діагностика емоційної зрілості (за О. Чебикіним)
афективний	особистісний	Наявність толерантності	Питальник «Повнота розуміння толерантності» (за А. Фурманом та О. Шаюк)
		Наявність емпатії	Діагностика здатності до емпатії (за Є. Роговим)

Окрім визначених методик діагностики, під час експериментальної

роботи здійснювалося спостереження за поведінкою майбутніх лікарів під час роботи студентського гуртка

Для визначення стану готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії було обрано достатній, задовільний і низький рівні. При цьому до достатнього рівня було віднесено студентів, у яких діагностований показник був стійкий і яскраво виражений; до задовільного рівня належали студенти, у яких досліджувана ознака в цілому виявлялася, але не досить яскраво; до низького рівня відносилися студенти, у яких досліджуваний показник виявлявся слабо або майже не виявлявся.

Надамо якісну характеристику рівнів готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

Достатній рівень. Студентам цього рівня властива стійка готовність до діяльності в полікультурному середовищі. Вони не відчують жодних труднощів у спілкуванні з представниками іншої національності і віросповідання, з легкістю долають мовні бар'єри. Такі студенти мають ґрунтовні знання щодо культурно-національних особливостей різних країн, у них відсутні стереотипи щодо іноземців., вони з розумінням ставляться до особливостей поведінки представників іншої культури, легко входять у контакт з людьми, які не належать до їхньої культури. Студенти цього рівня усвідомлюють значущість майбутньої професії, обізнані із сутністю професійної, у тому числі й міжкультурної взаємодії та особливостями її організації. Вони досить добре обізнані з особливостями побудови культури діалогу, уміють чітко висловлювати свої думки, намагаючись, щоб співрозмовник правильно їх зрозумів, виявляють увагу до співрозмовника, уважно його слухають виявляють терпіння, якщо, навіть, не одразу розуміють, про що він говорить. У студентів означеного рівня достатньо розвинені комунікативні вміння, вони вміють контролювати свій емоційний стан у різноманітних ситуаціях, у них не виникає труднощів у визначенні й розумінні емоцій довколишніх людей, під час спілкування намагаються уникати моментів, які можуть призвести до конфлікту. У спілкуванні з

представниками іншої національності або віросповідання поведяться толерантно, легко можуть уявити себе на місці співрозмовника, зрозуміти особливості його поведінки.

Задовільний рівень. На цьому рівні студенти демонструють сумніви щодо діяльності в полікультурному середовищі, подекуди відчують певні труднощі у спілкуванні з представниками іншої національності і віросповідання, мають труднощі у подоланні мовних бар'єрів, які виникають під час спілкування з ними. Такі студенти обізнані із культурно-національними особливостями різних країн, проте подекуди вони користуються у спілкуванні певними стереотипами щодо іноземців. Такі студенти в цілому розуміють особливості поведінки представників іншої культури, натомість не мають бажання вступати в контакт з людьми, які не належать до їхньої культури. Студенти цього рівня усвідомлюють значущість майбутньої професії, обізнані із сутністю професійної взаємодії та особливостями її організації, проте не виявляють готовності здійснювати взаємодію з представниками іншої культури. Вони обізнані з особливостями побудови культури діалогу, натомість під час висловлення своєї думки плутаються, не можуть дібрати необхідних слів, щоб партнер по спілкуванню правильно їх зрозумів, виявляють вміння слухати партнера, однак подекуди демонструють роздратування, якщо не розуміють, про що він говорить. У означених студентів у цілому розвинені комунікативні вміння, натомість подекуди вони можуть втратити контроль над своїм емоційним станом у конфліктних ситуаціях, які виникають у спілкуванні з представниками іншої національності, мають труднощі у визначенні й розумінні емоцій партнерів по спілкуванню, які належать до іншої культури. Здебільшого виявляють толерантність у спілкуванні, можуть уявити себе на місці співрозмовника, натомість подекуди неадекватно оцінюють його поведінку.

Низький рівень готовності до міжкультурної взаємодії притаманний студентам, які не мають бажання працювати в полікультурному середовищі, вони мають значні труднощі у спілкуванні з представниками іншої

національності і віросповідання, не демонструють вміння подолання мовних бар'єрів, які виникають під час спілкування з ними. Такі студенти мають поверхові знання щодо культурно-національних особливостей різних країн, під час спілкування з представниками інших культур упереджено ставляться до них. Такі студенти мають труднощі у розумінні особливостей поведінки представників іншої культури, демонструють очевидне небажання контактувати з людьми, які не належать до їхньої культури. Студенти цього рівня не чітко розуміють сутність професійної взаємодії та особливості її організації, їх бентежить можливість співпрацювати з представниками іншої культури. Під час спілкування такі студенти не можуть чітко і логічно висловити свою думку, не виявляють бажання дізнатися про думки довколишніх людей, вони не уважно слухають співрозмовника, часто перебивають його, виявляють байдужість до того, що говорить партнер по спілкуванню. У разі виникнення нестандартних ситуацій з представниками іншої культури такі студенти не вміють контролювати свої емоції, подекуди демонструють агресивність у ставленні до них, вони не вповні розуміють емоції представників до іншої культури. У означених студентів недостатньо розвинені комунікативні вміння, подекуди вони виявляють нетактовність у спілкуванні з довколишніми людьми, можуть втратити контроль над своїм емоційним станом у конфліктних ситуаціях, які виникають у спілкуванні з представниками іншої національності, мають значні труднощі у визначенні й розумінні емоцій партнерів по спілкуванню, які належать до іншої культури. Подекуди виявляють інтолерантність, упередженість у спілкуванні з представниками іншої культури, їм важко уявити себе на місці співрозмовника, не виявляють уміння адекватно оцінити і зрозуміти особливості його поведінки.

Метою констатувального етапу експерименту було з'ясування наявного стану готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії за дібраними методиками. Опишемо хід і результати констатувального етапу експерименту.

Для визначення рівнів готовності майбутніх лікарів за показником настановного критерію «Наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі» було розроблено відповідну картку самооцінки зазначеної якості (див. Додаток А. 1). Для цього студентам пропонувалось оцінити свій рівень мотивації до здійснення професійної діяльності, відповівши на 20 запитань. Діагностування здійснювалося з урахуванням того, як студенти оцінили себе за тим чи тим твердженням.

Узагальнені результати самооцінки мотивації майбутніх лікарів на професійну діяльність у полікультурному середовищі подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати самооцінки наявності в майбутніх лікарів позитивної мотивації на здійснення професійної діяльності в полікультурному середовищі на констатувальному етапі експерименту (у %)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	15,69	47,06	37,25
КГ	17,92	46,23	35,85

Одержані результати свідчать про Як видно з таблиці 2.2., більшість майбутніх лікарів оцінили свою мотивацію на здійснення професійної діяльності в полікультурному середовищі на задовільному (47,06% студентів ЕГ і 46,23% – КГ) і низькому (37,25% респондентів ЕГ та 35,85% – КГ) рівнях. На достатньому рівні виявили позитивну мотивацію до діяльності в полікультурному середовищі лише 15,69 учасників ЕГ і 17,92% – КГ.

На нашу думку, такі результати свідчать про те, що майбутні лікарі, які лише розпочали навчатися в медичному університеті поки що не замислюються про можливість працювати лікарем у світовому культурному просторі, не розуміють сутність полікультурності і полікультурного середовища. Аналізуючи, на якому з рівнів студенти обох груп оцінили запропоновані твердження, ми дійшли висновку, що вони здебільшого не

готові працювати з пацієнтами і з колегами, які належать до іншої культури. Уважаємо, що це пов'язано насамперед із тим, що студенти не розуміють їхньої поведінки в тих чи тих ситуаціях. Це свідчить про необхідність проведення цілеспрямованої роботи, що сприяла би підвищенню їхньої мотивації здійснювати професійну діяльність у різних регіонах як нашої країни, так і в зарубіжних країнах або міжнародних асоціаціях лікарів.

З метою з'ясування стану наявності мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії, що є показником настановного критерію застосовувалася картка самооцінки, розроблена О. Панькевич (див. Додаток А. 2). Студенти повинні були оцінити свої знання і вміння щодо професійної взаємодії за семибальною шкалою. При цьому, студентів, які одержали від 1 до 21 бала було віднесено до низького рівня, задовільний рівень становили респонденти, які набрали від 22 до 42 балів, на достатньому рівні перебували студенти, які одержали від 43 до 63 балів.

Узагальнені результати за показником обізнаності майбутніх лікарів із сутністю професійної взаємодії. Одержані результати за означеним показником подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати наявності мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії на констатувальному етапі експерименту (у %)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	16,67	48,04	35,29
КГ	18,86	48,12	33,02

Як свідчать дані, подані в таблиці 2.3, за показником «Наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії» на констатувальному етапі експерименту було одержано такі результати. На достатньому рівні зафіксовано 16,67% студентів ЕГ і 18,86% – КГ, задовільний рівень виявили 48,04% респондентів ЕГ та 48,12% – КГ, на низькому рівні перебувало 35,29% учасників ЕГ і 33,02% – КГ.

Одержані результати свідчать про те, що студенти недостатньо усвідомлюють сутність і значущість професійної взаємодії а також особливості її організації, у тому числі і міжкультурної, у професійній діяльності, оскільки не мали ще можливості бути її учасником. Отже, під час проведення експериментальної роботи необхідно приділити більше уваги підвищенню знань студентів щодо сутності понять «взаємодія», «професійна взаємодія», «міжкультурна взаємодія», сприяти формуванню у них умінь і навичок професійної взаємодії, у тому числі й міжкультурної, шляхом створення й обговорення різноманітних професійних ситуацій, формувати в них здатність працювати в команді, набувати досвіду переконання у спілкуванні з колегами по професії, у тому числі й у спілкуванні з колегами, які належать до іншої культури, навчити впливати на пацієнтів та їхніх родичів, ураховуючи їхню національну та релігійну приналежність.

Наступним кроком констатувального етапу експерименту визначення стану готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності за показниками знанневого критерію.

Для з'ясування стану обізнаності майбутніх лікарів з культурно-національними особливостями різних народів, що є показником знанневого критерію використовувалася картка самооцінки, розроблена А. Логвіненко (див. Додаток А. 3). Студентам було запропоновано запитання для з'ясування рівня їхньої обізнаності з культурно-національними особливостями різних країн (Японія, Китай, Франція, Нігерія, Індія, Німеччина, Марокко тощо). Студенти повинні були відзначити, на якому рівні вони володіють знаннями щодо культурно-національних особливостей тієї країни, яка їм випала за жеребкуванням. Узагальнені дані одержаних результатів оцінки обізнаності майбутніх лікарів з культурно-національними особливостями різних народів на констатувальному етапі експерименту подано в таблиці 2.4.

Як свідчать наведені в таблиці 2.4 дані, на констатувальному етапі майбутні лікарі продемонстрували не дуже високі результати щодо свої обізнаності із культурно-національними особливостями різних країн. Так, на

низькому рівні було зафіксовано 35,29% студентів ЕГ і 35,85% – КГ, задовільний рівень відзначили 47,06% респондентів ЕГ та 46,23% –КГ, достатній рівень виявили лише 17,65% учасників ЕГ і 17,92% – КГ. Таблиця 2.4

Результати оцінки обізнаності майбутніх лікарів із культурно-національними особливостями різних народів на констатувальному етапі експерименту

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	17,65	47,06	35,29
КГ	17,92	46,23	35,85

Одержані результати свідчать про На наш погляд, одержання незначних результатів за запропонованою методикою свідчить про те, що студентів не ознайомлювали з культурою країн, оскільки в школі вони здебільшого ознайомлювалися з культурою англomовних країн, вивченню яких більше приділяється уваги в шкільному освітньому процесі. Отже, під час проведення експериментальної роботи необхідно більше уваги приділити ознайомленню майбутніх лікарів із іншими культурами народів світу і зокрема тих країн, представники яких навчаються в університеті.

З метою з'ясування стану обізнаності студентів із особливостями діалогу культур, використовувався тест «Здатність до полікультурного діалогу», розроблений Г. Солдатовою і Л. Шайгеровою (див Додаток А. 4). Студентам пропонувалося 15 тверджень, навпроти яких вони повинні поставити бали від 1 до 4. До достатнього рівня було віднесено студентів, які набрали від 30 до 60 балів, до середнього рівня належали студенти, які набрали від 16 до 29 балів, низький рівень становили студенти, які набрали від 1 до 15 балів. балів.

Узагальнені дані, одержані за показником «обізнаність студентів із особливостями діалогу культур» подано в таблиці 2.5.

Результати обізнаності студентів із особливостями діалогу культур (у %)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	15,69	44,12	40,20
КГ	16,03	46,22	37,73

Як видно з таблиці 2.5, за показником «обізнаність студентів із особливостями діалогу культур» на констатувальному етапі експерименту майбутні лікарі показали такі рівні: достатній рівень виявили 15,69 студентів ЕГ і 16,03% – КГ, задовільний рівень продемонстрували 44,12 респондентів ЕГ та 46,22% – КГ, на низькому рівні перебувало 40,2% учасників ЕГ і 37,73% – КГ.

Отже, за означеним показником більшість майбутніх лікарів також перебували на задовільному і низькому рівнях, що свідчить про необхідність здійснення цілеспрямованої роботи під час педагогічного експерименту, що сприяла би формуванню в них необхідних практичних умінь і навичок для побудови конструктивного діалогу з представниками інших культур.

Наступним кроком констатувального етапу експерименту було з'ясування стану сформованості показників за поведінковим критерієм.

Для діагностування показника «наявність комунікативних умінь» використовувався тест оцінки комунікативних умінь, за А. Кареліним (див Додаток А. 5.). Тест спрямований на діагностику умінь встановлювати дружню атмосферу в спілкуванні, вміння вислухати і зрозуміти проблеми співрозмовника, що дає змогу застосовувати цю методику для оцінки рівня розвитку особистісного й соціокультурного компонентів комунікативної компетентності. Методика складається з 10 запитань, в кожному з яких необхідно дати відповідь в одному з п'яти варіантах: «майже завжди», «в більшості випадків», «іноді», «рідко», «майже ніколи». За результатами тестування, студентів, які набрали від 20 до 41 було віднесено до низького рівня комунікативних умінь. На задовільному рівні перебували студенти, які

набрали від 42 до 63 балів. На достатньому рівні знаходилися студенти, які набрали понад 64 балів.

Узагальнені результати наявності комунікативних умінь у майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту презентовано в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Результати оцінки комунікативних умінь майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту (у%)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	20,58	49,02	30,40
КГ	21,69	50,95	27,36

Як бачимо з таблиці 2.6, за показником «наявність комунікативних умінь на констатувальному етапі експерименту низький рівень виявили 30,40% студентів ЕГ і 27,36% – КГ. Означені студенти, є поганими співрозмовниками, Такі студенти звертають увагу на позу і міміку співрозмовника, при цьому відволікаються від сприймання інформації, але, на відміну від дітей з низьким рівнем комунікативних умінь, вони зберігають цілісність структури спілкування. На задовільному рівні перебувало 49,02% респондентів ЕГ та 50,95% – КГ. студенти цього рівня в цілому непогано орієнтуються в процесі спілкування. Вони успішно можуть підлаштовуватися під темп і манеру ведення бесіди. На достатньому рівні зафіксовано 20,58% майбутніх лікарів ЕГ і 21,69% – КГ. Ці студенти володіють гарними комунікативними вміннями, вони є гарними співрозмовниками здатні вловлювати контекст спілкування, підлаштовуватися під співрозмовника, з такими студентами комфортно здійснювати комунікативну взаємодію.

Дещо вищі результати, одержані за цим тестом, порівняно із попередніми тестами можна пояснити тим, що в школі сьогодні більше уваги приділяється формуванню комунікативних умінь, отже, до вищих закладів освіти вступають школярі, в яких комунікативні вміння певним чином розвинені. Натомість у ході експериментальної роботи необхідно розвивати

означені вміння, оскільки у професійній діяльності лікаря вони відіграють провідну роль.

Надалі, відбувалася оцінка наявності у студентів умінь емоційної саморегуляції, для чого було використано діагностику емоційної зрілості, за О. Чебикіним (див. Додаток А. 6.). За результатами діагностики наявності умінь емоційної саморегуляції, до низького рівня було віднесено студентів, які набрали від 1 до 12 балів, до задовільного рівня від 13 до 24 балів до достатнього рівня – від 25 до 36 балів. Узагальнені дані, одержані за результатами оцінки емоційної зрілості майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту подано в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Результати оцінки наявності вмінь емоційної саморегуляції в майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту (у %)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	15,69	45,09	39,22
КГ	16,04	44,34	39,62

Як свідчать результати, подані в таблиці 2.7, за показником «Наявність умінь емоційної саморегуляції в майбутніх лікарів» за діяльнісним критерієм на констатувальному етапі експерименту достатній рівень означеної якості виявили 15,69% студентів ЕГ і 16,04% – КГ; на задовільному рівні перебувало 45,09% респондентів ЕГ та 44,34% – КГ; низький рівень показали 39,22% учасників ЕГ і 39,62% – КГ.

Одержані результати свідчать про те, що студенти недостатньо володіють вміннями контролювати свої власні емоції і розуміти емоції інших людей. Уважаємо, це пов'язано з тим, що як у школі, так і в сім'ї не приділяється належна увага формуванню вмінь стримувати свої емоції, звертати увагу на емоції, які виникають у довколишніх людей унаслідок здійснених ними дій і вчинків. З огляду на зазначене, вважаємо за необхідне під час експериментальної роботи більше уваги приділяти формуванню в них

емоційної зрілості, що, на нашу думку, відіграє вагомую роль у професійній діяльності майбутнього лікаря. Задля цього, на наш погляд необхідно використовувати під час занять емоційно насичені і стресогенні психологічні вправи й ситуації, що забезпечуватимуть у них усвідомлення ролі емоцій у подальшій професійній діяльності, а також сприятимуть розвитку у студентів умінь як контролювати і регулювати власні емоції, так і вмінь розпізнавати емоційний стан довколишніх людей і впливати на їхні емоції.

Наступним кроком констатувального етапу було визначення рівнів прояву у студентів готовності до міжкультурної взаємодії за особистісним критерієм.

Для визначення наявності толерантності в майбутніх лікарів було використано питальник «повнота розуміння толерантності», розробленого А. Фурманом та О. Шаюк (див. Додаток А. 7). Діагностика наявності толерантності була спрямована на визначення стану розуміння майбутніми лікарями сутності толерантності та її видами, важливості дотримання толерантності в міжособистісній, у тому числі й міжкультурної взаємодії, у міжособистісному спілкуванні тощо. До достатнього рівня було віднесено студентів, відповіді яких були повними і ґрунтовними. До задовільного рівня було віднесено студентів ЕГ, які переважно засвідчили поверхове уявлення щодо сутності толерантності обґрунтувати. До низького рівня належали студенти, які на більшість запитань вони не змогли дати правильної відповіді

Узагальнені результати оцінки наявності толерантності в майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту подано в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Результати оцінки наявності толерантності в майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту (у %)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	18,63	50	31,37
КГ	17,92	50	32,08

Як бачимо з таблиці 2.8, достатній рівень толерантності зафіксовано у 18,63% студентів ЕГ і 17,92% – КГ, задовільний рівень толерантності виявили по 50% респондентів в обох групах, низький рівень толерантності засвідчили 31,37% учасників ЕГ і 32,08% – КГ.

Одержані результати свідчать про те, що більшість студентів мають уявлення про толерантність, оскільки в загальноосвітніх закладах сьогодні приділяється достатньо уваги формуванню зазначеної якості. Натомість в університеті навчається значна кількість іноземних студентів, порівняно зі школою, тому деякі студенти не вповні визначилися щодо ставлення до них, не завжди розуміють причини їхньої поведінки, що пов'язані з культурно-національними або релігійними особливостями представників інших культур. У зв'язку з цим, доходимо висновку щодо необхідності проведення цілеспрямованої роботи з формування толерантності у студентів-медиків у ході формувального експерименту.

Для визначення стану сформованості у майбутніх лікарів наявності до емпатії, що є іншим показником особистісного критерію, використовувалася методика діагностики здатності до емпатії, за Є. Роговим (див. Додаток А. 8). Студентам було запропоновано 37 тверджень, відповідно до яких вони повинні були оцінити своє ставлення до того чи того твердження. За результатами діагностики до достатнього рівня було віднесено студентів, які набрали від 63 до 90 балів, до задовільного – від 37 до 62 балів, до низького – від 1 до 36 балів. Узагальнені результати рівнів наявності емпатії в майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту подано в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Результати оцінки наявності емпатії в майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту (у %)

	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	17,65	45,1	37,25
КГ	18,87	42,45	38,68

Як видно з таблиці 2.9, за показником особистісного критерію «наявність емпатії» студенти – майбутні лікарі показали такі результати: достатній рівень продемонстрували 17,65% студентів ЕГ і 18,87% – КГ; на задовільному рівні виявлено 45,1% респондентів ЕГ та 42,45% – КГ; низький рівень зафіксовано у 37,25% учасників ЕГ і 38,68% – КГ.

Одержані результати свідчать, на нашу думку про те, що більшість студентів не володіють вміннями співчуття до іншої людини, їм важко встановлювати контакти з іншими людьми. Отже, під час педагогічного експерименту необхідно приділити належну увагу формуванню емпатійних здібностей у студентів, оскільки налагодження контактів з довколишніми людьми, які потребують медичної допомоги, вміння співчувати, поставити себе на місце хворого є необхідним умінням у професійній діяльності лікаря.

Останнім кроком констатувального етапу експерименту було визначення стану сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності за всіма визначеними критеріями і показниками. Усереднені дані одержаних результатів подано в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Результати сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії на констатувальному етапі експерименту

	Достатній рівень		Задовільний рівень		Низький рівень	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЕГ (102 особи)	17	16,67	47	46,08	38	37,25
КГ (106 осіб)	18	16,98	49	46,23	39	36,79

Як свідчать дані таблиці 2.10, достатній рівень сформованості готовності до міжкультурної взаємодії на констатувальному етапі експерименту продемонстрували лише 16,67% майбутніх лікарів ЕГ і 16,98% – КГ, на задовільному рівні виявлено 46,08% студентів ЕГ та 46,23% – КГ, на низькому рівні зафіксовано 37,25% учасників ЕГ і 36,79% – КГ.

Для перевірки достовірності одержаних під час констатувального етапу експерименту результатів було використано розрахунок λ – критерію між двома емпіричними даними (за λ -критерієм Колмогорова-Смирнова [34]).

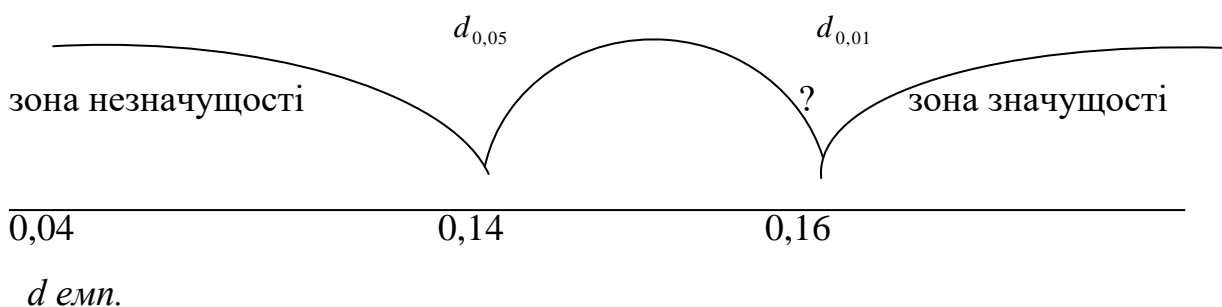
За одержаними результатами констатувального етапу експерименту було висунуто гіпотезу H_0 : різниця між двома розподілами недостовірна (зважаючи точку максимально накопиченої розбіжності між ними), тобто емпіричний розподіл рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності не відрізняється від рівномірного розподілу. Одержані дані заносилися до таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

Розрахунок критерію при зіставленні емпіричних розподілів в контрольній та експериментальній групах за результатами констатувального етапу експерименту

Рівні	Емпіричні частоти		Емпіричні частоти		Накопичені емпіричні частоти		Різниця $\Sigma f_{КГ}^* - \Sigma f_{ЕГ}^*$ d
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	$\Sigma f_{ЕГ}^*$	$\Sigma f_{КГ}^*$	
1 (високий)	17	18	0,167	0,169	0,167	0,169	0,002
2 (задовільний)	47	49	0,461	0,463	0,628	0,632	0,004
3 (низький)	38	39	0,372	0,368	1	1	
Сума	102	106	1	1			

За таблицею критичних значень $d_{кр} = 0,14$ (при $p \leq 0,05$) і $d_{кр} = 0,16$ (при $p \leq 0,01$). Побудуємо «вісь значущості» за результатами констатувального етапу експерименту:



Розрахунки критерію λ здійснювалися за формулою:

$$\lambda = d_{\max} \cdot \sqrt{\frac{n \cdot n_2}{n_1 + n_2}}, \quad (2.1)$$

де n_1 - кількість спостережень у виборці контрольної групи,

n_2 – кількість спостережень в експериментальній групі,

d_{\max} – найбільша абсолютна різниця.

Розрахуємо $\lambda_{\text{емп}}$:

$$\lambda_{\text{емп}} = 0,004 \cdot \sqrt{\frac{106 \cdot 102}{106 + 102}} = 0,004 \cdot 7,21 = 0,028$$

За таблицею значень [48]), $\lambda_{\text{кр}}$ становить 0,021. Ми одержали $\lambda_{\text{емп}} = 0,028$. Отже, $\lambda_{\text{кр}} > \lambda_{\text{емп}}$, що підтверджує гіпотезу H_0 .

Зважаючи на одержані результати констатувального етапу експерименту, вважаємо за необхідне здійснення цілеспрямованої роботи під час педагогічного експерименту з формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

2.2. Структурна модель і експериментальна методика формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності

Зазначимо, що в педагогічних дослідженнях зазвичай використовується метод моделювання досліджуваного явища, під час якого будується відповідна структурна модель, що висвітлює весь процес підготовки майбутніх фахівців до здійснення тієї чи тієї діяльності, результатом реалізації якої виступає сформованість досліджуваного конструкту. Розглянемо сутність понять «моделювання» і «модель» у розумінні науковців.

Поняття «моделювання» науковцями трактується по-різному:

як метод наукового пізнання, який ґрунтується на дослідженні об'єкта (оригіналу) шляхом використання його копії (моделі), котра пізнається з певних, визначених дослідником аспектів. Сутність цього методу полягає у

відтворенні властивостей об'єкта дослідження на спеціально створеному аналогові – моделі (О. Кустовська [12, с. 85]);

як метод наукового пізнання, сутність якого полягає в заміні досліджуваного об'єкта спеціальною його моделлю. Завдяки цьому, дослідження здійснюється зі збереженням провідних особливостей оригіналу (В. Пикельна [29, с. 24]).

- як опосередкований метод пізнання об'єктів чи явищ, пряме вивчення яких є складним чи й неможливим (Г. Цехмістрова [43, с. 221]).;
- як метод пізнання, який використовується для вияву й класифікації нових законів, побудови нових теорій та інтерпретації отриманих даних; для вирішення обчислювальних завдань з використанням моделей; для перевірки гіпотези за допомогою тієї чи тієї моделі [15, с. 34].

Моделювання, уточнює О. Семенова, є широко використовуваним пізнавальним методом у педагогіці, що дозволяє поєднати емпіричні та теоретичні знання, використовуючи їх у ході експерименту або ж при формуванні логічних конструкцій для побудови спрощеної системи складних процесів разом із спостереженням та експериментом. У процесі моделювання, наголошує дослідниця, важливим є те, що одночасно досліджується сам об'єкт і система. Це дає змогу пізнати досліджуваний об'єкт в різних аспектах. Інформацію про цей об'єкт можна отримати на різних етапах дослідження, а наслідком моделювання є остаточна модель, яка має відповідну форму [33, с. 299].

Моделювання є процесом дослідження певних явищ, процесів або систем об'єктів шляхом побудови та вивчення їх моделей. Моделювання належить до основних категорій пізнання, на якому ґрунтується як теоретичний, так і експериментальний методи наукового дослідження [28, с. 323].

Отже, на підставі вищезазначеного, доходимо висновку, що у визначенні сутності процесу моделювання науковці єдині в думці про те, що моделювання виступає методом пізнання, який використовується для

дослідження певних педагогічних явищ, наповнення педагогічного процесу новим змістом, створення штучних ситуацій, які сприятимуть набуттю необхідних знань, умінь і навичок, формуванню певних якостей у фахівців, які беруть участь у педагогічному експерименті з метою досягнення мети дослідження, тобто формування того чи того досліджуваного конструкту [15, с. 35] Основною метою процесу моделювання є побудова відповідної структурної моделі. Отже, виникає необхідність розглянути поняття «модель».

Дослідники поняття «модель» розглядають по-різному, зокрема, як:

- систему об'єктів або знаків, що відтворює деякі суттєві властивості оригіналу та здатна заміщати його таким чином, що її дослідження надає нову інформацію про цей об'єкт (С. Гончаренко [4, с. 120]);
- уявний чи умовний (зображення, опис, схема) образ якогось об'єкта, процесу чи явища, що використовується як його «представник» (З. Шарлович[46]);
- мисленнєву систему, що імітує чи відображає певні властивості, ознаки, характеристики об'єкта дослідження або принципи його внутрішньої організації чи функціонування і презентується у вигляді культурної форми, притаманній певній соціокультурній практиці (М. Заєць [7, с. 99];
- систему, що відображає досліджуваний педагогічний об'єкт і, перебуваючи з ним у відношеннях заміщення та подібності, слугує опосередкованим способом отримання інформації про цей об'єкт і допускає експериментальну перевірку (Г. Стечак [37, с. 82]);

Проаналізувавши науковий фонд, у дослідженні під моделлю будемо розуміти схематичну структуру процесу підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, що висвітлює її основні елементи і взаємозв'язки між ними (див. рис 2.1).

Побудована структурна модель підготовки містить мету, методологічні підходи, педагогічні умови, етапи, форми, методи і засоби реалізації педагогічних умов, кінцевий результат.

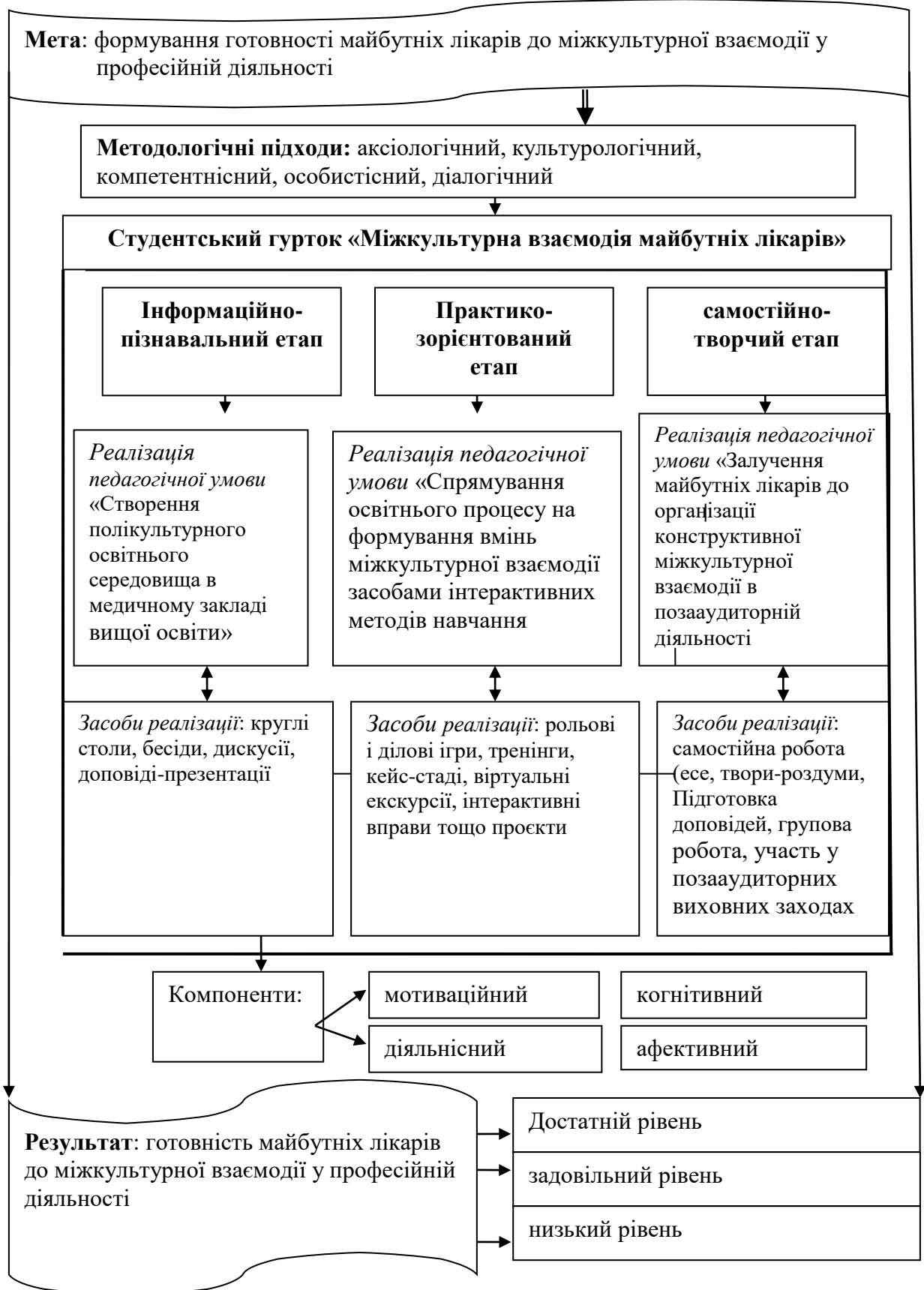


Рис. 2.1 Структурна модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності

Мета – формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Реалізація структурної моделі формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії ґрунтується на: аксіологічному, культурологічному, компетентнісному, особистісному, діалогічному методологічних підходах.

Зазначимо, що реалізація структурної моделі здійснювалася поетапно в межах педагогічного гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». На кожному з етапів було впроваджено одну із визначених педагогічних умов.

Метою першого *–інформаційно-пізнавального* – етапу була реалізація педагогічної умови «створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти», яка була спрямована на набуття студентами необхідних знань щодо сутності понять «взаємодія», «професійна взаємодія», «полікультурний простір», «міжкультурна взаємодія», ознайомлення з видами міжкультурної взаємодії в галузі медицини, усвідомлення значущості готовності до міжкультурної взаємодії в професійній діяльності лікаря.

Засобами реалізації зазначеної педагогічної умови виступили круглі столи, бесіди, дискусії, що проводилися в межах студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». Зазначений етап передбачав колективно-групову роботу студентів під час занять гуртка і самостійну роботу з інформативними джерелами (підготовка доповідей-презентацій, творчих виступів, складання термінологічного словника тощо).

На другому – *практико-зорієнтованому* – етапі впроваджувалася педагогічна умова «спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання», що передбачала набуття майбутніми лікарями під час гурткових занять практичних умінь і навичок толерантності, емпатії, міжкультурної взаємодії, відпрацювання їх шляхом упровадження інтерактивних методів навчання (інтерактивні вправа, ігри, виконання творчих завдань, проведення

віртуальних екскурсій), рольових ігор, вирішення професійних і конфліктних ситуацій (кейс-стаді) тощо.

Третій – *самостійно-творчий* – етап був спрямований на реалізацію педагогічної умови «залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності» і передбачав проведення різних позааудиторних видів діяльності (участь у позааудиторних виховних заходах, конкурси, зустрічі), тренінгів, а також, самостійну творчу діяльність студентів у межах студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів».

Зазначимо, що поетапна реалізація визначених педагогічних умов комплексно впливала на формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії (достатній, задовільний, низький рівні), структура якої складалася з мотиваційного, когнітивного, діяльнісного й афективного компонентів.

Результатом реалізації моделі виступила готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Розкриємо сутність експериментальної методики з формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності на різних етапах формувального експерименту.

Реалізація визначених педагогічних умов здійснювалась у межах занять студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». Вибір такої форми проведення експериментальної роботи був зумовлений насамперед тим, що навчальні заняття для студентів проводяться зазвичай окремо для іноземних студентів на міжнародному факультеті, і для українських студентів у межах всіх інших факультетів. З огляду на це у студентів мало можливостей для здійснення міжкультурної взаємодії. Саме тому ми обрали студентський гурток, до якого залучалися студенти різних країн, як зарубіжних, так і з України, що забезпечувало змогу їм краще познайомитися і співпрацювати під час виконання практичних завдань, кожне заняття студентського гуртка складалося відповідно до визначених етапів (інформаційно-пізавальний, практико-зорієнтований, самостійно-

творчий). На опанування кожної теми відводилося 2 заняття (4 години). Заняття проводилися один раз на тиждень протягом двох годин. У роботі гуртка брали участь як іноземні (Алжир, Сірія, Марокко, Ізраїль, Лівія, Туреччина), так і українські студенти.

Програму гуртка розроблено таким чином, щоб у ході його занять поглиблювалися теоретичні знання, формувалися практичні вміння і навички, особистісні якості майбутніх лікарів, що виступили показниками у структурі їхньої готовності до міжкультурної взаємодії. Програму гуртка подано в Додатку Б. 1.

Презентуємо приклади деяких занять студентського гуртка **«Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів»**, що, на нашу думку, найбільше сприяли формуванню показників та якостей, визначених у структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Заняття «Спілкування».

Під час *інформаційно-пізнавального етапу* проведено круглий стіл, у ході якого обговорювалися такі питання: 1) Як Ви розумієте поняття «спілкування»? 2) У чому виявляється «професійне спілкування лікаря? 3) Чи повинен лікар володіти вміннями міжкультурного спілкування?

Слід зазначити, що студенти спочатку дуже соромилися під час обговорення запропонованих питань, боялися висловлювати свої думки, проте доброзичлива атмосфера, яка панувала на занятті, сприяла тому, що вони стали більш сміливими, почали відверто висловлюватися щодо того чи того питання.

Разом зі студентами під час обговорення питання «Як ви розумієте поняття «професійне спілкування?»» доходили висновку, що це спілкування між колегами, людьми, що належать до однієї професії і таке спілкування може бути насичене певною професійною термінологією, яка не завжди зрозуміла іншим людям (Дмитро В.(Україна)). Доповнив цю думку Ель Абеді Абдессамад (Марокко), який зазначив, що спілкування лікарів дуже широке,

оскільки вони спілкуються із різними категоріями людей: пацієнтами, їхніми родичами, з молодшим персоналом, колегами, адміністрацією, тому якщо їх слухають зі сторони, то часто не розуміють медичні терміни, не можуть зробити якісь висновки без більш чіткого пояснення з боку лікаря. Тому, спілкуючись, лікар повинен говорити більш зрозумілою для інших людей мовою, не зловживаючи професійною термінологією, і необхідною якістю для лікаря є вміння слухати хворого, своїх колег стосовно якихось складних випадків»

Щодо питання «Що таке міжкультурне спілкування і чи потрібно лікарю володіти ним?» Студенти одностайно дали ствердну відповідь. Зокрема Катерина Ч. (Україна) відзначила, що «сьогодні в Україні мешкають представники різних культур, які або навчаються, або працюють в нашій країні, вони хворіють і звертаються до лікарів, тому лікар повинен уміти спілкуватися не лише із співвітчизниками, а й із хворими та їхніми родичами, які належать до іншої культури, приїхали з іншої країни бути неупередженими у спілкуванні з ними, враховувати і з повагою та розумінням ставитися до їхніх традицій та вірувань». Або Амра Хусейн (Ізраїль) погодився з цією думкою і додав, що «наш університет уже є яскравим прикладом необхідності володіння навичками міжкультурного спілкування, оскільки тут навчається дуже багато іноземців з різних країн, кожний з яких є представником іншої культури. І ми повинні вміти спілкуватися один з одним, незважаючи на приналежність до різних культур і національностей, уміти поважати культурно-національні особливості кожної людини, яка навчається поряд, намагатися не ображати один одного, хоча іноді ми не зовсім розуміємо поведінку іншої людини» Крім того, зауважив Дауд Манель (Алжир), ми всі сьогодні маємо можливість стати учасником програми обміну студентами і якийсь час навчатися в іншій країні, а тому повинні розуміти культуру тієї країни, до якої можемо приїхати. Дуже важливими для студентів-іноземців сьогодні є знайомство з культурою України, оскільки ми тут навчаємося і повинні поводитися відповідно її

культури, але не маємо забувати і свою рідну культуру, пропагувати її». Оксел Тайлан (Туреччина) до сказаного додав таке: «Оволодіння вміннями міжкультурного спілкування є дуже важливим саме для лікарів, оскільки вони мають спілкуватися не лише в одній країні, а й колегами з інших країн, стажуватися в іншій країні для підвищення своєї майстерності і кваліфікації, переймати певний досвід колег з інших країн, брати участь у різноманітних міжнародних конференціях у галузі медицини тощо. У такий спосіб майбутні лікарі усвідомлювали роль спілкування, професійного і міжкультурного спілкування в подальшій життєдіяльності.

У межах *практико-зорієнтованого етапу* було проведено тренінг міжкультурного спілкування, який містив такі вправи, як-от: «Заверши речення», «Культурні асоціації», «Студентське життя», вправи-ситуації, «Групова картинка», «Відеоконкурс».

Кожна вправа проводилася в командах, що склалися зі студентів, які належали до різних культур. Під час підготовки і проведення вправ тренінгу ми спостерігали за студентами, наскільки вони співпрацюють між собою, як поведуться у випадках, коли їхні думки не співпадають, як вироблюють спільне рішення тощо. Після проведення кожної вправи майбутні лікарі ділилися своїми враженнями від її проведення, мали можливість обговорити свої почуття, визначити, що дала їм вправа, чого вони навчилися, дізналися нового тощо. Наведемо приклад вправ-ситуацій.

Вправи-ситуації.

Мета вправи: розвиток мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі, розвиток комунікативних умінь і вмінь створювати діалоги з представниками інших культур.

Хід вправи: студенти розділялися на групи, в кожній з яких були представники різних країн. Кожна з груп отримувала картки з запропонованими ситуаціями. Умовою виконання вправи було те, що в запропонованих ситуаціях лікар і пацієнт належали до різних культур:

Ситуація 1. «Консультація сімейної пари, яка прийшла з проблемою

того, що вона не має дітей, при цьому кожний з партнерів звинувачує іншого».

Ситуація 2 «Невдоволений пацієнт (інтроверт) який постійно скаржиться на хвороби»;

Ситуація 3. «Пацієнтка, якій дуже подобається лікар і вона залицяється до нього».

Ситуація 4. «Розлючений пацієнт, що витратив багато часу в очікуванні прийому лікаря».

Ситуація 5. «Лікар, який під час прийому постійно відволікається (розмовляє по телефону, заповнює якісь бланки тощо)».

Слід відзначити, що майбутні лікарі достатньо серйозно поставилися до складання діалогів у пропонованих ситуаціях і зауважували, що такі ситуації траплялися з ними в житті. Деякі діалоги викликали сміх у глядачів. Загалом заняття пройшло цікаво, жваво. Наприкінці заняття майбутні лікарі відзначали, що обіграння таких ситуацій ще раз допомогло їм усвідомити, наскільки вагому роль відіграє спілкування в професійній діяльності лікаря.

У межах *самостійно-творчого етапу* студентам пропонувалося інтерпретувати, тобто висловити власне розуміння афоризмів про спілкування.

Заняття «Взаємодія».

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: Як Ви розумієте поняття «взаємодія»? Чи відрізняється це поняття від поняття «спілкування»? «Як Ви розумієте сутність поняття «професійна взаємодія»? Із ким взаємодіють у професійній діяльності лікарі? У чому полягають особливості професійної взаємодії лікарів? Чи потрібна їм така взаємодія для досягнення професійних завдань? Чи можливо здійснювати професійну взаємодію без мотивації на досягнення успіху? Чи повинен лікар володіти міжкультурною взаємодією? лікаря. Де і коли вона може проявлятися?»

Слід зазначити, що студенти брали активну участь під час обговорення запропонованих питань. Так, під час бесіди вони висловлювали такі думки:

«На мою думку, поняття «взаємодія» ширше за поняття «спілкування», тому що спілкування передбачає тільки розмову, а взаємодія передбачає ще й якусь спільну діяльність, не тільки слова, а й спільні з іншою людиною справи (Марина Г., Україна), «Взаємодія, це коли люди щось роблять разом» (Дауд Манель, Алжир), «Це коли люди спільно працюють над вирішенням якоїсь важливої проблеми» (Саді Валід, Ізраїль). «Професійна взаємодія – це ситуації, коли люди, що належать до однієї професії працюють разом, щоб виконати певне професійне завдання» (Шакур Аюб, Марокко), «Професійна взаємодія передбачає спільну діяльність людей однієї професії, які працюють над однією проблемою (наприклад, лікарі вирішують проблеми, що пов'язані зі здоров'ям людей, юристи – надають допомогу людям у вирішенні юридичних проблем, кухарі – вигадують нові рецепти для виготовлення смачної їжі, вчителі – навчають дітей, конструктори і винахідники – розробляють нову техніку тощо» (Сергій К., Україна)

Відповідаючи на запитання «Із ким взаємодіють у професійній діяльності лікарі?», майбутні лікарі зазначали, що взаємодія лікарів дуже різнопланова, оскільки вони повинні взаємодіяти насамперед із хворими, але крім цього вони також взаємодіють із родичами хворих (щоб дізнатися більше інформації про хворого), із колегами – лікарями (наприклад, скликають консилиум у разі складного випадку), із медичним персоналом (під час призначення процедур чи ліків), із адміністрацією лікарні (зокрема із завідувачем відділення) тощо.

На запитання «У чому полягають особливості професійної взаємодії лікарів?», студенти відзначали те, що особливості професійної взаємодії лікаря полягають у тому, що їхня праця пов'язана зі здоров'ям людей, а люди бувають різними: різного віку, з різним характером, темпераментом, ставленням до власного здоров'я, способу життя тощо. І до кожної людини лікар повинен знайти індивідуальний підхід, повинен бути дуже терплячим у спілкуванні з ними та їхніми родичами, мати емпатію і толерантність, дотримуватися лікарської етики тощо.

Щодо запитання «Чи можливо здійснювати професійну взаємодію без мотивації на досягнення успіху?», студенти одностайно відповіли, що не можливо, зазначаючи, що в тому разі, якщо лікар не буде вмотивований на досягнення успіху в лікуванні хворих, це позначиться і на процесі лікування, оскільки хворі це відчувають, і якщо невпевнений лікар, то буде невпевнений у процесі свого лікування і хворий, що може значно ускладнити його одужання, тому без віри в себе і переконаності в тому, що він допоможе хворому лікарю не можна.

Запитання «Чи повинен лікар володіти вміннями міжкультурної взаємодії? Де і коли вона може проявлятися?» також не викликало труднощів. Відповідаючи на нього, студенти відзначали, що до лікарні можуть потрапити не лише мешканці країни, в якій працює лікар, а й люди з інших країн, які працюють або навчаються в цей час у цій країні, або подорожують і раптово захворіли, і лікар повинен вміти адекватно поводитися в ситуаціях, коли він працює з іноземними пацієнтами, поважаючи їхню культуру, традиції і звичаї, призначати лікування, яке не буде суперечити релігійним вимогам. Майбутні лікарі також наголошували на тому, що сьогодні лікарі мають можливість проходити стажування в іншій країні, набуваючи певного досвіду щодо системи лікування певних хвороб в іншій країні, що потребує вмінь взаємодіяти із зарубіжними колегами, бути обізнаним із діловим етикетом, який прийнятий в тій країні, до якої він приїхав.

На *практико-зорієнтованому етапі* проводилися ігри-діалоги. Для цього студентів було розподілено на кілька команд, кожна з яких отримувала картку з назвою ситуації взаємодії, яку вони повинні були придумати (або взяти приклад із життєвого досвіду) й обіграти після 30 хвилин підготовки. Пропонувалися такі ситуації: «На прийомі в лікаря», «Іноземний пацієнт», «Відомий пацієнт (актор, політик, письменник, художник та ін.)», «Обхід хворих у палаті», «Розмова з медичною сестрою (наприклад, яка не виконала вказівок лікаря)», «Взаємодія з родичами складного хворого, який належить

до іншої культури», «Консиліум», «На операції», «Міжнародна конференція», «Порада від лікаря іншої країни». Завданням інших команд було простежити, наскільки кожна команда впоралася із завданням, чи правильно було побудовано діалоги в пропонуваніх ситуаціях.

Для самостійної роботи (*самостійно-творчий етап*) майбутні лікарі отримали завдання написати есе «Я в полікультурному світі».

Заняття «Полікультурність».

Під час *інформаційно-пізнавального етапу* зі студентами-медиками проводилася бесіда, в ході якої розглядалися такі питання, як-от: Що таке полікультурність? Чи необхідно здійснювати полікультурне виховання? Чи потрібно створювати полікультурний простір в університеті? Яким чином?

Зазначимо, що пропонувані питання викликали жвавий інтерес у студентів, вони активно обговорювали зазначені питання, наголошуючи, що «полікультурність – це вміння людей співіснувати в суспільстві, яке складається з різноманітних культур, але при цьому кожна людина усвідомлює належність до певної культури, розуміє рівноправність усіх культур, виявляє толерантність до інших культур, у такий спосіб відбувається взаємозбагачення культур» (Катерина С., Україна). Цю думку підтримав Джіхауї Нухаїла (Марокко), який зазначив, що «наш світ складається з багатьох культур, тобто він є полікультурним, і люди в цьому світі повинні вміти існувати на підставі гармонії і взаєморозуміння, кожна культура може доповнювати іншу і робити цей світ кращим. Саїед Ахмад Хала (Ізраїль) наголосив на тому, що «виховувати полікультурність потрібно, розпочинаючи зі шкільних років, розповідаючи дітям, в якому різнокультурному світі вони живуть, чим схожі і чим відрізняються різні культури, формуючи в них толерантне ставлення до людей, які належать до інших культур і відрізняються від них способом життя, віросповіданням, дотриманням своїх традицій, і показуючи, що пізнання культури різних країн збагачує нас духовно».

Відповідаючи на запитання «Чи потрібно створювати полікультурний

простір в університеті? Яким чином?»), студенти висловлювали такі думки: оскільки в нашому університеті навчаються представники різних країн і культур, то це і є полікультурний простір, він уже створений. Потрібно краще знайомитися один з одним, розповідати про свою культуру, влаштовувати фестивалі дружби, що допомагало б студентам з інших країн краще познайомитися з іншими культурами, знайомити із традиціями, релігією, музикою, національними стравами мистецтвом своєї культури тощо.

У такий спосіб студенти доходили висновку, про різноманітність культур і про те, що всі культури повинні співіснувати, тобто жити в злагоді між собою, незважаючи на приналежність до різних культур, релігій тощо. Наголошували вони й на тому, що лікар обов'язково повинен бути полікультурним, оскільки за своєю професією він стикається з різними людьми, у тому числі й пацієнтами, які належать до різних культур і віросповідання і це не повинно впливати на виконання його професійного обов'язку – допомогти людині.

Практико-зорієнтований етап мав за мету ознайомити майбутніх лікарів із діяльністю міжнародних організацій лікарів. Заняття проводилось у форматі круглого столу. Попередньо студенти, розподілилися по групах, кожна з яких повинна була за допомогою інтернет-джерел і публіцистичних матеріалів підготувати інформацію про якусь міжнародну організацію, в якій співпрацюють лікарі з різних країн світу.

Так, одна група розповіла про світове лікарське товариство (WMA) й повідомила, що товариство є представником голосу лікарів більшості країн світу, незалежно від їхньої спеціальності, місця проживання чи практики, але вона об'єднує не окремих осіб, а лікарів, організованих у свої єдині національні лікарські об'єднання.

Інша група розповіла про відому в усьому світі організацію «Лікарі без кордонів» (фр. *Medecins sans frontiers*, MSF) – незалежна міжнародна медична гуманітарна організація. Лауреат Нобелівської премії миру 1999

року за гуманітарну діяльність та допомогу постраждалим під час збройних конфліктів, від природних і техногенних катастроф. Роботу організації MSF сьогодні забезпечують 67 000 національних та міжнародних працівників, включаючи медичних працівників, логістів і адміністративний персонал.

Студенти відзначили, що члени організації «Лікарів без кордонів» працюють на всіх континентах і присутні, здебільшого, в гарячих точках та в країнах які постраждали від природних катастроф, таке сферою діяльності цієї організації є країни зі слаборозвиненою інфраструктурою охорони здоров'я. Співробітники не тільки допомагають постраждалим, а й там, де це можливо, члени організації організують презентації, публікують статті і дають інтерв'ю ЗМІ, намагаючись привернути увагу до важливих, але маловідомих для світової громадськості проблем країн, що розвиваються з метою залучення публічних фігур зі світу бізнесу, політики, культури та науки, які, мають певну можливість сприяти відповідно до своєї сфери діяльності у вирішенні найбільш «болючих» проблем .

Ще одна група підготувала інформацію про Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, зазначивши, що це міжнародний гуманітарний рух, в якому беруть участь близько 97 мільйонів добровольців у всьому світі. Метою діяльності руху є захист людського життя та здоров'я, запобігання людським стражданням та їх полегшення, незалежно від раси, релігійних та політичних поглядів. Складовими частинами руху є: *Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ)* організація, яка має унікальні повноваження, щоб захищати життя та гідність жертв міжнародних та внутрішніх збройних конфліктів; *Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця* (займається координацією всіх національних організацій у межах руху. В тісній співпраці з національними організаціями вона проводить міжнародні гуманітарні операції, які потребують значних ресурсів. *Національні товариства Червоного Хреста та Півмісяця*, які представлені 186 національними об'єднаннями, Кожне з них працює у своїй країні відповідно до принципів міжнародного гуманітарного

права та статутів руху.

Наступна група ознайомила всіх із Всесвітньою організацією охорони здоров'я (*World Health Organization, WHO*). Студенти повідомили, що ВООЗ є спеціалізованою установою Організації Об'єднаних Націй, до якої входять самостійні міжнародні організації, пов'язані з ООН спеціальною угодою про співробітництво. До організації входять 194 держави, основною функцією організації є вирішення міжнародних проблем охорони здоров'я населення Землі. Сферами діяльності ВООЗ виступають: зміцнення і вдосконалення національних служб охорони здоров'я; попередження інфекційних та неінфекційних захворювань та боротьба з ними; охорона й оздоровлення довколишнього середовища, охорона здоров'я матері и дитини; підготовка медичних кадрів; розвиток медико-біологічних досліджень, санітарна статистика тощо.

Ще одна група розповіла про федерацію «Лікарі світу за запобігання ядерної війни» («International Physicians for the Prevention of Nuclear War»), що була заснована в грудні 1980 р, що є всесвітньою федерацією працівників охорон здоров'я, яка має на меті мобілізацію громадської думки медиків проти загрози ядерної війни. У цій організації нараховується понад 135 тис. членів із 41 країни. У центрі освітньої діяльності організації країни обмінюються групами медиків, які виступають на професійних зустрічах і суспільних форумах.

Слід зазначити, що творчі групи, які готували повідомлення, під час подання інформації про ту чи ту організацію використовували світлини, відеоматеріали, що наочно підтверджували важливість дій міжнародних організацій лікарів. У такий спосіб майбутні лікарі отримали інформацію про міжнародні організації, які об'єднують лікарів світу, незважаючи на їхню національність, віросповідання тощо, які плідно працюють заради миру і здоров'я в усіх країнах.

Під час обговорення студенти, відзначали, що вони чули про деякі з цих організацій, проте на занятті більше дізналися про їх діяльність,

усвідомили їх значущість стосовно охорони здоров'я людей у світі, зазначили, що для роботи в таких організаціях лікарі мають володіти вміннями міжкультурної взаємодії, щоб надавати допомогу людям у будь-якій країні світу, що є основним завданням лікарів.

Для самостійної роботи (*самостійно-творчий етап*) студентам було запропоновано групову роботу: «Створення колажу «Імідж лікаря в полікультурному просторі».

Заняття «Розмаїтість культур».

Інформаційно-пізнавальний етап: Студентів було ознайомлено з культурно-національними особливостями деяких країн. Ми акцентували увагу студентів на тому, що існує так званий національний (етнічний) стереотип, як історично сформований, узагальнений та емоційно насичений образ нації або етносу. Він охоплює певні стійкі переконання, ментальні шаблони, на яких ґрунтуються звичні для представників певних націй уявлення про світ, явищ, подій, інші культури, людей, їхню поведінку, смаки та ін. Людина приймає світ у тих оцінних стандартах, з якими виросла.

Надалі проводилося обговорення таких питань: Що ви знаєте про культурно-національні особливості різних країн? Що було б, якби культури були однаковими? Чи впливає релігія на лікування хворих?

Зазначимо, що на занятті панувала доброзичлива атмосфера, обговорення пройшло жваво і дуже цікаво. Студенти відзначали, що культурно-національні особливості – це особливості поведінки представників різних країн, що пов'язано з мовою, культурою, релігією, архітектурою, традиціями різних народів, особливостями їх характеру. І це чудово, оскільки б інакше ми не мали можливості мандрувати, оскільки, якби всі народи мали однакову культуру, було б нецікаво приїздити в інші країни, знайомитися з чимось новим (Адлан Меріні Іліас, Марокко). Його підтримав Хаджудж Камар (Ізраїль) додавши, що «історія кожного народу створювалася тисячоліттями, кожний народ розвивався по-різному, вони не могли розвиватися однаково, тому чим більше ми дізнаємося про культуру різних

країн, тим цікавіше, ми збагачуємося духовно, і хоча ми різні за національністю, віросповіданням, маємо різну культуру (музику, мистецтво, архітектуру, традиції), ми все одно рівні, зважаючи на те, що ми всі – жителі планети Земля і повинні поважати один одного».

Щодо запитання «Чи впливає релігія на лікування хворих?» студенти дали ствердну відповідь і зазначили, що, наприклад, в мусульманських країнах жінка не може самостійно звернутися до лікаря, всі рішення щодо лікування приймає чоловік. Жінок має лікувати лише лікар-жінка, а чоловіків – лікар-чоловік. Ліки не повинні містити алкоголю, мусульмани не вживають свинину. Євреї не можуть лікуватися в Шабат. У Шабат (сьомий день тижня – субота) євреям заборонено приймати препарати або лікувати Міхуш (нездужання в Шабат); більше того, хворий не може навіть молитися для полегшення його болю чи хвороби, оскільки сам Шабат – зцілення. Якщо лікарі говорять, що потрібно лікувати або оперувати, але не принципово робити це терміново – слід почекати і зробити це після Шабату. Вимірювання температури електронним термометром заборонено Торою і дозволяється лише в ситуації небезпеки. В разі смерті хворого не можна проводити розтин тіла тощо. Таким чином майбутні лікарі доходили висновку, що під час лікування хворих, які належать до іншої культури, необхідно враховувати релігійні заборони, яких повинен дотримуватися хворий.

Під час *практико-зорієнтованого етапу* проводився круглий стіл «Культурно-національні особливості різних країн». Студентам було запропоновано об'єднатися в три групи і обрати одну із ділових культур, що були запропоновані Р. Льюїсом, виходячи з національних, психологічних та інших особливостей народів, що їх дотримуються, і який умовно розподілив їх на три типи: моноактивні, поліактивні та реактивні [59] Їхнім завданням було знайти за допомогою інтернет-джерел відшукати інформацію про ці групи.

Так перша команда розповіла про моноактивний тип культури. Студенти відзначили, що цього типу належать англосаксонські, германські та скандинавські народи (німці, швейцарці, англійці, американці, шведи). Це інтроверти, орієнтовані на завдання (task-oriented). Це культури, в яких прийнято планувати своє життя, організовувати діяльність у певній послідовності, займатися тільки однією справою у кожний конкретний момент. Студенти коротко проінформували всіх учасників про особливості поведінки деяких представників вищезазначених, використавши при цьому уривки з кінофільмів, де яскраво представлена манера спілкування в тій чи тій країні.

Інша команда розповіла про поліактивний тип культури, до якої належать романські, латиноамериканські, арабські та африканські народи (італійці, іспанці, португальці, бразильці, французи, араби), а також Україна. Це екстраверти, які орієнтовані на людей (people-oriented) і ввідрізняються балакучістю й компанійськістю, вони є дуже комунікабельними, рухливими, організовують свою діяльність не за попередньо складеним планом, а за ступенем значущості того чи іншого заходу у конкретний момент.

Про реактивний тип культури знайшла інформацію третя група. Студенти відзначили, що до цього типу культури належать народи східної та південно-східної Азії (Японія, Китай, Тайвань, Туреччина, Сінгапур і Фінляндія), зазначені країни є інтровертами й орієнтовані на збереження поваги (respect-oriented listeners). Це культури людей, які надають найбільшого значення ввічливості та повазі до співрозмовника, слухають його уважно й мовчки, обережно реагують на пропозиції іншої сторони.

Крім використання певного наочного матеріалу, студенти також пропонували глядачам живі сценки з поведінки представників різних країн, запропонувавши їм відгадати за манерою спілкування, відгадати, яка саме країна була представлена у сценці. Такі сценки викликали велике пожвавлення серед студентів-глядачів, вони активно намагалися відгадати, яка саме країна була представлена за тими жестами, манерою поведінки

швидкістю мовлення тощо. Слід відзначити, що сміялися не лише студенти-глядачі, а й самі «актори». Під час обговорення, студенти відзначали, що їм було дуже цікаво дізнаватися про типи культур, і що вони не одразу могли визначити до якого типу ділових культур належить на чи та національність.

Після круглого столу команди презентували завчасно підготовлений проєкт «Віртуальна екскурсія країнами світу». Для цього команди розподілялися в такий спосіб, щоби до її складу входили представники однієї країни. Кожній із команд пропонувалося провести «екскурсію» своєю країною за допомогою підготовлених слайдів і відеоматеріалів, в яких висвітлювалася культура і неповторність їхньої батьківщини: офіційна мова, архітектура, релігійна приналежність, національні одяг, традиції й обряди, національна кухня, музика, пам'ятки тощо. Студенти підготували віртуальні екскурсії по Марокко, Тунісу, Алжиру, Індії, Туреччині, Ізраїлю, Китаю, по Україні в цілому і по Одесі зокрема.

Слід відзначити, що студенти дуже ретельно підготувалися до презентації, було відчутно, що кожна група дуже любить свою країну і дуже нею пишається. Студенти-глядачі із задоволенням слухали про батьківщину своїх однокурсників. Після проведення екскурсій вони наголошували на тому, що дізналися багато нового про країни, в яких раніше не було нагоди побувати, що краще стали розуміти своїх однокласників-представників країн, якими вони сьогодні «подорожували».

Для закріплення отриманих знань, було проведено конкурс між командами «Вгадай країну за картинками», Під час конкурсу демонструвалися світлини, на яких було представлено як досить відомі країни (Америка, Англія, Німеччина, Франція), які легко було впізнати, так і країни, які демонструвалися студентами під час віртуальних екскурсій (Марокко, Туніс, Індія, Туреччина, Ізраїль, Китай, Україна). Команда, яка першою називала країну, представлену на світлинах, отримувала один бал. Вигравала та команда, яка набрала найбільше балів. Конкурс пройшов дуже емоційно, студенти намагалися якомога швидше назвати країну, яку

вгадували. Дуже рідко помилялися, що свідчило про їхню зацікавленість і уважність під час заняття.

Для самостійної роботи (*самостійно-творчий етап*) студентам було запропоновано підготувати доповідь: «Найвидатніші лікарі світу».

У такий спосіб проводилися всі заняття студентського гуртка.

Крім занять у студентському гуртку «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів» студенти експериментальної групи брали участь у позааудиторних виховних заходах: «Фестиваль народних традицій, «Коляда», конкурс «Алло, ми шукаємо таланти», онлайн-фестиваль міжнародної культури, фестиваль «Традиції та культура народів світу», виховний захід он-лайн «День вишиванки» тощо [51].

Таким чином, цілеспрямована експериментальна робота, що була проведена в експериментальній групі, сприяла формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у подальшій професійній діяльності.

2.3. Порівняльний аналіз стану сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності на констатувальному і прикінцевому етапах дослідження.

Після проведення формувального етапу експерименту було здійснено контрольний зріз стану сформованості майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії за тими самими методиками, які використовувалися на констатувальному етапі експерименту. Такий порівняльний аналіз дозволив з'ясувати, чи відбулися зміни в результатах студентів за тими чи тими показниками, тобто визначити доцільність впровадження запропонованої експериментальної методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії в професійній діяльності.

Наведемо результати за визначеними показниками критеріїв сформованості майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії на

констатувальному і прикінцевому етапах експерименту в тій послідовності, що й на початку експерименту.

Слід зазначити, що після проведення формувального етапу експерименту, одержані результати на прикінцевому етапі в експериментальній групі виявилися кращими, ніж у контрольній групі. Порівняльні результати самооцінки наявності позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту подано в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12.

Порівняльні результати самооцінки наявності позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	15,69	47,06	37,25
	Прикінц.	39,22	46,08	14,70
КГ	Констат.	17,92	46,23	35,85
	Прикінц.	23,58	50,95	25,47

Як видно з таблиці 2.12, за показником «наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі» настановного критерію в експериментальній групі результати значно покращилися. Так на достатньому рівні зафіксовано 39,22% студентів (було – 15,59%), на задовільному рівні виявлено 46,08% респондентів (було – 47,06%). Зменшення кількості студентів на задовільному рівні можна пояснити збільшенням результатів на достатньому рівні. На низькому рівні залишилося 14,70% майбутніх лікарів (було – 37,25%).

У контрольній групі результати за означеним показником також підвищилися, натомість не так значно, як в експериментальній групі, на достатньому рівні зафіксовано 23,58% студентів (було – 17,92%), задовільний

рівень виявили 50,95% респондентів (було – 46,23%), на низькому рівні залишилося 25,47% майбутніх лікарів (було – 35,85%).

Наочно динаміку змін результатів в експериментальній і контрольній групах на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту за означеним показником висвітлено на рис 2.3

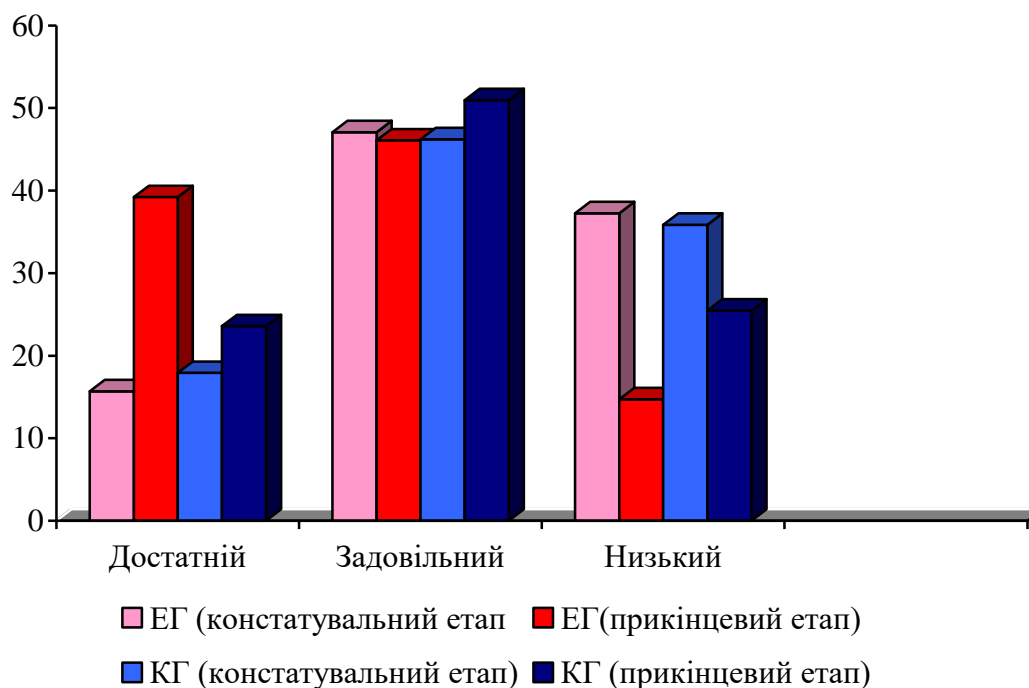


Рис. 2.3. Динаміка результатів сформованості наявності позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту

Як бачимо з рис. 2.3, в експериментальній групі результати рівнів сформованості наявності позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі студентів працювати в полікультурному середовищі на достатньому рівні збільшилися на 23,53%, на задовільному рівні результати зменшилися на 5,08%, на низькому рівні результати зменшилися на 22,55%.

У контрольній групі результати достатнього рівня збільшилися на 5,66%, середнього рівня на 4,72%, на низькому рівні результати зменшилися

на 10,38%.

Одержані більш високі результати в експериментальній групі пояснюємо тим, що в цій групі була проведена цілеспрямована робота під час заняття «Полікультурність», що передбачало обговорення питань, пов'язаних із поняттям полікультурності, проведення круглого столу «Міжнародні організації лікарів», що сприяло кращому усвідомленню студентами зазначеного феномену.

Наступним кроком прикінцевого етапу було порівняння результатів наявності мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту за показником «Наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії». Порівняльні дані одержаних результатів в обох групах подано в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Порівняльні результати самооцінки наявності мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	16,67	48,04	35,29
	Прикінц.	41,18	48,04	10,78
КГ	Констат.	18,86	48,12	33,02
	Прикінц.	27,36	52,83	19,81

Як свідчать дані, подані в таблиці 2.13, результати самооцінки наявності мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії покращилися в обох групах, проте в експериментальній групі одержані на прикінцевому етапі експерименту результати виявилися вищими, ніж у контрольній групі.

Так, в експериментальній групі за означеним показником на достатньому рівні виявлено 41,18% студентів (було – 16,67%), на

задовільному рівні результати не змінилися, його показали 48,04% респондентів (було – 48,04%). На низькому рівні зафіксовано 10,78% майбутніх лікарів (було –35,29%). У контрольній групі розбіжність у результатах констатувального і прикінцевого етапів експерименту виявилася не такою значною, порівняно з експериментальною. Достатнього рівня досягли 27,36% студентів (було –18,86%), задовільний рівень показали 52,83% респондентів (було – 48,12%), на низькому рівні залишилося 19,81% майбутніх лікарів (було –33,02).

Наочно динаміку змін результатів в експериментальній і контрольній групах на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту за означеним показником висвітлено на рис 2.4.

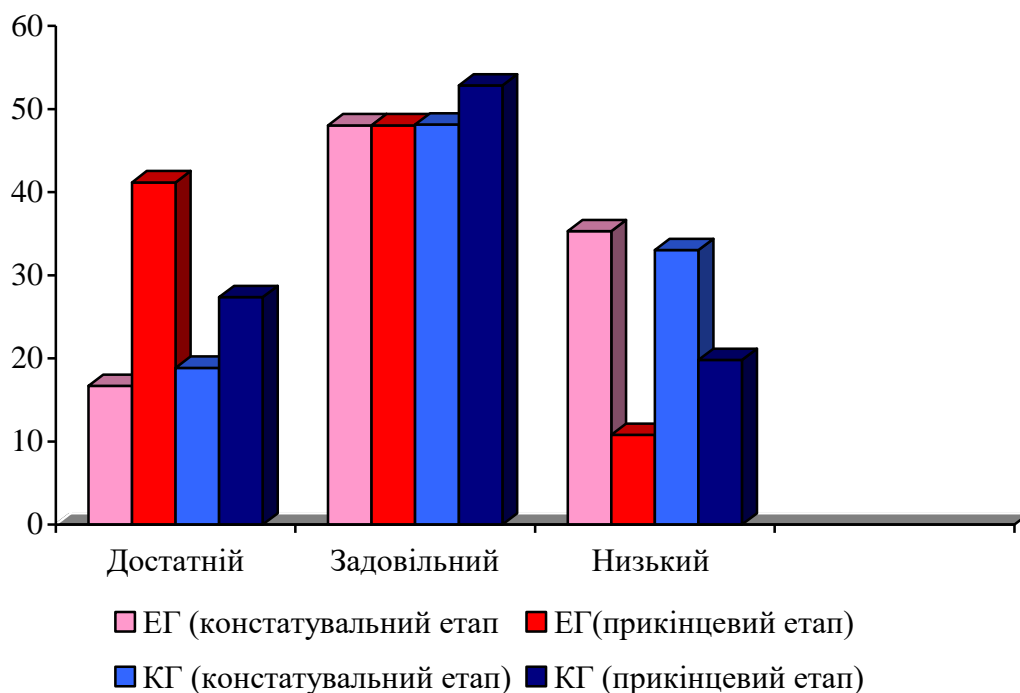


Рис. 2.4 Динаміка результатів самооцінки наявності мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту

З рис. 2.4 бачимо, що в експериментальній групі на достатньому рівні результати збільшилися на 24,55%, на задовільному рівні результати не змінилися, що можна пояснити значним збільшенням результатів на достатньому рівні, на низькому рівні результати зменшилися на 24,51%.

Покращення результатів за означеним показником в експериментальній групі пояснюємо проведенням заняття «Моя професія – лікар», в ході якого зі студентами проводився круглий стіл «Ставлення до професії лікаря в різних країнах», вправа « Лікар – це...» тощо.

Надалі з'ясовували результати за показниками знанневого критерію.

Так, за показником «обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн» і в експериментальній групі, і в контрольній групі на прикінцевому етапі експерименту спостерігалися позитивні зрушення (див. табл. 2.14).

Таблиця 2.14.

Порівняльні результати оцінки обізнаності майбутніх лікарів з культурно-національними особливостями різних країн на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	17,65	47,06	35,29
	Прикінц.	41,18	48,03	10,79
КГ	Констат.	17,92	46,23	35,85
	Прикінц.	28,30	52,83	18,87

Як видно з таблиці 2.14, в експериментальній групі на прикінцевому етапі за показником «обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн» на достатньому рівні виявлено 41,18% студентів (було – 17,65%), на задовільному рівні зафіксовано 48,03% респондентів (було – 47,06%), на низькому рівні залишилося 10,79% майбутніх лікарів (було – 35,29%).

У контрольній групі на прикінцевому етапі результати за означеним показником виявилися такими: достатній рівень – 28,30% студентів (було – 17,92%), задовільний рівень – 52,83% респондентів (було – 46,23%), низький рівень – 18,87% майбутніх лікарів (було – 35,85%)

Наочно динаміку результатів експериментальної і контрольної групи за показником «Обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн» настановного критерію на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту подано на рис. 2.5.

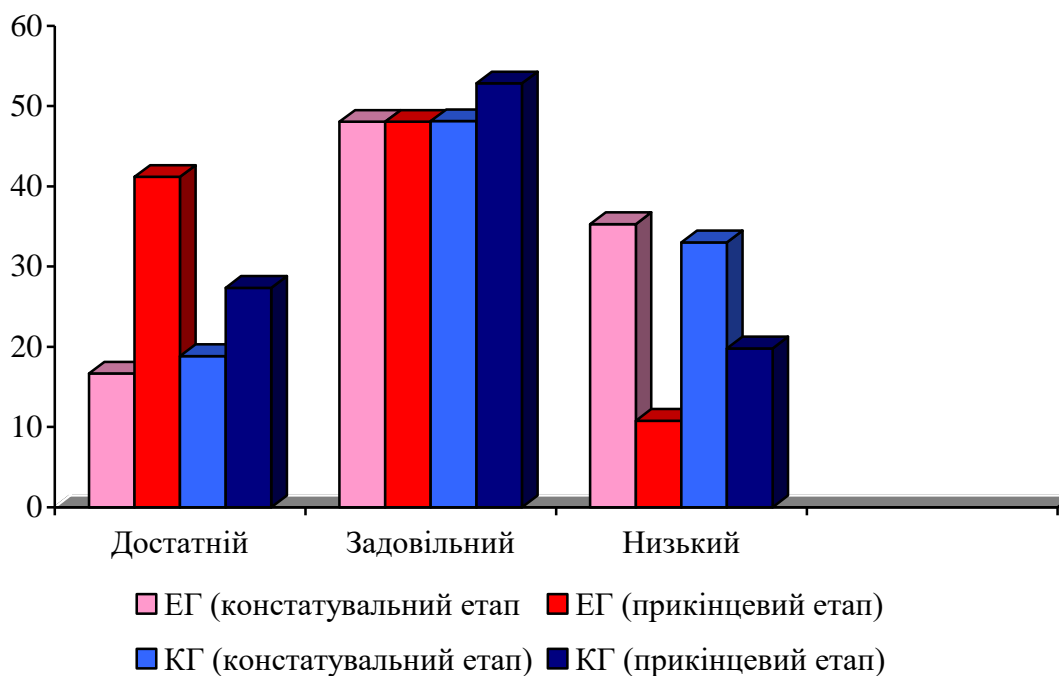


Рис. 2.5. Динаміка результатів оцінки обізнаності майбутніх лікарів з культурно-національними особливостями різних країн на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту.

Як видно з рис. 2.5, в експериментальній групі на достатньому рівні результати збільшилися на 23,53%, на задовільному рівні – на 0,97%, на низькому рівні результати зменшилися на 24,5%.

У контрольній групі результати також змінилися на краще: на достатньому рівні результати збільшилися на 10,38%, на задовільному рівні результати зменшилися на 1,8%, на низькому рівні результати зменшилися на 16,98%.

Значне покращення результатів в експериментальній групі зумовлено проведенням заняття «Розмаїтість культур», під час якого з майбутніми лікарями було проведено круглий стіл «Культурно-національні особливості різних країн. Вплив релігії на медицину», проведено презентацію проєктів

«Віртуальна екскурсія країнами світу», конкурс «Вгадай країну за картинками».

За показником знаннєвого критерію «обізнаність із особливостями культури діалогу» результати в експериментальній групі також значно покращилися, порівняно з контрольною групою.

Порівняльні результати, одержані в експериментальній і контрольній групах на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту наведено в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Порівняльні результати результатів обізнаності майбутніх лікарів із особливостями діалогу культур на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	15,69	44,12	40,20
	Прикінц.	40,19	46,08	13,73
КГ	Констат.	16,03	46,22	37,73
	Прикінц.	26,42	50,00	23,58

Як свідчать дані таблиці 2.15, в експериментальній групі за показником «обізнаність із особливостями діалогу культур» знаннєвого критерію майбутні лікарі показали такі результати: достатнього рівня досягли 40,19% студентів (було –15,69%), задовільний рівень виявили 46,08% респондентів (було – 44,12%), на низькому рівні залишилося 13,73% майбутніх лікарів (було – 40,20%).

У контрольній групі за означеним показником результати також покращилися: на достатньому рівні зафіксовано 26,42% студентів, на задовільному рівні виявлено 50,00% респондентів (було –46,22%), на низькому рівні залишилося 23,58% (було – 37,73%).

Наочно динаміку змін результатів експериментальної і контрольної

груп показано на рис. 2.6.

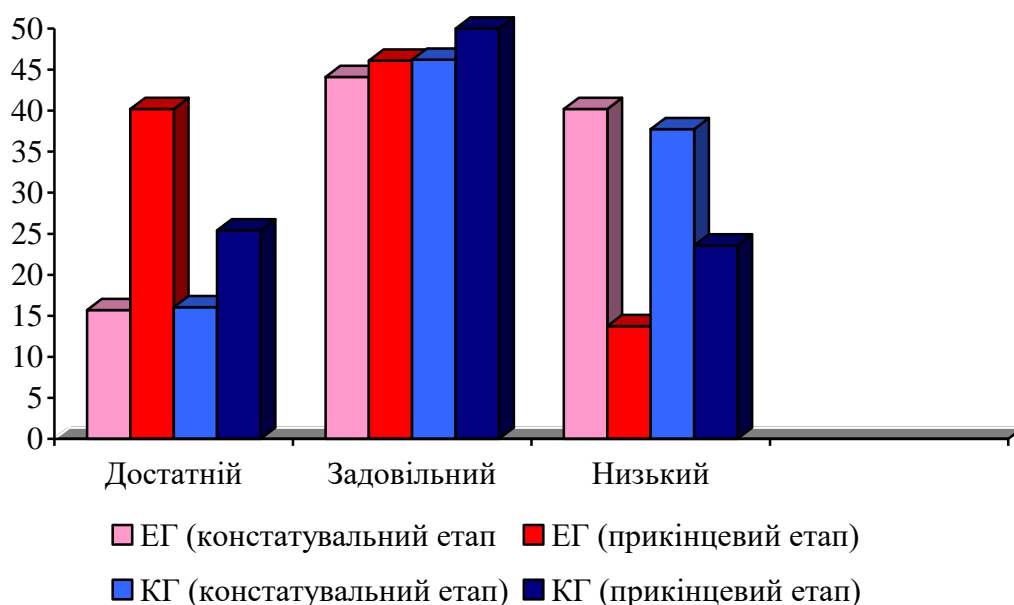


Рис. 2.6. Динаміка результатів обізнаності майбутніх лікарів із особливостями діалогу на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту

Як бачимо з рис.2.6, в експериментальній групі результати обізнаності майбутніх лікарів із особливостями діалогу культур на достатньому рівні збільшилися на 24,5%, на задовільному рівні – на 1,96%, на низькому рівні результати значно зменшилися – на 26,47%.

У контрольній групі відбулися не такі значні зміни: на достатньому рівні результати збільшилися на 10,39%, на задовільному рівні – на 3,78%, на низькому рівні результати зменшилися на 14,15%.

Збільшенню результатів в експериментальній групі сприяло проведення цілеспрямованої експериментальної роботи під час заняття «Діалог культур», в ході якого було проведено бесіду з обговоренням таких питань, як: Що ми знаємо про діалог культур? Де проявляється діалог культур? Чи використовується діалог культур у професійній діяльності лікаря?; Вправи: «Я і моя ідентичність», «Слон і сліпі», «Стіна слави», «Діалог – це не...», «Діалог в акваріумі», «Значення міміки та жестів»,

«Діалог через оповідання історій», гра «Розслідування культур» «Театр-форум».

Наступним кроком було з'ясування результатів на прикінцевому етапі експерименту за поведінковим критерієм.

Порівняльні результати майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп за показником «наявність комунікативних умінь» на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту подано в таблиці 2.16.

Таблиця 2.16.

Порівняльні результати оцінки комунікативних умінь майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	20,58	49,02	30,40
	Прикінц.	43,14	48,04	8,82
КГ	Констат.	21,69	50,95	27,36
	Прикінц.	25,47	51,89	22,64

Як видно з таблиці 2.16, в експериментальній групі за показником «наявність комунікативних умінь» результати значно змінилися на краще: достатній рівень показали 43,14% студентів (було – 20,58%), на задовільному рівні виявлено 48,04% респондентів (було – 49,02%), на низькому рівні залишилося 30,40% майбутніх лікарів (було – 8,82%).

У контрольній групі результати виявилися такими: достатній рівень – 25,47% студентів (було – 21,69%), задовільний рівень – 51,89% респондентів (було – 50,95%), низький рівень – 22,64% майбутніх лікарів (було 27,36%).

Наочно динаміку змін результатів оцінки комунікативних умінь майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту відображено на рис.

2.7.

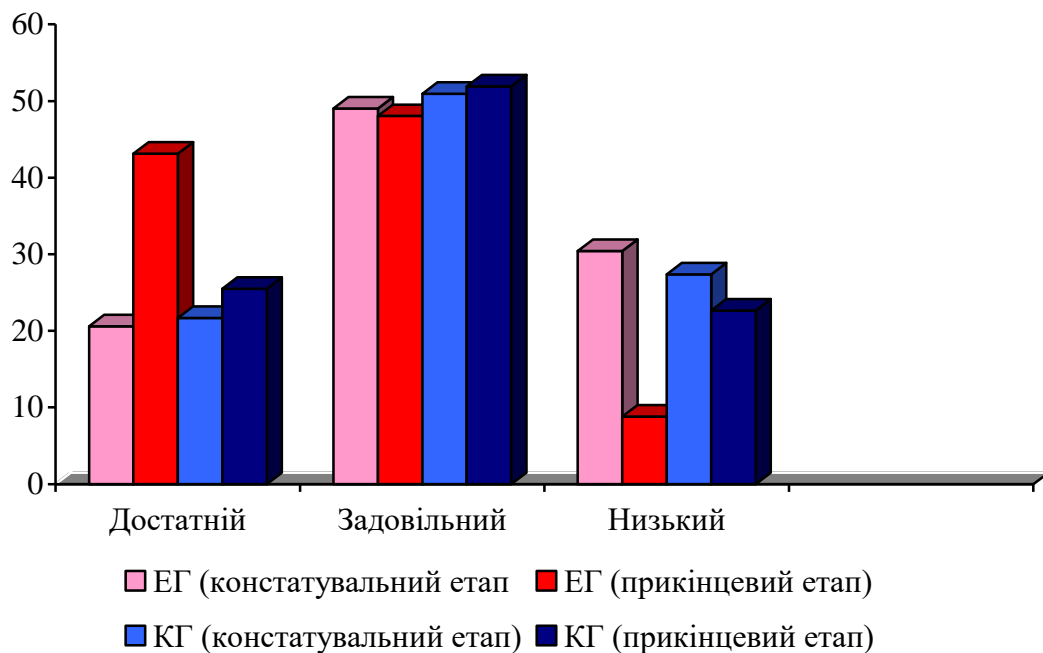


Рис. 2.7. Динаміка результатів оцінки комунікативних умінь майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту.

Як бачимо з рис. 2.7, в експериментальній групі на достатньому рівні результати оцінки комунікативних умінь на прикінцевому етапі збільшилися на 22,56%, на задовільному рівні – на 0,98%, на низькому рівні результати зменшилися на 21,58%.

У контрольній групі результати також покращилися, натомість не так значно, як в експериментальній групі: на достатньому рівні результати збільшилися на 3,78%, на задовільному рівні – на 0,94%, на низькому рівні результати зменшилися на 4,72%.

Значне покращення результатів оцінки комунікативних умінь студентів в обох групах можна пояснити тим, що комунікативні вміння студентів розвиваються під час проведення практично всіх навчальних дисциплін, зокрема під час доповідей, виступів з рефератами, неформального спілкування в поза аудиторний час тощо,

В експериментальній групі крім цього проводився комунікативний

тренінг, під час якого зі студентами проводилися вправи: Вправи: «Виступ», «Розповідь», «Складна ситуація», «Ні-діалог», «Так-діалог», «Перефразування», «Крізь скло», «Уміння уважно слухати», «Ага, угу, і що ти..?», «Подарунок», «Ігри-комунікації». Проведення таких вправ сприяло більш активному розвитку комунікативних умінь студентів, що й підтвердили результати діагностики на прикінцевому етапі експерименту.

За результатами діагностики показника «Наявність умінь емоційної саморегуляції» поведінкового критерію також виявлено позитивні зміни в обох групах. Порівняльні результати оцінки емоційної саморегуляції майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту висвітлено в таблиці 2.17.

Таблиця 2.17

Порівняльні результати оцінки емоційної саморегуляції майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	15,69	45,09	39,22
	Прикінц.	42,16	47,06	10,78
КГ	Констат.	16,04	44,34	39,62
	Прикінц.	24,52	49,06	26,42

Як видно з таблиці 2.17, в експериментальній групі за показником «Наявність умінь емоційної саморегуляції» результати значно змінилися на краще: достатній рівень показали 42,16% студентів (було – 15,69%), на задовільному рівні виявлено 47,06% респондентів (було – 45,09%), на низькому рівні залишилося 10,78% майбутніх лікарів (було – 39,22%).

У контрольній групі результати виявилися такими: достатній рівень – 24,52% студентів (було – 16,04%), задовільний рівень – 49,06% респондентів

(було – 44,34%), низький рівень – 26,42% майбутніх лікарів (було 39,62%).

Наочно динаміку змін результатів оцінки емоційної зрілості майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту подано на рис. 2.8.

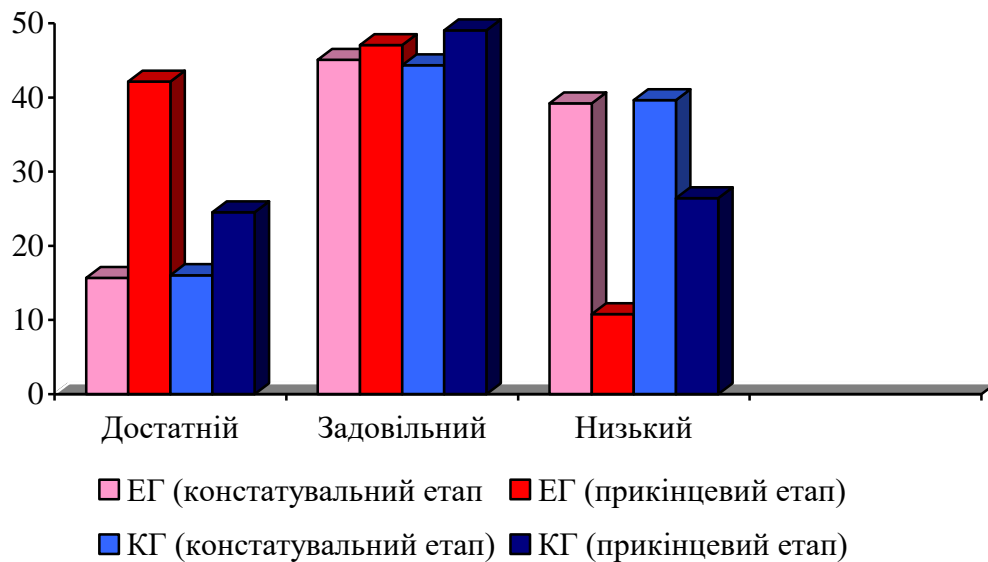


Рис. 2.8. Динаміка результатів оцінки емоційної саморегуляції майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту.

Як бачимо з рис. 2.8, результати оцінки умінь емоційної саморегуляції в обох групах на прикінцевому етапі експерименту зазнали позитивних змін.

В експериментальній групі на достатньому рівні результати збільшилися на 26,47%, на задовільному рівні – на 1,97%, на низькому рівні результати зменшилися на 28,44%.

У контрольній групі помітні не такі значні зміни: на достатньому рівні результати збільшилися на 8,48%, на задовільному рівні – на 4,72%, на низькому рівні результати зменшилися на 13,2%.

Більш значні зміни в результатах оцінки умінь емоційної саморегуляції в експериментальній групі пояснюються тим, що зі студентами цієї групи було проведено безліч вправ («Словник емоцій та почуттів», «Передай одним

словом», «Експресія емоцій», «Вгадай емоцію», «Інтенації», «Емоції та тіло» «Зобрази емоцію», «Скептики й оптимісти», «Дотик», «Групова картинка», «Коло», «Мінливий світ», «Чарівна крамниця» тощо) у межах тренінгу емоційної саморегуляції.

У контрольній групі, де така робота не проводилася, результати змінилися не так суттєво.

Наступним кроком прикінцевого етапу експерименту було з'ясування зрушень за показниками особистісного критерію.

Зазначимо, що за показником «Наявність толерантності» на прикінцевому етапі експерименту результати в обох групах змінилися на краще, натомість в експериментальній групі результати виявилися вищими, порівняно з контрольною групою. Порівняльні результати наявності толерантності в майбутніх експериментальної і контрольної групи на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту подано в таблиці 2.18.

Таблиця 2.18

Порівняльні результати наявності толерантності в майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	18,63	50,00	31,37
	Прикінц.	39,22	48,04	12,74
КГ	Констат.	17,92	50,00	32,08
	Прикінц.	24,53	50,00	25,47

Як свідчать дані, подані в таблиці 2.18, за показником «наявність толерантності» в експериментальній групі на достатньому рівні виявлено 39,22% студентів (було – 18,63%), задовільний рівень засвідчили 48,04% респондентів (було – 50,00%), низький рівень показали 12,74% майбутніх

лікарів (було – 31,37%).

У контрольній групі результати також покращилися: на достатньому рівні виявлено 24,53% студентів (було – 17,92%), на задовільному рівні результати залишилися такими самими – 50,00% респондентів (було – 50,00%), низький рівень показали 25,47% майбутніх лікарів (було – 32,08%).

Наочно динаміку результатів оцінки наявності толерантності в майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту презентовано на рис. 2.9.

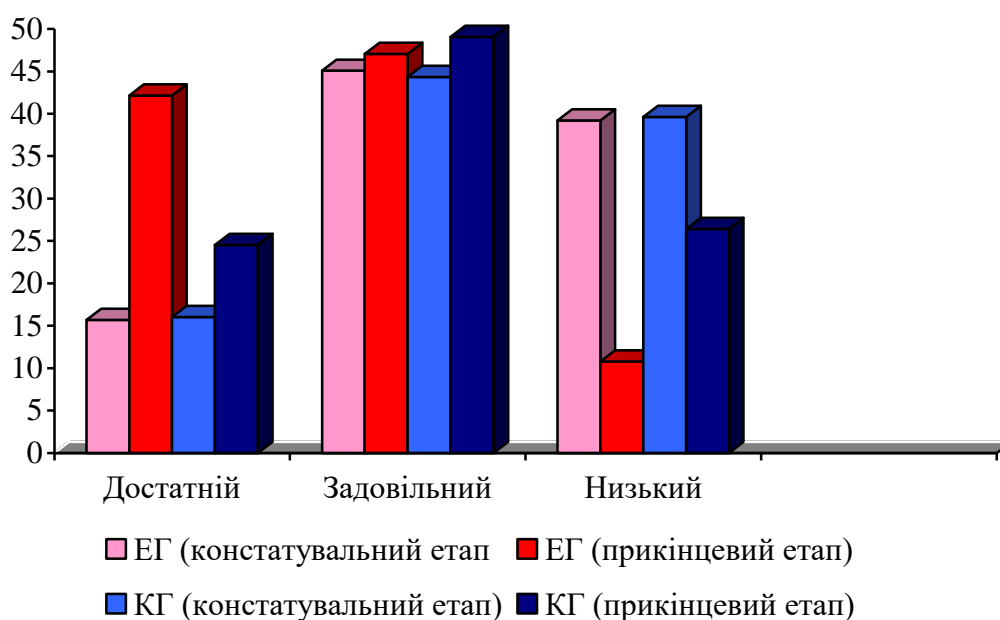


Рис. 2.9. Динаміка результатів оцінки наявності толерантності в майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту

Як видно з рис. 2.9, позитивні зміни за означеним показником відбулися як в експериментальній, так і в контрольній групах, проте в експериментальній групі результати виявилися більшими.

Так, в експериментальній групі після проведення формувального етапу експерименту результати на достатньому рівні збільшилися на 20,59%, на задовільному рівні результати зменшилися на 1,69% (що можна пояснити

значним збільшенням результатів на достатньому рівні), на низькому рівні результати зменшилися на 18,63%.

У контрольній групі, де формувальний етап не проводився, результати виявилися дещо нижчими: на достатньому рівні результати збільшилися на 6,61%, на задовільному рівні результати залишилися такими самими, на низькому рівні результати зменшилися на 6,61%.

Збільшення результатів в експериментальній групі за показником «наявність толерантності» відбулося через те, що зі студентами було проведено заняття «Толерантність», під час якого було проведено бесіду з обговоренням таких питань: «Чи важлива толерантність у професійній діяльності лікаря?» У чому вона виявляється?, а також вправи «Емблема толерантності», «Європейський потяг», «Встановлення контактів» тощо.

За показником «наявність емпатії» також відбулися відчутні зміни в обох групах (див. табл. 2.19).

Таблиця 2.19

Порівняльні результати наявності емпатії в майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту (у %)

Групи	Етапи	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
ЕГ	Констат.	17,65	45,01	37,25
	Прикінц.	42,16	48,04	9,80
КГ	Констат.	18,87	42,45	38,68
	Прикінц.	26,42	49,06	24,52

Як видно з таблиці 2.19, за показником «наявність емпатії» в експериментальній групі на достатньому рівні зафіксовано 42,16% студентів (було – 17,65%), задовільний рівень виявлено у 48,04% респондентів (було – 45,01%), низький рівень засвідчили 9,80% майбутніх лікарів (було – 37,25%).

У контрольній групі результати також покращилися: на достатньому

рівні виявлено 26,42% студентів (було – 18,87%), на задовільному рівні зафіксовано – 49,06% респондентів (було – 42,45%), низький рівень показали 24,52% майбутніх лікарів (було – 38,68%).

Наочно динаміку результатів оцінки наявності емпатії в майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту представлено на рис. 2.10.

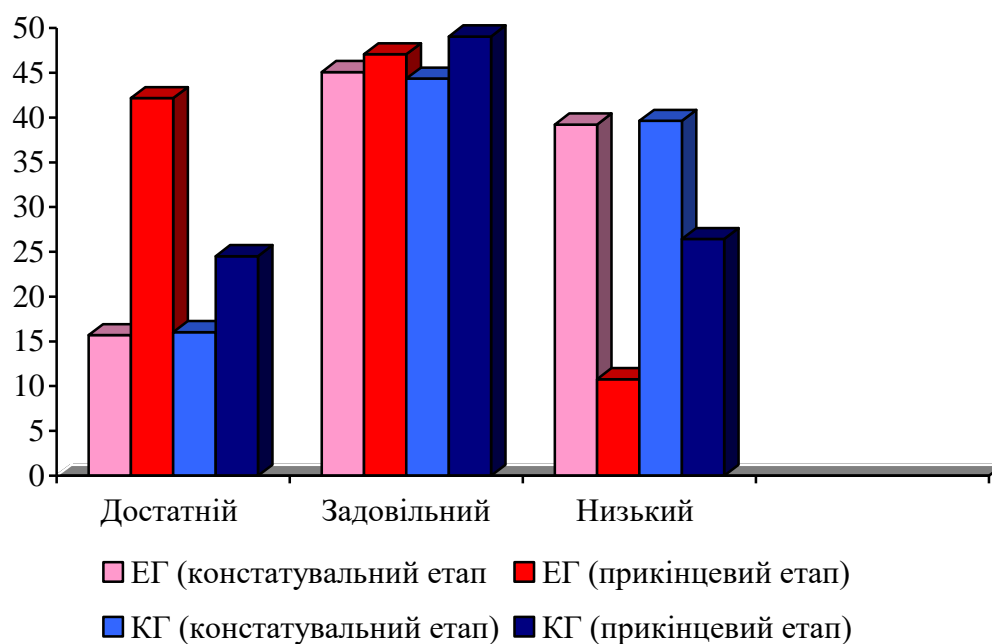


Рис. 2.10. Динаміка результатів оцінки наявності емпатії в майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту

Як бачимо з рис. 2.10, за показником «наявність емпатії» особистісного критерію, результати покращилися в обох групах.

Так, в експериментальній групі після проведення педагогічного експерименту результати на достатньому рівні збільшилися на 24,51%, на задовільному рівні результати покращилися на 3,03%, на низькому рівні результати зменшилися на 2,45%.

У контрольній групі, де педагогічний експеримент не проводився, результати виявилися дещо нижчими: на достатньому рівні результати збільшилися на 7,55%, на задовільному рівні результати – на 6,61%, на

низькому рівні результати зменшилися на 14,16%.

Суттєве покращення результатів в експериментальній групі зумовлено проведенням заняття «Емпатія», в ході якого проведено бесіду «Роль емпатії у професійній діяльності лікаря», дискусію «Евтаназія: прояв емпатії чи вбивство», вправи: «Зрозумій іншого», «Почуття», «Образ людини», що сприяли розвитку зазначеної якості в майбутніх лікарів.

Останнім кроком на прикінцевому етапі було з'ясування змін готовності майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп до міжкультурної взаємодії. Для цього було здійснено обчислення середньоарифметичних даних за всіма виокремленими показниками. Порівняльні результати одержаних даних подано в таблиці 2.20.

Таблиця 2.20

Результати сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії на констатувальному в прикінцевому етапах експерименту

Групи	Етапи	Достатній рівень		Задовільний рівень		Низький рівень	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЕГ (102 особи)	Констат.	17	16,67	47	46,08	38	37,25
	Прикінц.	42	41,18	48	47,06	12	11,76
КГ (106 осіб)	Констат.	18	16,98	49	46,23	39	36,79
	Прикінц.	27	25,47	54	50,95	25	23,58

Як видно з таблиці 2.20 на прикінцевому етапі експерименту в експериментальній групі достатнього рівня готовності до міжкультурної взаємодії досягли 41,18% студентів (було – 16,67%), задовільний рівень показали 47,06% респондентів (було – 46,08%), на низькому рівні залишилося 11,76% майбутніх лікарів (було – 37,25%).

У контрольній групі на прикінцевому етапі результати також змінилися, натомість не так суттєво: достатній рівень зафіксовано у 25,47%

студентів (було – 16,98%), задовільний рівень виявлено у 50,95% респондентів (було – 46,23%), низький рівень показали 23,58% майбутніх лікарів (було – 36,79%).

Наочно динаміку результатів рівнів сформованості в майбутніх лікарів готовності до міжкультурної взаємодії на констатувальному і прикінцевому етапах експерименту презентовано на рис. 2.11.

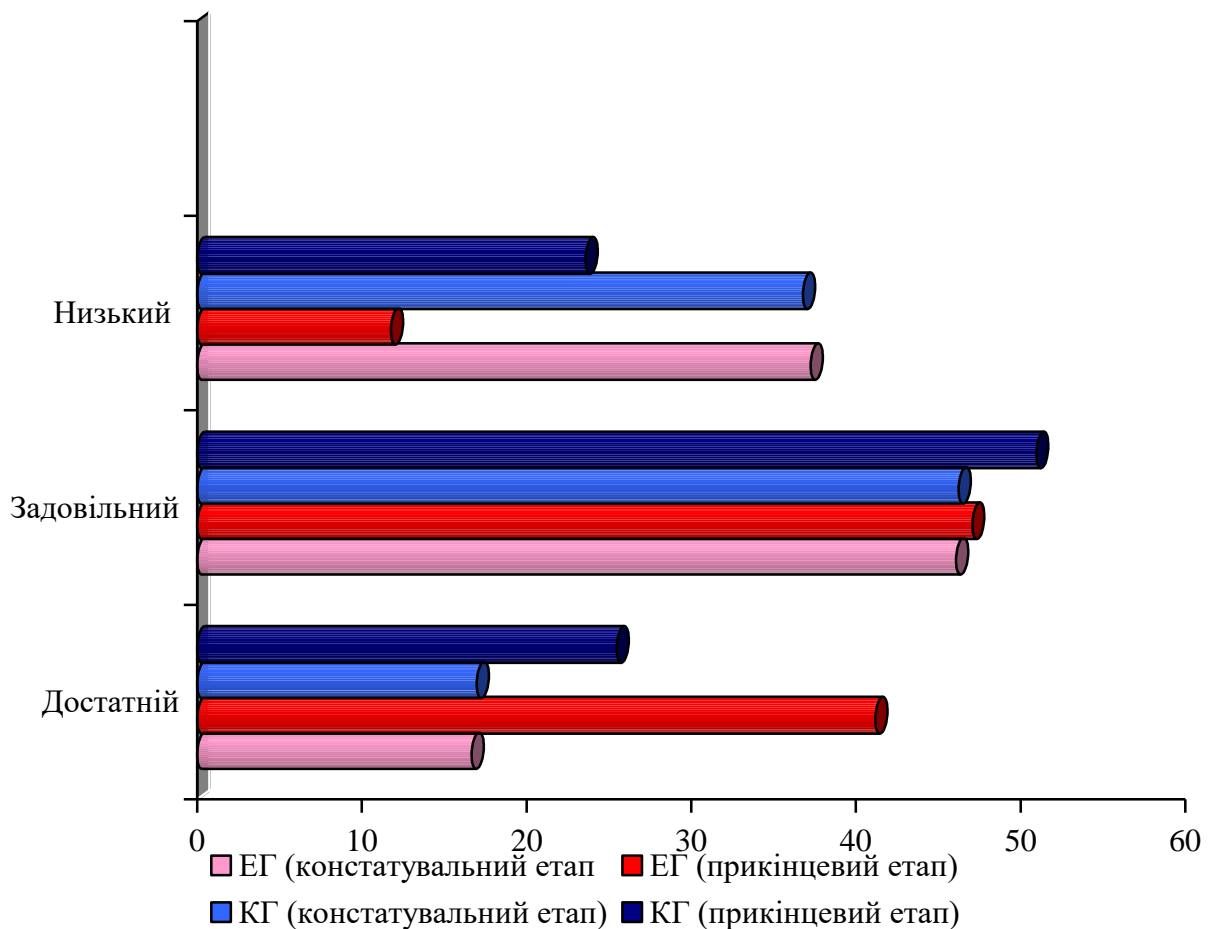


Рис. 2.11. Динаміка результатів готовності майбутніх лікарів експериментальної і контрольної груп до міжкультурної взаємодії на констатувальному і прикінцевому етапах дослідження

З рис. 2.11 видно, що на прикінцевому етапі експерименту результати рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії значно покращилися в обох групах, натомість в експериментальній групі, де проводилася цілеспрямована робота з формування зазначеного

феномену, ніж у контрольній групі, де така робота не проводилася.

Так, в експериментальній групі на прикінцевому етапі на достатньому рівні результати збільшилися на 24,51%, на достатньому рівні – на 0,98%, на низькому рівні результати зменшилися на 25,49%.

У контрольній групі результати змінилися не так суттєво: на достатньому рівні результати збільшилися на 8,49%, на задовільному рівні – на 4,72%, на низькому рівні результати зменшилися на 12,91%.

Більш високі результати в експериментальній групі, порівнено з контрольною пояснюмо проведенням зі студентами цілеспрямованої роботи під час занять у студентському гуртку «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», що сприяли покращенню результатів за визначеними у структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності критеріями і показниками.

Для більш якісного аналізу, як і на констатувальному етапі експерименту, після реалізації структурної моделі формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності повторно було обчислено λ – критерій Колмогорова-Смирнова.

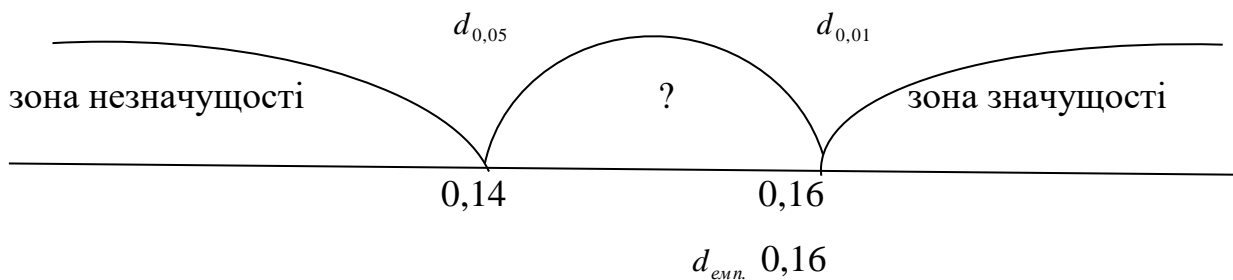
Було висунуто статистичну гіпотезу H_1 : різниця між розподілами контрольної та експериментальної груп достовірна (зважаючи на точку максимально накопиченої розбіжності між ними), тобто емпіричний розподіл рівнів досліджуваної готовності суттєво відрізняється.

Алгоритм розрахунку λ -критерію між показниками контрольної та експериментальної груп за результатами формувального етапу експерименту здійснювався за тими самими формулами і в такому самому алгоритмі, як і на констатувальному етапі. Одержані результати заносилися до таблиці 2.21.

**Розрахунок критерію при зіставленні емпіричних розподілів в ЕГ та КГ
за результатами формувального експерименту**

Рівні	Емпіричні частоти		Емпіричні частоти		Накопичені емпірич. частоти		Різниця $\Sigma f_{EG}^* - \Sigma f_{KG}^*$ d
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	Σf_{EG}^*	Σf_{KG}^*	
1 (достатній)	42	27	0,411	0,255	0,255	0,411	0,16
2 (задовільний)	48	54	0,471	0,509	0,764	0,882	0,12
3 (низький)	12	25	0,118	0,236	1	1	
Суми	102	106	1	1			

За результатами формувального етапу експерименту було побудовано «вісь значущості».



Різниця між розподілами може вважатися достовірною, якщо абсолютна величина максимальної різниці $d_{емп.}$ досягає або перевищує $d_{0,05}$, і тим більше достовірною, якщо $d_{емп.}$ досягає чи перевищує $d_{0,01}$ (за Б.Л.Ван дер Варденом, 1960).

Ми одержали: $d_{емп.} = d_{0,01}$. Отже різниця є достовірною.

За результатами проведених розрахунків ми одержали:

$$\lambda_{емп.} = 0,16 \cdot \sqrt{\frac{106 \cdot 102}{106 + 102}} = 0,16 \cdot 7,21 = 1,15$$

За таблицею $\lambda_{кр} = 1,12$. Ми отримали $\lambda_{емп.} = 1,15$. Відтак, $\lambda_{емп.} > \lambda_{кр}$, що

підтверджує гіпотезу H_1 . Відтак, емпіричний розподіл більший за $\lambda_{кр}$, тобто одержані результати після формувального етапу експерименту є статистично значущими.

Підсумовуючи, ми доходимо висновку щодо доцільності реалізації побудованої структурної моделі підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії з упровадженням визначених педагогічних умов, а саме: створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти; спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; Залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності.

Висновки з другого розділу

У другому розділі визначено критерії і показники, схарактеризовано рівні готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, розроблено й апробовано діагностувальну та експериментальну методики, позиціоновано модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, подано результати констатувального і прикінцевого етапів експерименту.

Критеріями оцінювання визначених компонентів із відповідними показниками обрано: настановний (наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі; наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії); знансвий (обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн; обізнаність із особливостями культури діалогу); поведінковий (наявність комунікативних умінь; наявність умінь емоційної саморегуляції); особистісний (наявність толерантності; наявність емпатії). Подано якісні характеристики рівнів зазначеного феномена (достатній, задовільний, низький).

На підставі теоретичного дослідження і результатів констатувального етапу експерименту було розроблено структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії яка складається з

мети, етапів, педагогічних умов, форм, методів і засобів їх реалізації, компонентів і кінцевого результату.

Реалізація визначених педагогічних умов здійснювалась у межах занять студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», кожне з яких проводилося за визначеними (інформаційно-пізнавальний, практико-зорієнтований, самостійно-творчий) етапами.

Установлено, що впровадження структурної моделі формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії дозволило досягти кращих змін у рівнях прояву зазначеного феномена у студентів експериментальної групи порівняно з контрольною.

Отже, одержані результати на прикінцевому етапі засвідчили доцільність реалізації в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти розробленої структурної моделі формування готовності майбутніх лікарів із упровадженням визначених педагогічних умов.

Матеріали другого розділу висвітлено в публікаціях автора:

1. Левицька А. І. Модель підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки м. Київ. 4–5 березня 2022р.* Київ:, 2022 С. 34–36.
2. Левицька А.І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: особистісний критерій. *Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти): матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології м. Львів. 25–26 вересня 2020р.* Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота. С. 39–42.
3. Левицька А.І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: настановний критерій. *Психологія та педагогіка: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень: матеріали*

міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології. м.Одеса. 18–19 вересня 2020 р Одеса, 2020. С. 100.

4. Левицька А.І., Осипова Т.Ю. Готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: знаннєвий критерій. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки*. м. Харків. 15–16 січня 2021р. Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 С. 69–71.
5. Левицька А. І., Русалкіна Л. Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. *Інноваційна педагогіка* Одеса, 2021. № 40. С. 81–84.

Список використаних джерел до розділу 2

6. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [Голов. ред. В. Т. Бусел]. Київ : Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
7. Виговська Л. П., Максимець С. М. Емпатійність як фактор соціально-психологічної адаптації молодих педагогів. *Україна на порозі третього тисячоліття : духовність і художньо-естетична культура : міжвідомчий наук. зб.* Київ : НДІ «Проблеми людини», 1999. Т. 14 С. 325–329.
8. Гапоненко Л. В. Розвиток рефлексії як психологічного механізму корекції професійної поведінки у педагогічному спілкуванні. *Педагогіка і психологія.* 2001. № 3–4. С. 81–89.
9. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження : методологічні поради молодим науковцям. – Київ–Вінниця : ДОВ «Вінниця», 2008. 278 с.
10. Гончаренко С. У. Український педагогічний енциклопедичний словник. Видання друге доповнене і виправлене Рівне : Волинські обереги, 2011. – 552 с.
11. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І. Д. Звереві. 2–ге вид. Київ, Сімферополь : Універсум, 2013. 536 с. <http://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/UKR0001530>
12. Заєць М. З. Формування готовності іноземних студентів до діалогічної взаємодії у майбутній професійній діяльності лікаря засобами інтерактивних технологій : дис.... канд.. пед наук : 13.00.04. Хмельницький, 2017. 220 с.
13. Іванова С. В. Критерії та показники розвитку професійної компетентності вчителів біології в закладах післядипломної педагогічної освіти. *Вісник Житомирського державного університету. Педагогічні науки.* Житомир, 2010. Вип. 52. С. 152–156.
14. [Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. URL Bolshaya entsiklopediya psihologicheskikh testov-Karelin A-2007-pdf](#)

15. Кобзар Н. В. Готовність майбутніх менеджерів туризму до міжкультурної комунікації та її компоненти. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Луганськ. 2011. № 14 (225). Ч. I. С. 48–52.
16. Крисак Л. В. Методика навчання майбутніх лікарів загальної практики англomовного професійно-орієнтованого діалогічного мовлення : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02. Київ, 2016. 21 с.
17. Кустовська О.В. Методологія системного підходу та наукових досліджень URL <https://www.twirpx.com/file/121709/>
18. Лазуренко О. О. Психологічні особливості формування емоційної компетентності майбутнього лікаря: Психологічні особливості формування емоційної компетентності майбутнього лікаря : дис... канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2017. 129 с.
19. Лахтадир О. В. Психологічні особливості розвитку комунікативної компетентності майбутніх фахівців з фізичної культури і спорту : дис... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2017. 261 с.
20. Левицька А. І. Модель підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки м. Київ. 4–5 березня 2022р.* Київ:, 2022 С. 34–36.
21. Левицька А.І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: особистісний критерій. *Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти): матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології м. Львів. 25–26 вересня 2020р.* Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота. С. 39–42.
22. Левицька А.І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: настановний критерій. *Психологія та педагогіка: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень: матеріали*

міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології. м.Одеса. 18–19 вересня 2020 р Одеса, 2020. С. 100.

23. Левицька А.І., Осипова Т.Ю. Готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: знаннєвий критерій. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки.* м. Харків. 15–16 січня 2021р. Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 С. 69–71.
24. Левицька А. І., Русалкіна Л. Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. *Інноваційна педагогіка* Одеса, 2021. № 40. С. 81–84.
25. Логвіненко А. Ю. Підготовка майбутніх учителів іноземної мови до формування толерантності в учнів основної школи:и дис.... канд. пед. наук : 13.00.04 Одеса, 2017. 298 с.
26. Львовочкіна А. М. Етнопсихологія: навч. посіб. Київ: МАУП, 2002. 144 с.
27. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. посібник. Київ: Педагогічна думка, 2012. 112 с.
28. Методи педагогічних досліджень. URL: <http://readbookz.com/book/172/5401.html>
29. Орел-Халік Ю. В. Аналіз феномена «культура професійного діалогу» в педагогічній науці. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах* : зб. наук. пр. / голов. ред.Т. І. Сущенко та ін. Запоріжжя, 2014. Вип. 38 (91). С. 262–266.
30. Остраус Ю. М. [Критерії, показники та рівні сформованості професійно комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.](#) *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія.* 2016. Вип. 47. С. 96–102, с. 165.

- 31.Офіційний сайт Одеського національного медичного університету.
URL :<https://onmedu.edu.ua/nauka/studentske-naukove-tovaristvo-ta-rada-tovaristva-molodih-vchenih>
32. Панькевич О. О. Формування культури професійної взаємодії майбутніх фахівців соціономічної сфери : дис... канд.. пед.. наук : 13.00.04. Одеса, 2019. 277 с.
- 33.Педагогічний словник / за ред. М. Д. Ярмаченка. Київ : Педагогічна думка, 2001. 516 с.
34. Пикельная В С. Теория и методика моделирования управленческой деятельности (школоведческий аспект) : дис... д-ра пед. наук: 13.00.01. Кривой Рог, 1993. 374 с.
35. Пилип Т. Структурний аналіз міжкультурної компетентності лікарів-терапевтів. *Нова педагогічна думка*. 2016. № 2 (86). С. 90–93.
36. Психологічні механізми невербальної поведінки. URL :
://studme.com.ua/14840309/menedzhment/psihologicheskie_mehanizmy_neverbalnogo_povedeniya.htm
37. Русалкіна Л. Г. Теоретико-методичні засади англomовної професійної підготовки майбутніх лікарів: дис....докт. пед.. наук: 13.00.04. Одеса, 2020. 426 с.
38. Семенова О. В. Педагогічне моделювання : функції та складові. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету*. 2015. Вип. 3. С. 299–305.
39. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. URL :
<https://www.twirpx.com/file/1237479/>
40. Словник іншомовних слів / за ред. чл.-кор. АН УРСР О. С. Мельничука. Київ : Головна редакція УРЕ, 1977. 775 с. 1977. 775 с.
41. Словник української мови : в 11 т. / за ред. І. Білодіда. Київ : Наукова думка, 1970–1980. Т. 8. 343 с.

42. Стечак Г. М. Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті : дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Львів. 2017. 282 с.
43. Сучасний психолого-педагогічний словник / за ред. О. І. Шапран. Переяслав-Хмельницький, 2016. 473 с.
44. Сучасний словник іншомовних слів : близько 20 тис. слів і словосполучень [уклад. О. І. Скопненко, Т. В. Цимбалюк]. – К. : Довіра, 2006. – 789 с. – (Словники України)
45. Український тлумачний словник. URL : <http://language.br.com.ua/>
46. Фармачей С. И. Взаимосвязь мотивационной структуры личности с мотивацией достижения успеха. *Психологія сучасності: наука і практика* : матеріали міжнародної науково-практ. конф. молодих науковців. м. Одеса. 27 груд. 2003 р. Одеса, 2004. С. 72–74.
47. Ху Дихуа. Формирование поликультурной компетентности иностранных студентов в условиях профессиональной подготовки: дис. ...канд. пед. наук : 13.00.04 Одеса, 2013. 228с.
48. Цехмістрова Г. С. Основи наукових досліджень : навч. посіб. Київ : Слово, 2003. 240 с.
49. Чебикін О. Я, Павлова І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості : монографія Одеса : СВД Черкасов, 2009. 230 с.
50. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки : дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2015. 338 с.
51. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки : дис...канд.. пед.. наук: 13.00.04. URL: <https://docplayer.net/70358706-Zhitomirskiy-derzhavniy-universitet-imeni-ivana-franka-sharlovich-zoya-pavlivna.html>
52. Шинкарук В. І. Філософський енциклопедичний словник. Київ : Абрис. 2002. 742 с.

53. Щербакова А. В. Формування полікультурної компетентності у студентів-медиків у навчально-виховному процесі вищого медичного навчального закладу: дис.... канд. пед. наук.: 13.00.04. Одеса, 2012. 248 с. Старобільськ, 2015. 357 с.
54. Mc Clelland D. C. Atkinson J. W., Clark R. A. A scoring manual for the achievement motive. *Motives in Fantasy, Action and Society*. N. Y., 1958. P. 112–148.
55. Kostruban' R. V. Teacher's job description (the tolerance aspect) / R. V. Kostruban' // *Nauka i Studia. – Przemysł : Nauka i studia*, 2015. – № 9 (140). – P. 66–76.
56. Logvinenko A. Yu. Games as interactive means to form and develop communicative competence / A. Yu. Logvinenko // *Conference Proceedings of the 5th International Scientific Conference [«Problems and Prospects of territories' socio-economic development»]*, (April 14–17). – Opole, Poland, 2016. – P. 114–116.
57. Logvinenko A. Yu. Video as teaching tool for communicative competence formation. *Modern tendencies in pedagogical education and science of Ukraine and Israel : the way to integratio*. Arial, 2015. № 6. P. 24–29.
58. Needlman Robert, Extracurricular Activities. URL : www.drspock.com.

ВИСНОВКИ

У дисертації подано теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності, що дозволило обґрунтувати й побудувати модель та розробити експериментальну методикау забезпечення зазначеного процесу, визначити й експериментально перевірити педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Установлено, що готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії є особистісним психологічним станом фахівця, що детермінується наявністю позитивної настанови на продуктивну співпрацю з представниками різних культур (етнічних та національних спільнот), передбачає встановлення з ними оптимальних взаємодовірливих відносин у підсистемі «лікар-пацієнт», характеризується наявністю знань щодо культурних артефактів, традицій національної та інокультури, дотриманням професійного етикету в медичній галузі, уміннями вербального і невербального спілкування, особистісними і професійними якостями, що забезпечує здійснення професійної діяльності в полікультурному середовищі на високому рівні.

Виявлено, що формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії є динамічним педагогічним процесом у ході їхньої професійної підготовки і потребує забезпечення цілеспрямованої роботи, спрямованої на набуття студентами теоретичних знань і практичних умінь та навичок щодо реалізації міжкультурної взаємодії під час здійснення професійної діяльності, набуття досвіду організації комунікативних ситуацій міжкультурної взаємодії під час навчання в медичних закладах вищої освіти.

Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів розглядається як педагогічний процес, що ґрунтується на спілкуванні і співпраці студентів на засадах толерантного ставлення до національних, культурних і релігійних

особливостей різних культур під час опанування професійних знань, умінь і навичок, що сприятиме формуванню їхньої готовності до здійснення такої взаємодії в полікультурному просторі.

Доведено, що полікультурне середовище закладу вищої медичної освіти – це духовно насичена атмосфера, що панує в закладі освіти, учасниками якого є представники різних культур, освітній процес якого спрямований на формування полікультурної особистості майбутніх лікарів, які відрізняються національними і релігійними цінностями, спроможні розуміти інші культури, здатні позиціонувати свою країну в умовах міжкультурної взаємодії, залучає їх до світових культурних традицій, сприяє вихованню у студентів поваги до інших народів, забезпечує рівноправний діалог між представниками різних культур, що ґрунтується на засадах толерантного і доброзичливого ставлення до представників іншої культури в процесі професійної підготовки.

Установлено, що формуванню готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії сприятиме організація освітнього процесу, що ґрунтується на засадах аксіологічного, культурологічного, компетентнісного, особистісного, діалогічного методологічних підходів.

У структурі готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності виокремлено чотири взаємопов'язаних компоненти (мотиваційний, когнітивний, діяльнісний і афективний), критерії та показники: настановний (наявність позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі; наявність мотивації на досягнення успіху в професійній взаємодії); знаннєвий (обізнаність із національно-культурними особливостями різних країн; обізнаність із особливостями культури діалогу); поведінковий (наявність комунікативних умінь; наявність умінь емоційної саморегуляції); особистісний (наявність толерантності; наявність емпатії). Схарактеризовано рівні (достатній, задовільний, низький) готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності.

Доведено, що формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії відбувається ефективно за умови реалізації таких педагогічних умов: створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти; спрямування освітнього процесу на формування вмінь міжкультурної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання; залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності.

На підставі теоретичного дослідження і результатів констатувального етапу експерименту було розроблено структурну модель формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії, яка складається з мети, етапів, педагогічних умов, форм, методів і засобів їх реалізації, компоненти і кінцевий результат.

Реалізація структурної моделі здійснювалася поетапно. На кожному з етапів було впроваджено одну із визначених педагогічних умов.

Метою першого – інформаційно-пізнавального – етапу була реалізація педагогічної умови «створення полікультурного освітнього середовища в медичному закладі вищої освіти», яка була спрямована на набуття студентами необхідних знань щодо сутності понять «взаємодія», «професійна взаємодія», «полікультурний простір», «міжкультурна взаємодія», ознайомлення з видами міжкультурної взаємодії в галузі медицини, усвідомлення значущості готовності до міжкультурної взаємодії в професійній діяльності лікаря. Засобами реалізації зазначеної педагогічної умови виступили круглі столи, бесіди, дискусії, що проводилися в межах студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». Зазначений етап передбачав колективно-групову роботу студентів під час занять гуртка і самостійну роботу з інформативними джерелами (підготовка доповідей-презентацій, творчих виступів, складання термінологічного словника тощо).

На другому – практико-зорієнтованому – етапі впроваджувалася педагогічна умова «спрямування освітнього процесу на формування вмінь

міжкультурної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання», що передбачала набуття майбутніми лікарями під час гурткових занять практичних умінь і навичок толерантності, емпатії, міжкультурної взаємодії, відпрацювання їх шляхом упровадження інтерактивних методів навчання (інтерактивні вправа, ігри, виконання творчих завдань, проведення віртуальних екскурсій), рольових ігор, вирішення професійних і конфліктних ситуацій (кейс-стаді) тощо.

Третій – самостійно-творчий – етап був спрямований на реалізацію педагогічної умови «залучення майбутніх лікарів до організації конструктивної міжкультурної взаємодії в позааудиторній діяльності» і передбачав проведення різних позааудиторних видів діяльності (участь у позааудиторних виховних заходах, конкурси, зустрічі), тренінгів, а також, самостійну творчу діяльність студентів у межах педагогічного гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів».

Реалізація визначених педагогічних умов здійснювалась у межах занять студентського гуртка «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», кожне з яких проводилося за визначеними етапами.

Доведено, що реалізація структурної моделі й експериментальної методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії дозволила досягти позитивних змін у рівнях прояву зазначеного феномена у студентів експериментальної групи порівняно з контрольною.

Так, на прикінцевому етапі експерименту в експериментальній групі достатнього рівня готовності до міжкультурної взаємодії досягли 41,18% студентів (було – 16,67%), задовільний рівень показали 47,06% респондентів (було – 46,08%), на низькому рівні залишилося 11,76% майбутніх лікарів (було – 37,25%). У контрольній групі на прикінцевому етапі результати також змінилися, натомість не так суттєво: достатній рівень зафіксовано у 25,47% студентів (було – 16,98%), задовільний рівень виявлено у 50,95% респондентів (було – 46,23%), низький рівень показали 23,58% майбутніх лікарів (було – 36,79%).

Статистичну значущість і не випадковість позитивних зрушень

доведено застосуванням розрахунку λ -критерію Колмогорова-Смирнова.

Проведене дослідження, маючи достатнє теоретичне обґрунтування та вірогідну експериментальну довідність, все ж не висвітлює всіх аспектів проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. Перспективи наукового пошуку ми вбачаємо в розробленні комплексної програми формування зазначеної готовності під час вивчення фахових і гуманітарних дисциплін на підставі реалізації різноманітних освітньо-виховних проєктів з урахуванням професійних інтересів майбутніх лікарів, у вивченні зарубіжного досвіду вирішення проблеми готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії та його адаптації до умов підготовки майбутніх лікарів у вітчизняних закладах вищої медичної освіти.

Д О Д А Т К И

Додаток А. 1.

КАРТКА САМООЦІНЮВАННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ГОТОВНОСТІ
ПРАЦЮВАТИ В ПОЛІКУЛЬТУРНОМУ ПРОСТОРИ

	твердження	Достатній рівень	Задовільний рівень	Низький рівень
1	Мене не бентежить перспектива працювати в полікультурному середовищі			
2	Я відчуваю труднощі у спілкуванні з людьми іншої національності і віросповідання			
3	Я відчуваю певні труднощі у спілкуванні із застосуванням медичної термінології			
4	До деяких націй і народів важко добре ставитися			
5	Я комфортно почуваюся в полікультурному середовищі			
6	У спілкуванні з іноземцями мені заважають мовні бар'єри			
7	У мене наявні стійкі стереотипи щодо іноземців			
8	У взаємодії з іноземним партнером ви можете стерпіти всі його примхи заради інтересів справи			
9	Я хочу, щоб серед моїх друзів були люди різних національностей			
10	Приїжджі повинні мати ті самі права, що й місцеві жителі			
11	Будь-які релігійні течії мають право на існування			
12	Я можу уявити людину не такої раси, до якої належу я, своїм близьким			

	другом			
13	Я хотів би стати більш толерантною людиною стосовно інших			
14	Мене дратують люди, які належать до іншої культури			
15	Я хотів би, щоб у мене була можливість повчитися або попрацювати в зарубіжній країні з іншою культурою			
16	Мене цікавить інформація про діяльність міжнародних асоціацій лікарів.			
17	Я легко спілкуюся з людьми, які належать до іншої культури			
18	Мені важко знайти необхідну інформацію, якщо вона розміщена на іноземних сайтах			
19	Я легко входжу в контакт з людьми, які не належать до моєї культури			
20	Мене дратує необхідність співпраці з представниками іншої культури			

Додаток А. 2

КАРТКА САМООЦІНКИ ОБІЗНАНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ІЗ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

Інструкція: Шановний студент, обведіть, будь ласка кружечком цифру, яка відповідає тому, наскільки Ви вважаєте розвиненими у Вас оцінюєте ті чи ті твердження, що подані в таблиці.

1.	Усвідомлення значущості майбутньої професії	1 2 3 4 5 6 7
2.	Знання щодо сутності професійної взаємодії у професійній діяльності	1 2 3 4 5 6 7
3.	Знання особливостей майбутньої професії	1 2 3 4 5 6 7
4.	Знання щодо психологічних та індивідуальних особливостей людини, яка належить до іншої культури й уміння враховувати їх під час міжкультурної взаємодії у професійній діяльності	1 2 3 4 5 6 7
5.	Розуміння вчинків і дій довколишніх людей, у тому числі тих, хто належить до іншої культури	1 2 3 4 5 6 7
6.	Знання щодо засобів впливу на довколишніх людей	1 2 3 4 5 6 7
7.	Знання щодо засобів встановлення контактів з довколишніми людьми	1 2 3 4 5 6 7
9.	Знання правил поведінки у взаємодії з колегами, у тому числі тих, хто належить до іншої культури, під час виконання професійних завдань	1 2 3 4 5 6 7

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!

Додаток А. 3

**КАРТКА САМООЦІНКИ ОБІЗНАНОСТІ З КУЛЬТУРНО-
НАЦІОНАЛЬНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ РІЗНИХ НАРОДІВ**

Інструкція: Вашій увазі пропонуються запитання, які спрямовані на з'ясування рівня Вашої обізнаності з культурно-національними особливостями різних країн. Вам потрібно відзначити рівень, на якому Ви володієте знаннями щодо культурно-національних особливостей, якими вирізняється та чи та країна (Марокко, Алжир, Туніс, Ізраїль, Туреччина, Китай, Японія, Індія) : достатній рівень обізнаності (В), достатній рівень обізнаності (Д) задовільний рівень обізнаності (З) низький обізнаності (Н).

№ п/п	Запитання	Рівень знань		
		Д	С	Н
1.	Знання, якою мовою спілкуються в і			
2.	Знання щодо політичного устрою країни			
3.	Знання щодо релігії, яку сповідують у країні			
4.	знання культурного надбання (література, мистецтво) країни.			
5.	Знання культурно-історичних пам'яток країни			
6.	Знання національної символіки країни			
7.	Знання особливостей національних свят, традицій, обрядів країни			
8.	Знання ділового етикету, прийнятого в країні			
9.	Знання особливостей привітання в країні			
10.	Знання особливостей поведінки в гостинах у країні			

Дякуємо за допомогу!

Додаток А. 4

АНКЕТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЗДАТНОСТІ ДО ПОЛІКУЛЬТУРНОГО
ДІАЛОГУ

Інструкція. Вам пропонується низка тверджень. Поставте позначку від 1 до 4 навпроти кожного з них, відповідно до того, наскільки Ви з ним згодні або не згодні.

Текст опитування

№	Твердження	4	3	2	1
1	Я думаю, що необхідно стерегтися відносин з іншими країнами для збереження культурної ідентичності країни				
2	Я негативно ставлюся до будь-яких представників інших національностей				
3	Мені б хотілося спілкуватися з представниками різних етнічних груп, здійснювати міжкультурне спілкування				
4	Вважаю, що полікультурна освіта сприяє врегулюванню міжособистісних відносин та національних конфліктів				
5	Вважаю вірним судження «Толерантність – це те, що робить можливим досягнення миру та приводить від культури війни до культури миру»				
6	Я не вважаю за необхідне формування навичок співпраці в умовах міжкультурного діалогу				
7	Вважаю необхідним засвоєння особливостей різних культур				
8	Я погоджуюсь, що коли людина опиняється в іншому культурно-мовному середовищі, вона відчуває так званий «культурний шок» через недостатнє знання				

	національних цінностей і досвіду спілкування з іншомовними представниками				
9	Я не згоден, що процес глобалізації призводить до виникнення культурних форм, нових цінностей, зразків поведінки і діяльності				
10	Вважаю, що використання країнознавчої інформації забезпечує підвищення пізнавальної активності				
11	Я зацікавлений у розширенні загального світогляду, причому маю бажання познайомитися з побутом, культурою, традиціями, історією, географією інших країн				
12	Мене не цікавлять автентичні матеріали: справжні літературні, образотворчі, музичні добутки, предмети реальної дійсності (одяг, меблі, посуд) та їх ілюстративне зображення				
13	Вважаю актуальним виховання громадянина на ідеях гуманізму, демократії, моральності, волі й рівноправності				
14	Я погоджуюсь, що вищі навчальні заклади повинні готувати таку особистість, яка має толерантний світогляд, здатна до міжкультурного діалогу й взаєморозуміння з представниками інших народів				
15	Я не вважаю, що в мене є здатність до культурного самовизначення і зміни свідомості				

Дякуємо за допомогу!

Додаток А. 5

ТЕСТ ОЦІНКИ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ

Інструкція: Методика складається з 10 питань, в кожному з яких необхідно дати відповідь в одному з п'яти варіантах: «майже завжди», «в більшості випадків», «іноді», «рідко», «майже ніколи». Таким чином, максимально можлива сума балів – 100, мінімальна – 20 балів. В рамках даної методики виділяється три рівні розвитку комунікативних умінь: низький, задовільний і високий.

У тесті присутні питання на визначення рівня таких умінь, як здатність вислухати співрозмовника до кінця, грамотно викладати свою позицію і бажання зрозуміти точку зору свого пспіврозмовника. Також оцінюється здатність визначити сильні і слабкі сторони кожної з сторін взаємодії, в тому числі свої, і з їх урахуванням вибудувати максимально ефективну модель комунікацій. Оскільки основним завданням комунікації є передача інформації, важливим фактором є спрямованість комунікаторів на предмет спілкування, і здатність не звертати увагу на другорядні фактори.

		майже завжди	в більшості випадків	іноді	рідко	ніколи
1.	Чи намагаєтеся Ви припинити бесіду в тих випадках, коли тема (або співрозмовник) нецікаві Вам?					
2.	Чи дратують Вас манери Вашого партнера по спілкуванню?					
3.	Чи може невдалий вираз іншої людини спровокувати Вас на різкість або грубість?					
4.	Чи уникаєте Ви вступати в розмову з невідомою або малознайомою Вам людиною?					
5.	Чи маєте Ви звичку					

	перебивати співрозмовника?					
6.	Чи робите Ви вигляд, що уважно слухаєте, а самі думаєте зовсім про інше?					
7.	Чи міняєте Ви тон, голос, вираз обличчя в залежності від того, хто Ваш співрозмовник?					
8.	Чи міняєте Ви тему розмови, якщо співрозмовник торкнувся неприємної для Вас теми?					
9.	Чи поправляєте Ви людину, якщо в її мові зустрічаються неправильно вимовлені слова, назва, вульгаризми?					
10.	Чи буває у Вас поблажливо-менторський тон з відтінком зневаги і іронії по відношенню до співрозмовника?					

Інтерпретація результатів

При інтерпретації відповідей на тест використовується бальна система:

- а) «майже завжди» - 2 бали;
- б) «в більшості випадків» - 4 бали;
- в) «іноді» - 6 балів;
- г) «рідко» - 8 балів;
- д) «майже ніколи» - 10 балів.

Після визначення відповідності певної кількості балів даної відповіді, необхідно отримані значення підсумувати. Чим більше отримане значення, тим більш розвинені комунікативні вміннясамперед вміння слухати. Таким чином, максимально можлива сума балів - 100, мінімальна - 20 балів. В рамках даної методики виділяється три рівні розвитку комунікативних умінь: низький, задовільний і високий. Для визначення ступеня володіння комунікативними навичками, визначимо відповідність кількості балів кожному з рівнів:

Від 20 до 41 – низький рівень комунікативних умінь. Даний результат у опитуваних свідчить про те, що вони є поганими співрозмовниками, додумують сенс сказаного за співрозмовника, монополізують розмову, переводячи її «на себе». Звертають зайву увагу на другорядні фактори бесіди (ручка в руках, погляд, додаткові питання). Для таких дітей характерно звертати увагу на позу і міміку співрозмовника, відволікаючись від сприймання інформації, але, на відміну від дітей з низьким рівнем комунікативних умінь, вони зберігають цілісність структури спілкування.

Від 42 до 63 – задовільний рівень. На даному рівні підліток також схильний спиратися на власні домисли, проте, в цілому вміє непогано орієнтуватися в процесі спілкування. Діти із середнім рівнем оволодіння комунікативними вміннями можуть підлаштовуватися під темп і манеру ведення бесіди.

Понад 64 – достатній рівень. При підвищеному рівні комунікативних умінь підлітки здатні не тільки вловлювати контекст спілкування, добре підлаштовуватися під співрозмовника, але і здатні в певні моменти задавати напрямок і управляти форматом комунікації. Підлітки, які набрали стільки балів є гарними співрозмовниками, з ним комфортно вести комунікативну взаємодію. Вони можуть підтримати свого співрозмовника, дати йому можливість виговоритись і закінчити свою думку; в той же час, комунікатор грамотно використовує необхідні в конкретний момент інструменти ефективного спілкування.

Додаток А. 6

ДІАГНОСТИКА ЕМОЦІЙНОЇ ЗРІЛОСТІ

Інструкція. Питальник має 42 твердження, призначених для вивчення особливостей Вашої емоційної сфери. Вашим завданням є дати відповідь на кожне запитання. Якщо Ви згодні зі ствердженням, дайте відповідь «Так» (+), якщо не згодні, то «Ні» (-). Не гайте часу на обдумування, відповідайте швидко, дайте першу, що спала Вам на думку, відповідь. Не намагайтеся створити заздалегідь приємне чи неприємне про Вас враження. Невимушено висловлюйте свою думку. Пам'ятайте, що поганих чи хороших відповідей не існує.

Питальник

		(+/-)
1	Чи можна сказати, що про Ваші почуття красномовно вказує Ваше обличчя?	
2	Ваша стурбованість позначається на Ваших знайомих?	
3	Чи переключаєтеся Ви під час спілкування з одного настрою на інший (наприклад, з веселого на серйозний і навпаки)?	
4	Чи можна стверджувати, що у процесі спілкування з людьми Ви навчилися управляти їхніми емоціями?	
5	Чи часто Вам випадає бачити прояв інтересу довколишніх до Ваших дій?	
6	Чи завжди допомагає Ваша жестикуляція, рухи рук, коли Ви про щось розповідаєте?	
7	Чи здатні Ви вдало наслідувати (пародіювати) обличчя та рухи?	
8	Чи завжди Ви розумієте гумор інших?	
9	Вам подобається, коли Вас критикують?	
10	Чи легко Ви переймаєтеся настроєм інших?	
11	Чи часто Ви відчуваєте жалість до людей	

12	Чи здатні Ви примусити себе заспокоїтися, якщо Ви сильно схвильовані?	
13	Чи впливає зміна Вашого голосу на присутніх?	
14	Чи можна стверджувати, що Ви маєте авторитет серед товаришів?	
15	Чи приємно Вам, коли Вас хвалять	
16	Чи завжди Ви співпереживаєте з літературними героями?	
17	Чи відчуваєте Ви перед початком роботи, навчання млявість або апатію?	
18	Чи співпереживають з Вами ті, хто знає Вас, коли Ви того бажаєте?	
19	Чи попросите Ви знизити оцінку на екзамені, якщо вважатиме, що її завищено?	
20	Чи завжди Ваша посмішка та сміх захоплюють присутніх?	
21	Чи здійснюєте Ви підготовку свого стану словами наказу самому собі, або вдаєтеся до інших прийомів, коли розпочинаєте відповідальну роботу?	
22	Чи настають у Вас зміни биття серця, ритму, дихання, сльозовиділення тощо, коли Ви бачите гостро драматичні або позитивно вирішені ситуації?	
23	Чи здатні Ви зберегти своє обличчя безпристрасним, коли сильно схвильовані?	
24	Чи є серед Ваших знайомих такі, хто Вам не подобається?	
25	Чи підвищуєте Ви голос, коли розмовляєте з людиною, яка Вас розсердила?	
26	Чи можна сказати, що Вам завжди довіряють на роботі, навчанні?	
27	Чи у змозі Ви своїм поглядом привернути увагу присутніх?	
28	Чи можуть присутні за Вашим обличчям визначити Ваш настрій?	
29	Чи часто Ваші розповіді хвилюють, викликають інтерес у присутніх?	

30	Чи приховуєте Ви свої хвилювання на роботі (навчанні)?	
31	Чи вірите Ви в забобони в будь-якому (хоча б подумки)?	
32	Чи змогли б Ви порозумітися жестами з людиною, якам не знає Вашої мови?	
33	Чи завжди Ви говорите правду, незважаючи на те, що вам іноді це не вигідно?	
34	Чи можете Ви стверджувати, що відчуваєте і добре розумієте настрої присутніх, коли спілкуєтеся з ними?	
35	Чи виконуються швидко Ваші вказівки, побажання?	
36	Чи часто люди, які оточують Вас, виявляють інтерес до того, що Ви робите?	
37	Чи виникають у вас утруднення, коли є потреба привернути до себе увагу?	
38	Чи впливає Ваш зовнішній вигляд на присутніх?	
39	Чи помітно для інших, коли якась подія виводить Вас із рівноваги?	
40	Чи здатні Ви допомогти заспокоїтися людині, якщо в неї неприємності? Чи здатні Ви допомогти заспокоїтися людині, якщо в неї неприємності?	
41	Коли під час спілкування Ви перевтілюєтеся, чи помітно це для присутніх?	
42	Чи часто позначається Ваш настрої на інших?	

Додаток А. 7

ПИТАЛЬНИК «ПОВНОТА РОЗУМІННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ»

1. Сутність толерантності

1.1. Опишіть Ваше загальне уявлення про толерантність як соціокультурне явище.

1.2. Який зміст вкладаєте Ви у поняття «толерантність»?

1.3. Аргументуйте, чи є альтернатива ідеї толерантності?

1.4. Доведіть значущість толерантності у повсякденній взаємодії людей.

2. Функції толерантності

2.1. Які функції виконує толерантність у Вашому розумінні.

2.2. Назвіть та аргументуйте головне призначення толерантності у людській життєдіяльності.

2.3. Чи впливає толерантність на Ваш світогляд? (аргументуйте своє «так» і «ні»).

2.4. Як Ви вважаєте, чи передбачає толерантність моральний обов'язок та відповідальність?

3. Структура толерантності

3.1. Підберіть якомога більше синонімів до слова «толерантність».

3.2. Порівняйте «толерантність» та «інтолерантність» (або нетолерантність) за використанням фактів суспільного повсякдення.

3.3. У чому і як виявляється толерантність у спілкуванні людей?

3.4. Чи може бути ефективне ділове спілкування без толерантності з обох сторін?

4. Види толерантності.

4.1. Що таке релігійна толерантність і як ви розвиваєте її у собі?

4.2. Назвіть головні ознаки своєї майбутньої професійної толерантності (як педагога початкової школи).

4.3. Чи потрібно майбутнім учителям володіти навиками толерантного спілкування? (аргументуйте своє «так» і «ні»).

4.4. Чи існують межі людської міжособистісної толерантності?

5. Особистісний простір толерантності

5.1. Які властивості і риси у своїй щоденній поведінці виявляє толерантна особистість?

5.2. Які з описаних Вами властивостей і рис та якою мірою притаманні Вам?

5.3. Чи толерантні Ви самі до себе та як розумієте термін «толерантність»?

5.4. Аргументуйте, чи змінилася (якщо так, то наскільки) Ваша толерантність упродовж навчання в медичному університеті.

Дякуємо за щирі відповіді!

ДОДАТОК А. 8
ДІАГНОСТИКА ЗДАТНОСТІ ДО ЕМПАТІЇ

Інструкція. Пропонуємо оцінити декілька тверджень. Для з'ясування рівня емпатійних тенденцій (вміння співпереживати) пропонується на кожне з 36 тверджень вибрати варіант відповіді та оцінити його: якщо Ви відповіли «не знаю» – 0 балів, за відповідь «ні, ніколи» додайте 1 бал, «подекуди» – 2, «часто» – 3, «майже завжди» – 4, «так, завжди» – 5.

Питальник

1.	Твердження	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»
2.	Мені більше подобаються книжки про подорожі, ніж книги з серії «Життя видатних людей».					
3.	Дорослих дітей дратує турбота батьків					
4.	Мені подобається розмірковувати про причини успіхів та невдач інших людей.					
5.	Серед розмаїття музичних напрямів віддаю перевагу «сучасним ритмам».					
6.	Несправедливі дорікання хворого треба терпіти, навіть якщо це відбувається роками.					
7.	Хворій людині можна допомогти навіть словом					
8.	Стороннім особам не слід втручатись у конфлікт між двома					
9.	Старі люди, як правило, безпідставно образливі.					
10.	Коли я в дитинстві я слухав сумну історію, на мої очі самі навертались					

	сльози.					
11.	Роздратований стан моїх батьків впливає на мій настрій.					
12.	Я байдужий до критики на свою адресу					
13.	Мені більш подобається роздивлятися портрети, ніж картини з пейзажами					
14.	Я завжди все вибачав своїм батькам, навіть якщо вони були неправі					
15.	Якщо кінь погано тягне, його треба підганяти					
16.	Коли я читаю про драматичні події в житті людей, то відчуваю, ніби це відбувається зі мною					
17.	Батьки ставляться справедливо до своїх дітей					
18.	Коли бачу підлітків або дорослих, що сперечаються, я втручаюсь у сварку.					
19.	Я не звертаю уваги на погані настрої своїх батьків					
20.	Я подовгу спостерігаю за поведінкою птахів, тварин, відкладаючи інші справи.					
21.	Фільми й книги можуть викликати сльози лише у несерйозних людей.					
22.	Мені подобається спостерігати за виразом обличчя і поведінкою незнайомих людей					
23.	У дитинстві я часто приносив додому					

	бездомних котів і собак.					
24.	Всі люди необґрунтовано злі.					
25.	Дивлячись на сторонню людину, мені хочеться вгадати, як складеться її доля.					
26.	У дитинстві менші за віком ніж я «ходили за мною по п'ятах»					
27.	Коли я бачу поранену тварину, завжди намагаюсь їй допомогти.					
28.	Людині стане легше, якщо уважно вислухати її скарги					
29.	Побачивши вуличну пригоду, я намагаюся не потрапити в число свідків					
30.	Меншим подобається, коли я пропоную їм свою ідею, справу або розвагу.					
31.	Люди перебільшують здатність тварин відчувати настрій свого хазяїна.					
32.	Із складних конфліктних ситуацій людина повинна виплутуватися самостійно.					
33.	Якщо дитина плаче, на те є свої причини					
34.	Молодь завжди повинна задовольняти будь-які прохання старих людей.					
35.	Мені б хотілося розібратися, чому деякі з моїх однокласників іноді були замріяні.					
36.	Безпритульних домашніх тварин треба відловлювати і знищувати					

37.	Якщо мої друзі починають обговорювати зі мною свої особисті проблеми, я намагаюсь змінити тему розмови.						
-----	---	--	--	--	--	--	--

Обробка та інтерпретація даних

Вам пропонується перевірити ступінь відвертості, з яким Ви відповідали. Якщо Ви відповіли “не знаю” на твердження №№ 3, 9, 11, 13, 28, 36, а також “так, завжди” на пункти №№ 11, 13, 15, 27, то не бажали бути відвертими самі з собою. Результатам тестування можна довіряти, якщо з усіх перерахованих тверджень Ви дали не більше трьох невідвертих відповідей. Далі пропонується підрахувати бали, отримані за відповіді на пункти №№ 2, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 32 та співвіднести їх зі шкалою розвитку емпатійних тенденцій.

Якщо Ви набрали від 63 до 90 балів – це достатній рівень емпатійності. У Вас хворобливо розвинене співпереживання. У спілкуванні Ви як «барометр» реагуєте на настрій співрозмовника, який ще не встиг сказати й слова.. Ви дуже вразливі. Ви чуйні до потреб довколишніх людей, великодушні, здатні вибачати. З непідробним інтересом ставитеся до людей, Вам подобається “читати” їхні обличчя. Ви швидко налагоджуєте стосунки, знаходите спільну мову. Довколишні цінують Вас за душевність. Ви намагаєтесь уникати конфліктів та знаходити компроміси. Адекватно сприймаєте критику. Оцінюючи події, Ви більше довіряєте почуттям та інтуїції, ніж аналітичним висновкам. Вас легко вивести із рівноваги. Слід звернути увагу на своє психічне здоров’я, адже Ви близькі до нервового потрясіння.

Від 37 до 62 балів – задовільний рівень емпатійності. Довколишні не можуть назвати Вас «товстошкірим», але водночас Ви не є дуже вразливою людиною. Під час спілкування уважні, намагаєтесь зрозуміти те, що було висловлено словами. Читаючи художні твори, переглядаючи фільми, Ви

більше слідкуєте за розвитком подій, ніж за переживаннями героїв. Ви відчуваєте певні труднощі у прогнозуванні стосунків між людьми.

11-36 балів – низький рівень емпатійності. Ви відчуваєте труднощі, не знаходите взаєморозуміння з довколишніми людьми. Ви дуже продуктивно працюєте індивідуально, але під час взаємодії маєте протилежний результат. З іронією ставитеся до сентиментальних проявів. Більше цінуєте людей за їх ділові якості, ніж за чуйність.

Додаток Б. 1

ПРОГРАМА СТУДЕНТСЬКОГО ГУРТКА «МІЖКУЛЬТУРНА ВЗАЄМОДІЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ»

Мета занять гуртка: сформувати теоретичні уявлення про сутність міжкультурної взаємодії, сформувати практичні навички міжкультурної взаємодії під час занять..

Завдання:

- Ознайомлення студентів із різноманітністю культур, національно-культурними особливостями їх представників;
- ознайомлення з видами взаємодії лікаря в полікультурному просторі;
- формування культури комунікативної поведінки лікаря в різних професійних ситуаціях;
- формування вмінь і навичок толерантного ставлення до представників різних культур;
- формування вмінь і навичок емоційної регуляції, розпізнавання емоційного стану довколишніх людей;;
- формування вмінь і навичок емпатії як важливої якості у професійній діяльності лікаря.

Структура занять

Тема занять	Інформаційно-пізнавальний етап	Практико-зорієнтований етап	Самостійно-творчий етап
Заняття 1. Знайомство	Ознайомлення студентів із метою, завданнями і програмою гуртка	Вправа «Знайомство», вправа «Хелло-бонжур!», Брейн-ринг «Чи знаєте Ви культуру і традиції різних країн світу» вироблення правил поведінки на заняттях гуртка, Вправа «Мої очікування»	Написання есе «Чому я обрав професію лікаря?»

Заняття 2. «Моя професія – лікар»	Круглий стіл: «ставлення до професії лікаря в різних країнах»	Вправа «Лікар – це...?» Обговорення есе «Чому я обрав професію лікаря?»	Групова робота: Складання колажу «Професійний портрет лікаря»
Заняття 3. «Спілкування»:	Круглий стіл: обговорення понять «спілкування», «професійне спілкування лікаря» «міжкультурне спілкування»	Тренінг міжкультурного спілкування: Вправи: : «Заверши речення»), «Культурні асоціації, «Студентське життя», «Групова картинка», «Відеоконкурс Вправи-ситуації,»	Інтерпретація афоризмів про медицину..
Заняття 4. «Взаємодія»: лікар»	Бесіда: Як Ви розумієте поняття «взаємодія»? чи відрізняється це поняття від поняття «спілкування»? «Як Ви розумієте сутність поняття «професійна взаємодія»? Із ким взаємодіють у професійній діяльності лікарі? У чому полягають особливості професійної взаємодії лікарів? Чи потрібна їм така взаємодія для досягнення професійних завдань? Чи можливо здійснювати професійну взаємодію без мотивації на досягнення успіху? Чи повинен лікар володіти міжкультурною взаємодією? лікаря. Де	Ігри-ситуації: «На прийомі в лікаря». «Іноземний пацієнт», «Відомий пацієнт (актор, політик, письменник, художник та ін.)», «Обхід хворих у палаті», «Розмова з медичною сестрою (наприклад, яка не виконала вказівок лікаря)», «Взаємодія з родичами складного хворого, який належить до іншої культури» «Консиліум», «На операції» «Міжнародна конференція», «Порада від лікаря іншої країни». «На	Написання есе «Я в полікультурному світі»,

	і коли вона може проявлятися?»	прийомі в лікаря». «Іноземний пацієнт», «Відомий пацієнт (актор, політик, письменник, художник та ін.)», «Обхід хворих у палаті», «Розмова з медичною сестрою (наприклад, яка не виконала вказівок лікаря)», «Взаємодія з родичами складного хворого, який належить до іншої культури» «Консиліум», «На операції» «Міжнародна конференція», «Порада від лікаря іншої країни».	
Заняття 5 «Полікультурність»:	Круглий стіл: обговорення понять «Полікультурний простір» «Полікультурне середовище» Чи потрібно створювати в медичному закладі полікультурне середовище? Чому? Яким чином.	Презентація проекту «Міжнародні організації лікарів»	Групова робота: «Створення Колажу «Імідж лікаря в полікультурному просторі»
Заняття 6. «Розмаїтість культур».	Круглий стіл «Культурно-національні особливості різних країн. Вплив релігії на медицину.»	Презентація проекту «Віртуальна екскурсія країнами світу» Конкурс: «Вгадай країну за картинками».	Інтерпретація прислів'їв про лікарів і здоров'я
Заняття 7.	Бесіда: Що ми знаємо	Вправи: «Я і моя	Твір-роздум

«Діалог культур»	про діалог культур? Де проявляється діалог культур? Чи використовується діалог культур у професійній діяльності лікаря?	ідентичність», «Слон і сліпі», «Стіна слави», «Діалог – це не...» «Діалог в акваріумі» «Значення міміки та жестів», «Діалог через оповідання історій» гра «Розслідування культур» «Театр-форум»	«Співпраця лікарів у подоланні найжахливіших хвороб людства».
Заняття 8 «Комунікативна взаємодія лікаря»	Бесіда: «Роль комунікативних умінь у професійній діяльності лікаря». Обговорення Комунікативної поведінки лікаря в різних професійних ситуаціях (з пацієнтами, їхніми родичами, колегами, медичним персоналом тощо)	Комунікативний тренінг: Вправи: «Виступ», «Розповідь», Вправа «Складна ситуація», «Ні-діалог», «Так-діалог» «Перефразування», Вправа «Крізь скло», «Уміння уважно слухати», «Ага, угу, і що ти..?» «Подарунок», «Ігри-комунікації»	Групова робота: Придумати рекламу щеплення Ковід-19 Термінологічний словник
Заняття 9. «Емоційна саморегуляція»	Бесіда: Що означає «бути емоційно компетентною людиною»? Для чого потрібно вміти управляти емоціями? Чи кожна людина може бути емоційно компетентною? Які з вказаних умінь можете опанувати, якщо захочете? «роль емоцій і почуттів у професійній діяльності лікаря» Чи повинен лікар	Тренінг емоційної саморегуляції Вправи: «Словник емоцій та почуттів», «Передай одним словом», «Експресія емоцій», «Вгадай емоцію», «Вгадай фігуру», «Мое уявлення», «Інтенації», «Невербальні емоції», «Емоції та тіло» «Зобрази	Твір-роздум «Яку роль емоції лікаря відіграють у лікуванні хворих»

	демонструвати свої емоції і почуття під час спілкування? Яким чином можна керувати своїми емоціями? Як впливати на емоційний стан іншої людини? Чи потрібно це робити?	емоцію», «Передай гримасу по колу», «Скептики й оптимісти», «Дотик», «Групова картинка», «Коло», «Мінливий світ», «Чарівна крамниця»	
Заняття 10. «Толерантність»	Бесіда: «Чи важлива толерантність у професійній діяльності лікаря» Наведіть приклади прояву інтолерантності. У чому вона виявляється?	Вправи «Емблема толерантності», «Європейський потяг» «Встановлення контактів» Гра «Невідомі світи»	Твір-роздум «Чи повинен лікар бути толерантним?»
Заняття 11. «Емпатія»	Бесіда: «Роль емпатії у професійній діяльності лікаря»	Дискусія «Евтаназія: прояв емпатії чи вбивство», Вправи: «Зрозумій іншого», «Почуття», «Образ людини»	Твір-роздум «Емпатія як важлива якість лікаря»
Заключне заняття	Підведення підсумків «Чого я навчився під час занять у гуртку»	Наказ майбутнім гуртківцям.	

Заняття 1. «Знайомство» (2 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: ознайомлення студентів з метою, завданнями та програмою гуртка. Вироблення правил поведінки на заняттях гуртка

Практико-зорієнтований етап: Проведення вправ «Презентація», «Бонжур! Хелло!», Брейн-ринг «Чи знаєте Ви культуру і традиції різних країн світу»

Самостійно-творчий етап: Написати есе «Чому я обрав професію лікаря?»

Заняття 2. «Моя професія – лікар» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: «Ставлення до професії лікаря в моїй країні. Студенти обмінювалися інформацією про те, наскільки значущою і важливою є професія лікаря в їхній країні, наводили приклади. Головною умовою було те, щоб студенти однієї країни не повторювалися, наводили різні аргументи і приклади,»

Практико-зорієнтований етап: Вправа «Бути лікарем – це...» (обговорення есе «Чому я обрав професію лікаря?»)

Самостійно-творчий етап: *групова робота* «Складання колажу «Професійний портрет лікаря»

Заняття 3. «Спілкування» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Круглий стіл: обговорення понять «спілкування», «професійне спілкування лікаря» «міжкультурне спілкування» Роль спілкування у професійній діяльності лікаря.

Практико-зорієнтований етап: Проведення тренінгу міжкультурного спілкування в ході якого студентам пропонувалося виконання таких вправ :

Самостійно-творчий етап: Інтерпретація афоризмів про медицину.

Заняття 4. «Взаємодія» (4 години):

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: Як Ви розумієте поняття «взаємодія»? чи відрізняється це поняття від поняття «спілкування»? «Як Ви розумієте сутність поняття «професійна взаємодія»? Із ким взаємодіють у професійній діяльності лікарі? У чому полягають особливості професійної взаємодії лікарів? Чи потрібна їм така взаємодія для досягнення професійних завдань? Чи можливо здійснювати професійну взаємодію без мотивації на досягнення успіху? Чи повинен лікар володіти міжкультурною взаємодією? лікаря. Де і коли вона може проявлятися?»

Професійно-зорієнтований етап: Кейс-стаді: Ситуації професійної

взаємодії

Заняття 5 «Полікультурність» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: обговорення понять «Полікультурний простір» «Полікультурне середовище» Чи потрібно створювати в медичному закладі полікультурне середовище? Чому? Яким чином.

Професійно-зорієнтований етап: Презентація проекту «Видатні лікарі світу», Вправи «Культурні асоціації» «Вгадай країну» «Психологічний портрет» «Християни-мусульмани»

Самостійно-творчий етап: Створення колажу «Імідж лікаря в полікультурному просторі»

Заняття 6. «Розмаїтість культур» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: «Культурно-національні особливості різних країн. Вплив релігії на медицину».

Практико-зорієнтований етап: Презентація проекту «Культура країн світу»

Самостійно-творчий етап: Інтерпретація прислів'їв про лікарів і здоров'я

Заняття 7. «Діалог культур» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: Що ми знаємо про діалог культур? Де проявляється діалог культур? Чи використовується діалог культур у професійній діяльності лікаря? Бесіда: Що ми знаємо про діалог культур? Де проявляється діалог культур? Чи використовується діалог культур у професійній діяльності лікаря?

Практико-зорієнтований етап: Презентація проекту «Міжнародні організації лікарів»

Самостійно-творчий етап: Підготовка реферату «Співпраця лікарів у подоланні найжахливіших хвороб людства».

Заняття 8. «Комунікативна взаємодія лікаря» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: «Роль комунікативних умінь у професійній діяльності лікаря». Кейс-стали: обговорення комунікативної поведінки лікаря в різних професійних ситуаціях (з пацієнтами, їхніми родичами, колегами, медичним персоналом тощо)

Практико-зорієнтований етап: Вправи: «Виступ», «Розповідь», «Складна ситуація», Вправа «Перефразування», «Уміння уважно слухати», «Ага, угу, і що ти..?» «Подарунок», «Ігри-комунікації»

Самостійно-творчий етап: Групова робота: Придумати рекламу щеплення Ковід-19

Заняття 9. «Емоційна саморегуляція» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: «роль емоцій і почуттів у професійній діяльності лікаря»: Чи повинен лікар демонструвати свої емоції і почуття під час спілкування? Яким чином можна керувати своїми емоціями? Як впливати на емоційний стан іншої людини? Чи потрібно це робити?

Практико-зорієнтований етап: Тренінг емоційної саморегуляції: Вправи «Словник емоцій та почуттів», «Передай одним словом», «Експресія емоцій», «Вгадай емоцію», «Вгадай фігуру», «Мое уявлення», «Інтонанції», «Невербальні емоції», «Емоції та тіло» «Зобрази емоцію», «Передай гримасу по колу», «Скептики й оптимісти», «Дотик», «Групова картинка», «Коло», «Мінливий світ», «Чарівна крамниця»

Самостійно-творчий етап: Твір-роздум «Яку роль емоції лікаря відіграють у лікуванні хворих»

Заняття 10. «Толерантність» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: «Чи важлива толерантність у професійній діяльності лікаря» Наведіть приклади прояву інтолерантності. У чому вона виявляється?

Практико-зорієнтований етап: Вправи «Емблема толерантності», «Європейський потяг» «Встановлення контактів» Гра «Невідомі світи»

Самостійно-творчий етап: Твір-роздум «Чи повинен лікар бути толерантним?» Твір-роздум «Чи повинен лікар бути толерантним?»

Заняття 11. «Емпатія» (4 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Бесіда: «Роль емпатії у професійній діяльності лікаря»

Практико-зорієнтований етап: Дискусія «Евтаназія: прояв емпатії чи вбивство»

Самостійно-творчий етап: Твір-роздум «Емпатія як важлива якість лікаря»

Заняття 12 (Заключне) (2 години)

Інформаційно-пізнавальний етап: Груповий аналіз роботи педагогічного гуртка: Який досвід Ви отримали під час занять педагогічного гуртка? Що нового дізналися про себе, про своїх однокурсників? Які висновки зробили? Що було найбільш цікавим? Що найбільше сподобалося? Що б ви покращили?

Професійно-зорієнтований етап: проводилися вправи: «Комплімент» (усі учасники обмінювалися компліментами), «Побажання» (учасники по черзі висловлювали свої побажання групі на майбутнє).

Додаток Б. 2

БРЕЙН-РИНГ « ЧИ ЗНАЄТЕ ВИ КУЛЬТУРУ І ТРАДИЦІЇ КРАЇН СВІТУ?»

Інструкція: Студенти розподіляються на команди, кожна з яких складається з представників різних країн, обирається назва команди і капітан.

1 ТУР «БЛІЦ-ТУРНІР»

Завдання команд: швидко і правильно дати відповіді на запитання. Виграє та команда, яка надасть більше правильних відповідей.

1. Назвіть країну-банкيرا всієї планети (*Швейцарія*).
2. Яка держава найбільша в Південній Америці? (*Бразилія*)
3. Назвіть батьківщину Олімпійських ігор і марафонського бігу (*Греція*)
4. В якій африканській найбільша численність населення? (*Нігерія*)
5. Яку країну можна назвати «молочною фермою Європи»? (*Швейцарію*)
6. Яку корисну функцію виконує Статуя Свободи в США? (*Статуя Свободи є маяком*)
7. Звідки пішло слово «газета»? (*З Італії*).
8. Найбільша народжуваність Як стверджується в Книзі рекордів Гінесса, спостерігалася в Кенії у 1980-х роках. А в якій країні найменша народжуваність? (*У Ватикані (дорівнює нулю)*).
9. про жителів цієї країни говорять, що вони народжуються із лижами на ногах (*Норвегія*).
10. В якій країні можна купити слона за найнижчою ціною? (*У Зімбабве*).
11. Яка країна подарувала світові видатного казкаря, автора «Снігової королеви» і «Бридкого каченя»? Як звали письменника? (*Ганс Християн Андерсен, з Данії*).
12. Країна оливкової олії? (*Ізраїль*)
13. В якій країні прийнято подавати на стіл живу рибу, яка ще стрибає? (*В Лаосі*).
14. Яка країна є батьківщиною танців краков'як, полонез і мазурка?. (*Польща*).

15. В якій країні жінки носять сарі? (*Індія*)
16. Назвіть країну, на території якої зосереджено чверть світових запасів чернозему. (*Україна*)
17. У 1400-х роках у цій країні жив прототип Дракули – князь Влад Тепес. Що це за країна? (*Румунія*)
18. Половину території якої країни Північної Європи займають ліси? (*Швеція*)
19. яка країна знаменита парфумами, винами і є центром світової моди? (*Франція*)
20. Яка держава вважається найбільшим споживачем золота і ювелірних прикрас у світі? (*Саудівська Аравія*)
21. Батьківщина Мануїла Канта и Людвіга ван Бетховена. (*Німеччина*)
22. Як в Італії називається свято (прощання з м'ясом (*Карнавал*)).
23. В якій країні «народилися» арабські цифри? (*Індія*)
24. В якій країні найпопулярніший транспорт – велосипед? (*В Данії*).
25. Яка країна щороку організовує єдине у світі свято з'їзд колдунів? (*Мексика*).

2 ТУР «КРАЇНИ І РЕЛІГІЙНІ СВЯТА»

Відповідає капітан команди або та людина, якій надається слово. У разі неправильної відповіді право відповіді надається іншій команді

1. Буддійські свята зобов'язані принцу, який до 29 років жив у розкоші і задоволеннях, а опинившись за межами палацу, побачивши страждання і злидні простого народу, вирішив шукати засіб від страждань і горя. У Китаї, Японії, Шрі-Ланки і Таїланді відзначають деякі особливі свята, які не відзначають більше ніде у світі. Так, наприклад, в Японії відзначається Хана - мацурі, присвячена дню народження Будди. Інша назва – Свято квітів. А що в цей час неймовірно красиво квітне кілька днів, що є символом цього свята? (*Сакура, Японська вишня*)
2. Іудійські свята нерозривно пов'язані с його релігією. Новий рік в Ізраїлі

відзначається у вересні – жовтні, а в перші два вечори Пасхи (Пейчах) влаштовується особлива трапеза – седер: на стіл подаються страви, які нагадують про історію визволення євреїв з єгипетського рабства. Гіркі трави і солоня вода, що символізують сльози рабства, а також маца (прісний хліб, або опрісноки) єдина їжа, яку змогли захватити із собою євреї, втікаючи з Єгипту. Одне з найважливіших єврейських свят – Шабат, день відпочинку, коли забороняється будь-яка праця. На який день тижня припадає це свято? (*Субота*).

3. Християнські свята відзначають не менше двох мільярдів людей у світі. Священна книга християн – Біблія. Перша її частина, Старий заповіт, прийшла з іудаїзму, а друга, Новий Заповіт, складається із творів ранніх християн. У 11 – 16 ст. християнська церква розділилася на католицьку, православну та протестантську віру. Найголовніше свято відзначається тому по різному: Римсько-католицька церква святкує 25 грудня, а Православна і протестантська – 7 січня. Про яке свято йде мова?(Різдво).
4. Рамадан (місяць посту і молитв), Ід аль-адха (Свято жертвних тварин), Ід аль-фітр (Свято розговіння), Маулід ан-набі (день народження Муххамеда), Лейлят– ал-бараа (Ніч всепрощення, випадає на місяць, попередній Рамадану) – все це мусульманські свята. Саме слово «мусульмани» – перекладається як «ті, що підкорилися Аллаху». А Як називається віра мусульман, що в перекладі звучить як «смирненість»? (*Іслам*)
5. Китай – країна трьох релігій: буддизму, даосизму и конфуціанства. Кожна звертається до різних аспектів життя людини, доповнюючи дві інші і не су перечуючи їм, отже китайці можуть сповідувати всі три. Тому багато релігійних свят можуть відзначатися всім населенням Китаю. Саме в Китаї зародився звичай дарувати один одному розфарбовані курині яйця і влаштовувати півнячі бої, а також гойдатися на гойдалках на свято Цинмін. У цей день прийнято відвідувати могили померлих родичів, приносити їм жертвні наїдки – вино і смачну їжу, спалюючи в дар

душам пачку особливих жертвних грошей. . Свято Цинмін, одне з найдавніших, бере свої звичаї з віри в те, що душі померлих оберігають молоде насіння і тим самим допомагають своїм нащадкам, що живуть ростити врожай. А як називається подібне свято в Україні? (*Батьківський день*)

6. Японці поклонялися численним богам і духам, у тому числі духам своїх предків і духам тварин, рослин, гір и морів. У цілому, нараховувалося біля восьми мільйонів об'єктів поклоніння. Їх називали камі («боги», «духи»), а релігія – камі-но-мічі. Пізніше релігія японців отримала назву «синто». Багато японських свят присвячені природі і дітям, яких дуже люблять і пестять. Свято ляльок, або свято цвітіння персика, або Хіна – мацурі, коли створюють різних ляльок і вдягають їх у найкрасивіше вбрання, зберігаючи вдома на полицях, присвячене саме їм. Кому? (*дівчатам*).
7. Сикхизм склався в Індії, Пенджабі у 16 столітті, засновником якого був гуру (тобто «учитель», «наставник») Нанак, який одночасно вивчав індуїстські священні книги та ісламський Коран. Ставлячи під сумнів традиції й обряди обох релігій, він захотів сам знайти істину та знання. Вчення гуру Нанака дуже вплинуло на всю історію Північної Індії. Сикхські свята практично всі пов'язані з видатними учнями гуру і гуру Нанак. У заснованому в 1699 році Братстві чистих, ті, хто вступив вступивши повинні були дотримуватися п'ятох правил: носити короткий меч, сталевий браслет, штани особливого крою, гребінь. А що було п'ятим правилом, пов'язаним із зовнішністю? (*Носити довге волосся і бороду*)
8. У давнину в багатьох країнах існувала традиція: раз на рік, саме в цей день, влаштовувати своєрідне свято непослуху для дорослих, коли люди могли безкарно висміювати своїх правителів, порушувати повсякденні правила поведінки, виплескувати свої негативні емоції. Подекуди навіть призначали Короля дурнів, або, або Короля блазнів, який повинен був

стежити за тим, щоби його «піддані» порушували всі правила і робили все навпаки. У цей день одягалися в маски, так було безпечніше бешкетувати. «Квітнева риба» риба»– у Франції, «День Дурнів», – в Англії, в Азії – «День жартів, розігрувань і сміху». Ви легко згадаєте це свято, враховуючи те, що воно проводиться кожного року в Одесі і є одним із найулюбленіших. (1 квітня, День сміху).

3 ТУР «КОНКУРС КАПИТАНІВ»

У цьому конкурсі право відповідати надається капітанам, які виходять вперед перед своїми командами. хто першим дасть правильну відповідь, тій команді зараховується бал

1. Представники індонезійського острова Балі приводять себе в сильне збудження, притискаючи до грудей гострі кинджали, Північноамериканські представники шалено танцюють і співають, здійснюючи ритуал з отруйними зміями. Деякі представники азійських країн у процесі камлання та куріння, що супроводжується співом і ударами в бубен, впадають в екстатичний стан, що нагадує танцювальну манію в середньовічній Європі. Ці люди, як вважають ескімоси, повинні володіти не лише даром отримувати відповідь від духів, але й лікувати людей, відповіді у духів, але й лікувати людей, передбачати погоду та підходящий час для подорожі та полювання. Якути вірять, що вони зберігають свою душу в тілі тварини, що ховається від людей. Раз на рік, коли тануть сніги, ці тварини можуть виходити із сховища, але бачити можуть тільки вони. Найсильнішими є ті, чиї душі зберігаються в сильних тваринах, наприклад, орлах чи ведмедях. Найслабкіші зберігають душі в собаках. Про кого йдеться? (*Шамани, контакт з духами*).

2. Практика чаклунства, особливо чорної магії, що притаманна цій секті, перетворила його на зловісний культ. наприкінці 17 століття цей культ існував тільки на Гаїті, а тепер проник на Кубу, Ямаїку и Бразилію. Подібно іншим віруванням, цей культ ґрунтується на міфах і магії. Його послідовники вірять, що за допомогою магичних ритуалів можна викликати душі померлих

для благословіння або прокляття живих. Ритуальні танці відіграють значну роль у святах та церемоніях під акомпанемент барабанів. Танцюристи рухаються взад-вперед, шаркаючи ногами, и трясуться всім тілом, обертають очима і монотонно співають якісь слова, іноді доводячи себе до несамовитого стану, що призводить до появи піни на губах. (*Вуду*)

3. У давній Месопотамії для цього використовувалися нутроці жертвних тварин. В Єгипті та інших арабських країнах до цього часу використовують «зайгре», або магічний квадрат. Колесо Фортуни також дає вельми точні відповіді, для цього достатньо доторкнутися булавкою із закритими очима спочатку до знаку зодіаку, а потім до однієї із цифр і в такий спосіб отримати відповідь на запитання. А в Китаї взагалі покладалися на сні – вони сприймалися як одкровення богів, а не як результат діяльності нервових клітин. (*Прорікання, предсказання майбутнього*)

4. Давні люди боялися дивитися у водойму, щоб не побачити щось, про що вони не хотіли знати. У давній Індії вірили, що побачити своє відображення у воді – дурний знак, а для давніх греків це взагалі було передвісником смерті. Це пов'язано з тим, що ці люди через відбиваючу гладь, чи то дзеркало, чи вода чи кристальна куля, отримували відомості від потойбічного світу. Пізніше до ритуальної атрибутики додалися карти Таро, як передбачається, взятої із Священної Книги Тота, давньоєгипетського бога мудрості.(*ворожки*)

5. Ці люди мають ряд церков. Вони не танцюють и не стукають у бубни: їм достатньо декілька учасників навколо столу. Впадаючи в транс, вони викликають душу померлого і відповідають на запитання, які ставлять люди, що сидять поруч. Перебуваючи в трансі, виступають своєрідним посередником, відповідаючи так, ніби душа говорить його вустами (*Медіуми, спіритисти*).

4 ТУР» ГОНКА ЗА ЛІДЕРОМ»

У цьому конкурсі надається право на відповідь тій команді, члени якої першими підіймуть руку і дадуть правильну відповідь.

1. Ацтеки користувалися послугами астролога, обираючи *це* за положенням зірок. У М'янмі *це* залежить від дня тижня, а на острові Балі *це* взагалі повинно бути єдиним у своєму роді, а тому найчастіше являє собою набір літер, і воно настільки унікальне, що його знає лише правовласник У племені навахо Північній Америці дочкам дають *це* мати або близька родичка, а синам – батько. А на острові Борнео *це* не роблять протягом трьох років життя дитини, щоб не привертати уваги духів. (*Ім'я дитини*).

2. У деяких племенах існує незвичний звичай, що називається «висиджуванням», суть якого полягає в тому, що як тільки чоловік дізнається про вагітність своєї дружини, він лягає на и дотримується постільного режиму до появи дитини на світ. У цей час майбутня мати, навпаки, продовжує займатися хатніми справами і не залишає їх аж до пологів. Чому жінки дозволяють чоловіка лежати в ліжку, поки самі працюють і виношують дитину? Тому що вони вірять, що чоловіки розумніші і сильніші фізично за них. У чому допомагає поєднання розуму і сили чоловіків? (*Відганяти злих духів*).

3. За єврейськими традиціями перед першим відвідуванням цього закладу дітям дають ложку меду, тим самим скрашуючи неприємні враження від нового світу, а в Японії навпаки, одягають у найкращий одяг і влаштовують урочисту церемонію, по завершенні якої діти фотографуються. Що це за подія? (*Початок навчання в школі*)

4. У деяких народів існує повір'я, що пов'язане з переступанням порога дому після весілля. Поріг вважається найбільш небезпечним місцем, оскільки там ховаються злі духи. В Європі подолати цю перешкоду допомагає чоловік, крім того, є й інша причина цього: наречена довгій сукні ризикує оступитися на порозі свого нового дома и навіть впасти а це зовсім негарно! Що це за звичай? (*перенесення нареченої через поріг дома на руках*).

5. Як і в Японії більшість браків у мусульман влаштовують батьки. В Саудівській Аравії заохочуються браки між двоюрідними братами і сестрами, оскільки вони сприяють зміцненню і збільшенню сім'ї, проте вирішальне слово залишається за людиною, здатною відмінити весілля або навпаки провести її. Хто ця людина? (*Наречена*)

6. У багатьох індіанських племенах виконували для цього танок змії, вважаючи що змії мають здатність викликати *це*. У Бірмі, Камбоджі і на Молукських островах існував звичай перетягування канату. Дві групи людей щосили тягнули канат в різні сторони, намагаючись створювати при цьому якомога більше галасу. Уважалося, що боги, роздратовані цим галасом пошлють *це*. А деякі африканські племена вірили, що в том цьому їм може допомогти чаклун чи знахар, і ті помагали, передбачливо будуючи житло на схилах високих холмів і маючи можливість своєчасно помічати початок процесу для цього природного явища. Що це за явище? (*Дощ*)

7. У Румунії новонароджених дітей купають у гарячій воді і посипають лоб попелом, а воду після купання обережно виливають. На півночі Іспанії батько переплигує через немовля, що лежить на підлозі. В Ірландії батько повинен бути поряд з немовлям кілька днів. Австралійські аборигени, обкурюючи дитину, виконують обряд її захисту силою землі, яка захована в листі і деревині дерева конкербері. У Греції прибиралися з дому з новонародженим усі дзеркала. А в Індії для надійного захисту під ліжко матері клали ніж. З якою метою все це виконується? (*Захист від злих духів*)

8. У Марокко наречена, щоб уникнути пристриту всю церемонію одруження тримає очі закритими. Уважається, що духів можна надурити зобразивши весілля з «фальшивою нареченою». Китайські наречені можуть сховатися в ящику, поки, паланкін буде везти їх до дому нареченого. В Естонії роль нареченої виконує її, А в північній Індії наречений грає весілля з деревом і поки злі духи накидаються на дерево, наречений втікає і заключає справжнє одруження. Яка традиція дійшла до наших днів оберігати наречену Україні? (*фата нареченої також слугує оберегом – духи не можуть*

роздивитися наречену до того часу, доки наречену не об'єднають з чоловіком узами браку)

9. У Китаї до цього часу будь-який забезпечений чоловік повинен мати сина, який продовжить чоловічу лінію сім'ї і буде почитати душі предків. Якщо у такого чоловіка немає сина, він може зробити це яким чином? (Усиновити хлопчика по батьківській лінії)

10. Всі відомі привілейовані школи Великої Британії, а також деякі європейські і американські школи мають відмінний знак, який інші представники цієї соціальної групи легко розпізнають. Навіть після закінчення школи вони можуть носити це і не потребують формального представлення, визначаючи одразу, яке положення займає кожний із них у суспільстві. Члени закритих клубів і колишні військові елітних полків також носять це, що виділяє їх володарів як представників певної соціальної групи. А тих, хто намагається отримати положення в суспільстві, але не мають на це права зневажать. Про що йдеться? (Краватки)

11. З цим пов'язано багато звичаїв і забобонів, стара англійська приказка говорить: «Подав *це* – приніс біду», вважаючи поганою прикметою передання *цього* близькій людині. В арабських країнах людина, з якою ви їсте разом *це*, ставала найкращим другом назавжди. Найсвятіші та непорушні зобов'язання у давніх євреїв називалися «заповітом *цього*». Розсипати *це* – не буде добра. А в деяких регіонах Європи люди до цього часу посипають поріг нового дому *цим*, щоб злякати злих духів. Про що йдеться? (Сіль)

12. За легендою одного разу дехто проходив повз будинку трьох дуже бідних сестер і кинув їм у димар кілька монеток. Монетки потрапили в шкарпетки, які сестри повісили сушитися біля вогню. Вранці дівчата знайшли монетки і деякий час мали можливість покращити на деякий час своє тяжке становище. Як звали того, хто зробив такий подарунок? (Санта Клаус)

13. В Уельсі над порогом дома підвішують обвуглену баранячу лопатку і з нетерпіння чекають гостя. Іноді над животом жінки підвішують

обручку і спостерігають за її траєкторією. Переважання в їжі також дають відповіді. Для чого це робиться? (*щоб дізнатися стать дитини*).

14. В Україні існує кілька прикмет, якими користуються рибалки до цього часу. Так, не можна сидіти на перевернутому відрі, не можна брати із собою жінку на рибалку, не можна вживати рибу, не можна міняти вудочки під час рибної ловлі. Чому? (Не буде улову)

15. В Японії гучне «хлюпання» и прицмокування при поїданні супу – лапші. В Узбекистані і Таджикистані після прийому їжі – відрижка. З'їсти їжу в деяких африканських племенах, сховавшись в якомусь затишному куточку так, щоб ніхто не бачив Як ми це називаємо? (*Правила культурної поведінки*)

Додаток Б. 3

ТРЕНІНГ МІЖКУЛЬТУРНОГО СПІЛКУВАННЯ

Вправа: «Заверши речення».

Мета вправи: розвиток комунікативних умінь, умінь слухати інших людей. Студентам надається 20 хвилин на роздуми, щоб завершити такі речення:

1. На мою думку, ефективне спілкування – це коли.....
2. Як на мене, гарний співрозмовник – це той
3. Найбільше мені подобається / не подобається спілкуватися з представниками однакових культур...
4. Мені подобається / не подобається спілкуватися з представниками інших культур, тому що
5. У процесі спілкування необхідно ...
6. Я боюся спілкуватися, тому що ...
7. Якщо я не розумію поведінку співрозмовника, я ...
8. Якщо я не досяг мети спілкування, тоді ...
9. Мені завжди цікаво, як відреагує співрозмовник, тому що ...
10. Якщо мені не цікава розмова, я ...
11. Я вважаю, що у спілкуванні мовні норми
12. Уживання жестів у розмові
13. У мене виникають труднощі у спілкуванні, тому що ...
14. Я хотів би, щоб мій співрозмовник ...

Після закінчення вправи проводиться обговорення: чи були однакові закінчення речень чи всі вони завершувалися по-різному Чому?

Чи згодні ви із запропонованими завершеннями іншими студентами?

Які завершення вам сподобалися більше? Які завершення не сподобалися?

Вправа «Психологічний портрет».

Мета: розуміння культурно-національних особливостей різних народів; обізнаність із механізмами толерантної поведінки, розвиток емоційного

інтелекту.

Необхідні матеріали: перелік прикметників, що є «психологічними портретами» різних народів, одержаних у реальних дослідженнях:

- 1) щедрий, терплячий, простодушний, неорганізований, широка натура, любить випити, справедливий, відкритий;
- 2) ввічливий, стриманий, педантичний, нетовариський, незворушний, консервативний, акуратний, чесний, витончений;
- 3) агресивний, жадібний, злопам'ятний, ледачий, нахабний, нечесний, аморальний, грубий;
- 4) елегантний, галантний, балакучий, брехливий, обов'язковий, розпусний, скупий, легковажний, розкутий;
- 5) акуратний, педантичний, виконавчий, економний, нецікавий, в'їдливий, стриманий, наполеглива, працездатний;
- 6) талановитий, добрий, справедливий, працьовитий, веселий, сильний, упевнений у собі, чесний;
- 7) гордий, вірний традиціям, поважає старших, мстивий, гостинний, злегка зарозумілий.

Студенти отримують ці переліки з інструкцією відгадати, кого мали на увазі респонденти, даючи такі описи. Після того, як усі висловлять свою думку, викладач розкриває «таємницю», яка полягає в тому, що описи під номерами 3 і 6 є вигаданими. Опис 3 – це набір лише негативних якостей, а опис 6 – лише позитивних. Зазвичай, думки за цими описами розходяться, що й демонструє проєктивність і недостатню істинність стереотипів.

Вправа «Студентське життя».

Мета вправи: навчитися складати діалог з представниками різних країн, розвиток комунікативних умінь,

Хід вправи:

Студентам пропонується скласти діалог на тему «Студентське життя». Студенти розбиваються по парах. Завдання: Дізнатися якомога більше

інформації про навчання, вільний час та студентські організації. Студент А – мешканець України, Студент Б – іноземець, що приїхав на навчання до України

Вправи-ситуації.

Мета вправи: розвиток мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі, розвиток комунікативних умінь і вмінь створювати діалоги з представниками інших культур.

Хід вправи: Студенти розділяються на групи, в кожній з яких є представники різних країн. Кожна з груп отримує картки з пропонованими ситуаціями. Умовою виконання вправи є те, що в запропонованих ситуаціях лікар і пацієнт належать до різних культур.:

Ситуація 1. «Консультація безплідної сімейної пари, де кожний з партнерів перекладає «провину» на іншого».

Ситуація 2 «Пацієнт (інтроверт) з хронічними захворюваннями».

Ситуація 3. «Пацієнтка, метою візиту якої було запросити лікаря на чашечку кави».

Ситуація 4. «Розлючений пацієнт, що витратив значний час в очікуванні прийому лікаря».

Ситуація 5. «Лікар, який не звертає уваги на хворого, зайнятий сторонніми питаннями».

Вправа «Відеоконкурс».

Мета вправи: Підвищення обізнаності з національно-культурними особливостями різних країн із національно-культурними особливостями різних країн, розвиток позитивної мотивації на професійну діяльність у полікультурному середовищі

Хід вправи: Вправа проводиться у форматі конкурсу. Студенти розподіляються по командах, яким пропонується переглянути відеоматеріал (уривки документальних або художніх фільмів, серіалів, новин, ток-шоу, відеороликів, пов'язаних із професійною діяльністю лікаря в різних країнах) і

завдання, яке вони повинні були виконати. Виграла та команда, яка найбільш точно і правильно виконала завдання. Такими завданнями були:

Завдання 1: Студентам пропонується переглянути короткий сюжет без звуку і вгадати, в якій країні відбувалася подія і про що говорять персонажі та відтворити (обіграти) діалог персонажів, як вони його зрозуміли. Виграла та команда, яка найбільш точно відтворила персонажів.

Завдання 2: майбутнім лікарям пропонується прослухати звуковий супровід відео-сюжету без зображення. Їхнім завданням було звернути увагу на інтонації персонажів і звукові ефекти. Надалі вони повинні були відповісти на такі запитання: Де відбувається дія? Скільки дійових осіб Ви можете назвати? Що вони роблять? Як вони одягнені? тощо.

Завдання 3. Студентам пропонуються аркуші з рядками діалогу та іменами персонажів. Перегляд сюжету проводиться без звуку. Майбутні лікарі повинні відгадати, які слова якому персонажу належать. Надалі відбується перегляд зі звуком і відзначається, наскільки правильно майбутні вчителі виконали завдання.

Завдання 4. Студенти, переглядаючи відео без звуку, повинні стежити за жестами і мімікою учасників сюжету. Їхнє завдання – скопіювати міміку і жести персонажа й інтерпретувати побачений діалог. Виграє та команда, яка більш правильно інтерпретує побачене в сюжеті.

Завдання 5. Студентам демонструється відео-сюжет зі звуком. Завданням команд було придумати біографію персонажів, оцінюючи їхній характер, соціальний статус, рівень освіченості за характеристиками мовлення, поведінки і комунікативно культури.

Завдання 6. Командам пропонується простежити за одним із персонажів із відео-сюжету. Після чого вони переглядали завершений уривок із діалогом персонажів. Завданням для команд було скласти внутрішній діалог цього персонажа, ґрунтуючись на його реакціях, міміці, жестах.

Додаток Б. 4

КОМУНІКАТИВНИЙ ТРЕНІНГ

Метою тренінгу є розвиток комунікативних умінь студентів, умінь слухати один одного, розвиток навичок прийому й передання невербальної інформації в ситуаціях міжособистісної взаємодії

Вправа: «Виступ».

Студентам упродовж 5 хвилин пропонується підготувати однохвилинну промову на одну з тем: Кожному з учасників необхідно підготувати однохвилинну промову на одну з тем:.

- «Найбільш незвичний подарунок, який ви дарували або отримували необычний подарок, который вы дарили или получали»
- Найсмійніша історія, яка з вами трапилася.

Після того, як виступили всі студенти, відбувається обговорення: Які готувалися до промови? Як ви оцінюєте свій виступ? Яка промова вам сподобалася найбільше? Чому? Яка промова не сподобалася? Чому?

Вправа «Розповідь».

Група розподіляється на пари. Партнерам необхідно розповісти один одному про спільних знайомих, не називаючи і не оцінюючи їх. Висловлювання мають бути близькі до опису, можна допомагати собі невербальними засобами спілкування (жести, міміка, поза, хода тощо. Інші студенти повинні відгадати, про кого йдеться.

Обговорення: Які були труднощі під час опису? Що допомагало уникнути оцінних висловлювань? Чи легко було здогадатися, кого описували студенти? Які нові якості ви в собі відкрили?

Вправа «Складна ситуація».

Мета: розвиток комунікативних умінь студентів, умінь працювати в команді

Учасники розподіляються на міні-групи по 3–4 особи. Ведучий На проекторі демонструється слайд на якій зображено складної певну ситуацію ситуації. Група повинна за 35 хвилин придумати історію до цієї ситуації знайти рішення проблеми (або кілька варіантів). Пропоновані ситуації:



Вправа «Ні-діалог».

Ведеться діалог між двома учасниками. Завдання учасників діалогу: ні за яких обставин не погоджуватись з партнером, суперечити у всьому але заперечувати ввічливо, але наполегливо. Група оцінює ефективність діалогу.

Вправа «Так-діалог».

Двоє учасників сідають у центр кола и починають діалог. Один промовляє будь-яку фразу – про погоду, про улюблену книгу та ін.; інший повинен негайно відгукнутися, висловити свою згоду з тим, що сказав перший. Головне – в усьому погоджуватись, обов'язково відбиваючи думку партнера.

Група стежить за тим, щоб учасники діалогу не виходили за рамки заданого режиму роботи – не стали б заперечувати один одному. Після цього наступна пара сідає у центр і починає працювати в режимі «так-діалогу».

Вправа «Перефразування».

Мета: відпрацювання вмінь вербального спілкування, уміння передавати суть сказаного своїми словами, налагодження взаємодії учасників тренінгу між собою.

Хід вправи:

Студенти об'єднуються в чотири команди. Кожна команда повинна пригадати яку-небудь строфу з відомого вірша і перефразувати її у такий спосіб, щоб кожне слово передавалося іншим словом або словосполученням. Наприклад, «я» можна перетворити в «автора» або «особу, яку Ви бачите перед собою», «дорогу» – у «шлях», «серце» – у «центральный орган кровообігу» тощо. Наприклад, «Рухається підліток ссавця чоловічої статі, вібрує тілом і журиться в міру переміщення пішки: «Незабаром, ох, незабаром, жердинка обірветься, і лаз негайно буде повалено».

Наприкінці кінці роботи кожна група зачитує вголос усій групі перефразований текст строфу, а інші студенти повинні здогадатися, що за вірш було перефразовано.

Вправа «Уміння уважно слухати».

Мета: навчитися концентрувати увагу на партнері по спілкуванню, без викривлення сприймати його слова, відмовляючись під час розмови від

зайвих коментарів і порад.

Хід вправи:

Студент розподіляються на пари, в яких один із студентів (пацієнт) повинен був говорити, а інший (лікар) – слухати. «Пацієнт» повинен розповідає про те, що його турбує. «Лікар» слухає розповідь мовчки, не відводячи погляду від «пацієнта», і концентрував всю свою увагу на ньому та його словах. При цьому «лікар», не повинен перебивати «пацієнта». Навіть якщо його думка є зрозумілою, він не має шукати пояснень та оцінювати партнера. Він просто слухає. Через 3 хвилини студенти мінялися ролями, ніяк не коментуючи почуте.

Під кінець вправи учасники обмінювалися враженнями, що кожен із них відчував у ролі «лікаря і «пацієнта»?

Запитання до обговорення: Чи легко було вислуховувати однаково уважно «пацієнта»? Наскільки складно або легко сконцентруватися на тому, що говорить «пацієнт»? Чи залежить якість слухання від змісту інформації, яку повідомляє «пацієнт», ставлення до нього? Чи відчували Ви, що Вас слухають уважно? Як Ви себе почували в цей момент?

Вправа «Ага, угу, і що ти..?».

Студенти працюють в попередньо створених парах. Починає той, хто був слухачем у попередній вправі. Промовець 2 хвилини розповідав про якусь конфліктну ситуацію, що вивела його з рівноваги. Інший партнер слухав розповідь мовчки, де доречно, вставляв слова: «так (?)», «угу», «і що він (вона)» тощо...

Через 2 хвилини учасники міняються ролями, ніяк не коментуючи почуте. Після закінчення партнери обмінюються враженнями, що кожний із них відчував у ролі слухача на початку (які «Я-слухання» помітив у себе) і в ролі розповідача, і чим ці враження відрізняються від мовчазного слухання у 1-й вправі; який варіант видався їм більш комфортним.

Вправа «Подарунок».

Мета: розвиток у студентів навичок прийому й передання невербальної інформації у ситуаціях міжособистісної взаємодії.

Кожний з учасників по черзі робить подарунок своєму партнерові ліворуч. Подарунок робиться («відчувається») мовчки (невербально), але так, щоб партнер зрозумів, що саме йому дарують. Вправа виконується мовчки, доки всі не отримають подарунки. Після цього (коло замкнулося) ведучий звертається до останнього учасника групи, запитуючи, що він отримав у подарунок.

Далі ведучий звертається до учасника, який вручив подарунок, і запитував, що він підготував. Якщо у відповідях учасників виявлялися розходження, з'ясовувалося, з чим конкретно це пов'язано. Якщо учасник групи не міг сказати, що йому подарували, можна звернутися із запитанням про це до всієї групи.

Вправа «Ігри-комунікації».

Мета: розвиток умінь невербального спілкування.

Хід вправи:

Для проведення вправи група розділяється на чотири команди. Кожна команда отримує картку із завданням «Виразно програти сценку (пантоміму) з ділового життя, не використовуючи супровідних слів». Пропонуються такі ситуації: прийом на роботу, інтерв'ю, перемови, конфлікт у колективі. Групи розходяться в різні аудиторії й готують завдання протягом 30 хв.

Надалі команди презентують усій групі підготовлені сценки. Завданням інших студентів було вгадати, про що саме була розіграна сценка, проаналізували зміст ситуації, динаміку її розвитку, провідні мотиви учасників, способи вираження станів, що використовувалися «акторами». Необхідно було також дати інтерпретацію того, що показано. Під час обговорення вони повинні були відповісти на такі запитання: Чи одразу було зрозуміло, про що йдеться у сценці? Яка з команд найкраще змогла передати ситуацію? Що сприяло розумінню ситуації? Які засоби виявилися найбільш

вдалими?

Вправа «Крізь скло».

Мета вправи: формування взаєморозуміння партнерів по спілкуванню на невербальному рівні.

Хід вправи:

Один з учасників загадував певний текст, записуючи його на папері, але передавав його немовби крізь скло, тобто за допомогою міміки та жестів. Решта гравців розповідали про те, що вони зрозуміли.

Ступінь збігання тексту, який було відтворено більшістю гравців, і тексту, записаного одним із учасників, свідчив про вміння встановлювати контакт.

Наприкінці тренінгу обговорювалися такі питання: Чи були корисними вправи тренінгу? Чи виправдалися ваші очікування від тренінгу?, Які вміння і навички у вас покращилися? Щоб ви порекомендували змінити/ додати до тренінгу?

Додаток Б. 5

ТРЕНІНГ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

Вправа «Словник емоцій та почуттів».

Мета: збагачення учасників інформацією про почуття та емоції. Метод: «мозковий штурм» або змагання між командами. Ресурси: великі аркуші паперу для команд, фломастери, «Словник емоцій».

Опис. Першим кроком розвитку емоційної компетентності є фіксація факту наявності емоції в конкретний момент життя та її розуміння, наприклад – гнів, розчарування, пригніченість, сум, страх, неспокій, радість... Іноді людина може переживати дві та більше емоцій одночасно. Усвідомлення емоції передуює її вираженню. Іноколи людині важко повідомити про свої емоції, підібрати «правильні слова». Для опису емоцій та почуттів потрібний достатній словниковий запас, тому складемо спеціальний словник – емоцій та почуттів. Виконання цієї вправи можна організувати як змагання між двома командами або ж як загальногруповий «мозковий штурм». Попросіть учасників пригадати якомога більше слів, які вживаються для опису емоцій та почуттів. Якщо з'ясується, що це нелегко, можна запропонувати певні ситуації, наприклад: »Що буде почувати людина, якій належить ухвалити дуже важливе рішення?» (збентеженість, хвилювання, сум, злість тощо). Ведучий акцентує увагу на емоціях і почуттях, які часто виникають у діловому спілкуванні, особистісних контактах. Результатом спільної роботи групи є укладання словника емоцій та почуттів, який відобразить емоційний досвід групи.

Вправа «Передай одним словом».

Хід вправи. Учасники розподіляються на групи. Кожній групі роздаються карточки, на яких написані назви емоцій: «радість», «веселощі», «страх», «здивування», «жаль», «горе», «розчарування», «смуток», «зарозумілість», «зацікавленість», «упевненість», «мрійливість», «втомленість», «меланхолія» тощо.

Кожний вимовляє слово «Привіт», «Алло» або «Здрастуйте» з інтонацією, що відповідає емоції, яка написана в його його картці. Вся група відгадує, яку емоцію намагався зобразити учасник. Обговорення. Наскільки легко вдавалося вгадати емоцію по інтонації? Як часто в телефонній розмові ви по інтонації з перших слів розумієте, в якому настрої перебуває ваш співрозмовник? Наскільки бездоганна ваше власне спілкування по телефону?

Вправа «Зобрази почуття».

Хід вправи. Необхідно розповісти невеликий вірш, зображуючи на обличчі ввічливість, насмішку, агресивність, зневагу, співучасть, радість, скорботу, лестощі тощо (можна додати жестикуляцію). Обговорення: Достаточні ли наші можливості для повного вираження своїх почуттів? Які почуття, виникаючі в процесі контакту, ми часто намагаємося приховати від партнера по спілкуванню?

Вправа «Психологічна скульптура».

Мета: усвідомлення зв'язку між емоцією і тілесним самовираженням.
Метод: тематична вправа.

Опис. Завдання для малих груп полягає у тому, щоб побудувати по дві скульптури протилежних емоцій, наприклад: оптимізм – песимізм; радість – смуток; натхнення – знецінення; любов – ненависть. Потім кожна група презентує результати спільної роботи, починаючи зі скульптури негативної емоції і завершуючи позитивною. Можна запропонувати бажаним побути в скульптурі позитивної емоції. Обговорення. Як відбувався процес побудови скульптур? Чи змінювався емоційний стан, коли знаходилися в різних скульптурах? Як впливають позиції тіла на емоції?

Вправа «Зобрази емоцію».

Мета: розвиток умінь передавати, сприймати, інтерпретувати

невербальну інформацію в процесі спілкування; розширення експресивного репертуару учасників.

Ресурси: набір карток, залежно від варіанту виконання вправи. Наприклад, емоції або стан, які потрібно зобразити: злість, сум, пихатість, нудьга, очікування, закоханість, оптимізм, натхнення, страх, радість, задоволення, самотність, песимізм, грайливість, сором'язливість, байдужість, надія тощо. Експресивні частини тіла для демонстрації емоцій: руки, коліна, ноги, спина, очі, обличчя, губи.

Вступне слово: Окрім вербальної існує ще мова виразних рухів. Почуття, емоції – це внутрішні реакції, які мають зовнішні прояви, вони можуть бути висловлені через основні канали самовираження – рухи, голосові прояви й очі (А. Лоуен). Зазвичай люди використовують усі канали комунікації водночас. Смуток зароджується всередині, зовні виражається сльозами, похмурістю. Сльози є майже універсальною ознакою смутку. Гнів може проявитись як крик. Від злості людина може червоніти, тремтіти. Люди, які нервують, кусають губи, вкриваються потом. Щасливі люди «випромінюють» позитив. Сміх є досить поширеною ознакою радості та задоволення. Плач, крик або сміх сприяють послабленню напруження та зниженню стресу. Переживання емоцій – це один бік медалі, а їхнє вираження і вивільнення пов'язаної з ними енергії – інший. Вираження емоцій відбувається на вербальному й невербальному рівнях. Іноді можна почути: «Я не знаю, як передати це словами». Мається на увазі, що почуття настільки глибокі або складні, що для них важко підібрати слова і легше передати невербальною мовою.

I варіант. Кожному учаснику пропонується вибрати картку, на якій записана назва емоції, та показати її за допомогою невербальних засобів. Для виконання цієї вправи можна скористатися словником емоцій, запропонувавши добровольцям самим вибрати слово-почуття (не говорячи нікому, яке саме) і показати його. Завдання групи у тому, щоб вгадати, який емоційний стан демонструється. Кожного разу після того, як стан названий,

потрібно запитати у спостерігачів, за якими ознаками вони його визначили. Це дає можливість сформувати «банк» невербальних проявів емоцій та використовувати його у майбутньому. Сором'язливим учасникам можна запропонувати показати емоцію, сидячи на стільці спиною до усіх.

II варіант. До початку вправи готується набір карток, на яких відзначені емоції і частини тіла, за допомогою яких ці емоції потрібно виразити, наприклад: сум – обличчя, радість – губи, гордість – спина, страх – ноги, смуток – руки та ін.

III варіант. Учасники витягують по дві картки, на одній з них – емоція, на другій – експресивна частина тіла, за допомогою якої її потрібно показати.

Обговорення. Які емоції найлегше розпізнати за невербальними виявами? Чому деякі люди стримані у демонструванні своїх емоцій? Якщо двоє посварилися, а лише один із них виглядає сердитим, чи означає це, що другий не сердиться?

Вправа «Передай гримасу по колу».

Мета: використання міміки для вираження емоційного стану, енергетизація групи.

Хід вправи.

Вступне слово: Вираз обличчя, очей – дзеркало емоційного стану. Кожен рух думки відбивається на обличчі, а швидкоплинна емоція мимоволі скорочує мімічні м'язи. Ці мімічні м'язи зовсім мікроскопічні порівняно з іншими м'язами – рук, ніг, тулуба, проте в рухових центрах головного мозку займають домінуюче положення. А головне – якщо настрій та емоції виявляються через них, то справедливе і зворотне твердження: через мімічні рухи можна викликати емоції до життя. Вираз емоцій на обличчі триває від півсекунди до чотирьох, рідко виходить за ці межі. Тривалість вираження емоції здебільшого залежить від її сили. Тому досить тривалий вираз емоцій переважно сигналізує про сильні почуття. Найвиразніше переживання виявляються в очах (існує близько 85 відтінків – живі, ніжні, холодні) і голосі

(в печалі він глухий, у пристрасті – покірний).

Хід вправи: ведучий просить учасників почергово по ланцюжку передати вираз обличчя. Студенти уважно спостерігають за мімікою учасника, який передає учасник.

Обговорення: Чи легко було за допомогою мимики виразити свої почуття? Чи всі емоції, які зображали учасники Ви одразу вгадували? Які зображені емоції викликали труднощі? Чи співпали Ваші розуміння щодо того, яку емоцію показував той чи той студент.

Вправа «Скептики й оптимісти».

Мета: формування позитивного мислення, розвиток комунікативної креативності, гнучкості в оцінці будь-якої ситуації, а також зміцнення групової єдності.

Хід вправи: ведучий об'єднує учасників у дві групи. Першій групі пропонує уявити себе скептиками, песимістами – незалежно від справжньої життєвої позиції. Друга група – оптимісти.

Завдання групи «Скептики» полягає у тому, щоб сумно назвати щось, що на їхню думку, є проблемою, негативним фактом (краще починати з відносно нейтральних висловлювань, наприклад: «За вікном дощ...»).

Завдання групи «Оптимісти» – змінити емоційний полюс повідомлення, наприклад: «Так, і це створює діловий настрій...» або «Коли йде дощ, це чудово, тому що є можливість ще посидіти й випити гарячої кави після тренінгу». Спілкування можна продовжити в тому ж стилі. Гра продовжується доти, доки є аргументи. Потім учасники міняються ролями. Ті, хто були скептиками, стають оптимістами і навпаки.

Обговорення. Про що було легше говорити – про добре чи погане? Як себе почували в ролі скептика/оптиміста? Як думки впливають на емоції? Які особливості мислення скептиків/оптимістів помітили? Які висновки для себе зробили?

Вправа «Дотик».

Мета: використання дотику для передання емоцій.

Хід вправи: вправа виконується у парах. Один з пари загадує емоцію, і передає її іншому невербально: через дотик руки. Другий намагається відгадати, яка це емоція. Надалі пари міняються ролями.

Обговорення. Ваші враження? Кому вдалося відгадати емоцію? По яких ознаках ідентифікували емоцію? Коментар. Те, що приховують уста, повідомляють руки. Руки – найчутливіші інструменти енергетичної дії. Вони можуть бути м'якими, міцними, жорсткими, рішучими, байдужими або насиченими почуттями. Навіть те, як потискаєте руку партнерові, впливає на враження про вас. Коли вітаєтеся з людиною, вкладайте у рукостискання щирі радість.

Вправа «Групові картинка».

Мета: формування вмінь невербальної комунікації, розвиток толерантності.

Хід вправи: група розподілялася на підгрупи з трьох-чотирьох осіб. Кожна підгрупа обирає якусь національність, народ, етнічну групу і придумує, як її зобразити так, щоб інші учасники могли відгадати. Студенти отримують інструкцію про те, що можна використовувати міміку, жести, вигуки, але не можна використовувати слова.

Надається 10 хвилин на підготовку завдання, потім підгрупи представляють свою пантоміму всій групі. Група повинна вгадати, який народ зображує кожна підгрупа.

Вправа «Коло».

Мета: визначення ролі емпатійного реагування у спілкуванні, розвиток умінь розпізнавати емоції, невербального спілкування.

Хід вправи: п'ять студентів виходять з аудиторії і ведучий пропонує кожному з них продемонструвати в колі прояв якогось почуття чи

емоційного стану, використовуючи тільки міміку і жести в таких ситуаціях:

- Ти щаслива від того, що склала іспит;
- Ти сумуєш, тому що поїхала твоя подруга;
- Ти радісно здивований, отримавши лист від давнього друга;
- Ти закоханий в однокурсницю;
- Ти боїшся зайти в кабінет до стоматолога.

Надалі ведучий всім іншим учасникам пропонує стати в коло і при демонструванні емоційних станів того учасника, який зайде до аудиторії, ніяк на них не реагувати, – ні словами, ні мімікою, просто дивитися, не реагуючи.

Один з учасників заходить до аудиторії і демонструє емоційний стан (з надією побачити реакцію оточення і бажанням, щоб учасники скоріше відгадали емоцію, яку він демонструє).

Витримавши паузу, ведучий дає сигнал, плеснувши в долоні. Лише тоді всі учасники вгадують, яка емоція була продемонстрована.

Коли вгадали емоцію, учасник приєднується до всіх і стає в коло. Вправа продовжується доти, поки всі п'ять учасників не продемонструють свої емоційні стани.

Запитання для обговорення:

1. До кожного з п'яти учасників: Як Ви почувалися, коли, демонструючи емоційний стан, Ви не відчували підтримку від інших учасників?

2. Опишіть Ваші почуття, коли нарешті Ви побачили реакцію оточення на Ваш емоційний стан.

3. До всієї групи: Яких висновків можна дійти після виконання цієї вправи?

Вправа-медитація «Мінливий світ».

Мета: зосередитися на собі, на своїх думках, почуттях, переживаннях.

«Сядьте, будь ласка, зручніше й повільно закрийте очі. Зверніть увагу

на Ваш подих, відчуйте, як повітря проходить через ніс, горло, попадає до грудей, наповнює легені.

Відчуйте, як з кожним подихом у Ваше тіло потрапляє енергія, а з кожним видихом виходять непотрібні зараз турботи, напруги...

Зверніть увагу на Ваше тіло. Відчуйте Ваше тіло: усе – від ступенів ніг до верхівки голови...

Ви сидите на стільці, чуєте якісь звуки, відчуваєте дотик повітря на Вашому обличчі. Можливо, Вам хочеться змінити позу, зробіть це.

А тепер зосередьтеся на ідеї мінливості світу, в якому ми живемо... Наш складний час повний швидких й різких змін...

Часом вони бувають як блискавка...

Соціальні й технологічні зміни, які в минулі сторіччі тяглися десятки років, тепер можуть відбутися в лічені місяці або навіть тиждень, і все це постійно діє на кожного з нас. Подумайте про це.

Які думки у Вас виникають?...

Як Ви відчуваєтесь у цьому мінливому світі? (ці питання повторюється 2-3 рази).

Подумайте про те, які Ваші якості, особливості поведінки допомагають Вам жити в цьому мінливому світі, а які заважають?

А тепер згадайте, що Ви сидите тут, у цій кімнаті, і тут є ще інші люди. Поверніться сюди, у наше коло, і зробіть це в зручному для вас темпі".

Після завершення вправи майбутнім учителям пропонувалося ще деякий час залишитися зі своїми враженнями, почуттями, переживаннями й намалювати їх. Для цього використовувалися папір, фарби, фломастери, кольорові олівці та ін.

Після того, як усі закінчили малювати, роботу було продовжено. Об'єднавшись у групи по 4-5 осіб у кожній – студенти ділилися своїми враженнями, міркуваннями щодо того, які якості, особливості поведінки допомагають, а які ускладнюють життя в мінливому світі. Викладачем було поставлене таке завдання: «Складіть, будь ласка, у Вашій групі перелік цих

якостей. Не прагніть до узагальнень, нехай якості або особливості поведінки, які Ви включите до списку, будуть конкретними. Будьте готові наприкінці роботи в малих групах поділитися з іншими тим, що у Вас вийде».

Вправа: «Чарівна крамниця».

Хід вправи: ведучий просить учасників групи уявити, що існує крамниця, де є незвичайні «речі»: терпіння, поблажливість, прихильність до інших, почуття гумору, чуйність, довіра, альтруїзм, толерантність, уміння володіти собою, доброзичливість, схильність не засуджувати інших, гуманізм, уміння слухати, допитливість, здатність до співпереживання. Ведучий виступає в ролі продавця, що обмінює одні якості на будь-які інші. Викликається один з учасників. Він може придбати одну з трьох «речей», яких у нього немає. Наприклад, покупець просить у продавця «терпіння». Продавець з'ясовує, скільки йому потрібно «терпіння», навіщо воно йому, у яких випадках він хоче бути «терплячим». Як плату продавець просить у покупця щось натомість, наприклад, покупець може розплатитися «почуттям гумору», якого в нього забагато.

Обговорення вправи в групі: Чи важко було визначити, яку емоцію необхідно «продати»? Які емоції Ви придбали для себе? Чому?

Додаток В. 1

СПИСОК НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ

ЛЕВИЦЬКОЇ АННИ ІВАНІВНИ

Статті у фахових виданнях:

3. Левицька А. І. Професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2020 № 20. Ч. 2. С. 73–77. URL:
http://innovpedagogy.od.ua/archives/2020/20/part_2/17.pdf
4. Левицька А. І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. *Актуальні питання гуманітарних наук* Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231. URL: http://www.aphn-journal.in.ua/archive/28_2020/part_2/37.pdf
3. Левицька А. І., Русалкіна Л. Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. *Інноваційна педагогіка* Одеса, 2021. № 40. С. 81–84. URL:
<http://innovpedagogy.od.ua/archives/2021/40/19.pdf>
4. Левицька А. І. Осипова Т. Ю. Методологічні засади підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. *Інноваційна педагогіка*. Одеса 2022 № 47 С.200– 204. URL:
<http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2022/47/38.pdf>

Опубліковані праці в міжнародному виданні (Угорщина)

5. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії *Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (101), Issue: 259, С. 29–32. URL: [www https://seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/](https://seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/).

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Левицька А.І. Актуалізація проблеми формування міжкультурної компетенції іноземних студентів: *Нове та традиційне у дослідженнях*

- представників психологічних та педагогічних наук*: матеріали XII міжнародної конференції з психології та педагогіки м. Львів. 20 березня 2019 року. Львів.: ЛНУ імені Франка, 2019. С. 105–117.
7. Левицька А. І. Полікультурне середовище закладу вищої освіти як чинник підготовки студентів до міжкультурного спілкування. *Світоглядні горизонти місії вчителя нової української школи*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції м. Одеса 26 вересня 2019 р. Одеса: Університет Ушинського. С. 39–43.
 8. Левицька А. І. Сутність понять «взаємодія» і «професійна взаємодія» у професійній діяльності майбутніх лікарів *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. м. Київ, 3–4 квітня 2020 р. Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2020. С. 58–62.
 9. Левицька А. І. Актуалізація проблеми підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної комунікації *Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки . м. Львів. 24–25 квітня 2020 р. Львів.: Львівська педагогічна спільнота. С. 36–40.
 10. Левицька А. І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: особистісний критерій. *Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії* (психологічні та педагогічні аспекти): матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології м. Львів. 25–26 вересня 2020р. Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота. С. 39–42.
 11. Левицька А. І. Показники готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: настановний критерій. *Психологія та педагогіка: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки та психології. м. Одеса. 18-19 вересня 2020 р Одеса, 2020. С. 100.
 12. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Готовність майбутніх лікарів до

міжкультурної взаємодії: знаннєвий критерій. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки. м. Харків. 15–16 січня 2021р. Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021. С. 69–71.

13. Левицька А. І. Модель підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки м. Київ. 4–5 березня 2022р. Київ:, 2022 С. 34–36.

Опубліковані праці у співавторстві

3. Левицька А. І., Русалкіна Л. Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. *Інноваційна педагогіка* Одеса, 2021. № 40. С. 81–84. URL: <http://innovpedagogy.od.ua/archives/2021/40/19.pdf>
4. Левицька А. І. Осипова Т. Ю. Методологічні засади підготовки майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. *Інноваційна педагогіка*. Одеса 2022 № 47 С. 200–204 URL: <http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2022/47/38.pdf>
5. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії *Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (101), Issue: 259. С. 29–32. URL: [www.https://seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/](https://seanewdim.com/published-issues/pedagogy-and-psychology/i259/).
12. Левицька А. І., Осипова Т. Ю. Готовність майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: знаннєвий критерій. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції з педагогіки. м. Харків. 15–16 січня 2021р. Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021 Харків : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2021. С. 69–71.

Додаток В. 2

АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

А. І. ЛЕВИЦЬКОЇ


 «ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Ректор
 Одеського Національного Медичного Університету
 МОЗ України
 Валерій Запорожан
 2022

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
 матеріалів дисертаційного дослідження до навчального процесу
 Одеського національного медичного університету

1. **Пропозиції для впровадження:** Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. (Результати дослідження з теми дисертації «Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності» (спеціальність 015 Професійна освіта).

2. **Установа-розробник, автори:** Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського», кафедра педагогіки, аспірант Левицька Анна Іванівна (наук. кер – д.п.н., професор Осипова Тетяна Юріївна)»

3. **Джерела інформації:**

1. Левицька А.І. Професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. Інноваційна педагогіка. Одеса, 2020 № 20. Ч. 2. С. 73–77. URL: http://innovpedagogy.od.ua/archives/2020/20/part_2/17.pdf
2. Левицька А. І. Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії як педагогічна проблема. Актуальні питання гуманітарних наук Дрогобич, 2020. Вип. 28. Т. 2 С. 226–231. URL: http://www.aphn-journal.in.ua/archive/28_2020/part_2/37.pdf
3. Левицька А.І., Русалкіна Л.Г. Системи дистанційного навчання в українському освітньому просторі. Інноваційна педагогіка Одеса, 2021. № 40. С. 81–84. URL: <http://innovpedagogy.od.ua/archives/2021/40/19.pdf>
4. Левицька А.І., Осипова Т.Ю. Педагогічні умови формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії Pedagogy and Psychology. 2021. IX (101), Issue: 259, С. 29–32. URL: www.seanewdim.com

4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Одеський національний медичний університет, кафедра іноземних мов

5. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та практичних занять з іноземної мови, у наукову роботу кафедри

6. **Термін впровадження:** 2021-2022 н.р.

7. **Зауваження та пропозиції:** немає

Завідувач кафедри іноземних мов
к.філол наук, доцент


 Ерьомкіна Г.



**МОЗ УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
(ПДМУ)**

вул. Шевченка, 23, м.Полтава, Україна, 36011
тел./факс +38 (0532) 60 20 51
e-mail: mail@pdmu.edu.ua
Код ЄДРПОУ 43937407

**MOH OF UKRAINE
POLTAVA STATE
MEDICAL UNIVERSITY
(PSMU)**

23 Shevchenko Str., Poltava, Ukraine, 36011
tel/fax +38 (0532) 60 20 51
e-mail: mail@pdmu.edu.ua
EDRPOU Code 43937407



06.06.2022 № *01-01/1689*

На № _____ від _____

АКТ

**Впровадження результатів дисертаційного дослідження
Левицької Анни Іванівни
з теми «Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної
взаємодії у професійній підготовці»
зі спеціальності 015 Професійна освіта**

В освітній процес Полтавського державного медичного університету було впроваджено методичні матеріали дисертаційного дослідження А.І.Левицької з проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

Аспіранткою кафедри педагогіки Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д.Ушинського А. І. Левицькою розроблено методичні рекомендації щодо формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії. Практичне засвоєння студентами професійно-зорієнтованих знань забезпечувалося шляхом впровадження проведення тренінгу «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів». Для вирішення завдань дослідження застосовувалися різні форми роботи зі студентами, а саме: бесіди, круглі столи, дискусії, проведення ділових і рольових ігор, виконання творчих завдань (твори-роздуми, рефлексивні есе, освітні проекти наукові доповіді тощо), інтерактивні вправи, віртуальні екскурсії, творчі конкурси, брейн-ринг, залучення студентів до позааудиторної творчої діяльності.

Повторний зріз після впровадження в освітній процес результатів Засвідчив ефективність запропонованої А.І.Левицькою методики формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: на достатній рівень зафіксовано у 25,47% студентів (було – 16,98%), середній рівень виявлено у 50,95% респондентів (було – 46,23%), низький рівень показали 23,58% майбутніх лікарів (було – 36,79%).

Результативність проведеного експерименту дозволяє рекомендувати, дисертаційне дослідження А. І. Левицької «Формування готовності

майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній підготовці» до впровадження в освітніх процес закладів вищої медичної освіти.

Результати впровадження обговорено і затверджено на засіданні кафедри іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією.

Ректор закладу вищої освіти



Вячеслав ЖДАН



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Державний заклад

**"ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені К. Д. УШИНСЬКОГО"**

65020, м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26. Тел.: (048) 753-08-53; факс: (048) 723-40-98
E-mail: pdpu@pdpu.edu.ua

від 06.06.2022 № 793/3013

АКТ

**Впровадження результатів дисертаційного дослідження Левицької Анни Іванівни
з теми «Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у
професійній діяльності» зі спеціальності 015 Професійна освіта**

На базі медичного факультету Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського (впродовж 2020-2021 н.р.) здійснювалось упровадження результатів дисертаційного дослідження аспірантки кафедри педагогіки А. І. Левицької.

В освітній процес медичного факультету (спеціальність 222 «Медицина») було впроваджено методичні матеріали експериментального дослідження А. І. Левицької з проблеми формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії.

Дисертантка запропонувала інноваційне розуміння змісту феномена «міжкультурна взаємодія майбутнього лікаря» (інтегративне поєднання мотиваційного, когнітивного, діяльнісного, афективного компонентів).

Дослідницею розроблено методичну програму формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії майбутніх лікарів. Практичне засвоєння студентами професійно-зорієнтованих знань забезпечувалось шляхом проведення спеціального тренінгу «Міжкультурна взаємодія майбутніх лікарів», що містила: проведення бесід, круглих столів, дискусії освітніх проєктів, систему різномісних інформаційно-дослідних завдань для студентів, комплекс інтерактивних вправ та завдань, тематику рефлексивних есе, залучення майбутніх лікарів до різноманітних заходів у поза аудиторній діяльності.

За результатами проведення А. І. Левицькою діагностувального та формувального етапів експерименту відбулися суттєві позитивні зрушення в динаміці рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії: на достатньому рівні результати збільшилися на 8,49%, на середньому рівні – на 4,72%, на низькому рівні результати зменшилися на 12,91%.

Результативність проведеного експерименту дозволяє рекомендувати дисертаційне дослідження А. І. Левицької «Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності» до впровадження у медичних ЗВО різного рівня.

Результати дослідження обговорено і затверджено на засіданні кафедри педагогіки протокол № 17 від 13.05.2022 року.

Проректор наукової роботи

Ганна МУЗИЧЕНКО

Завідувач кафедри педагогіки

Ірина КНЯЖЕВА



