

ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ МОВЛЕННСВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ СФЕРІ

активність, самостійність мислення, здатність до самоконтролю та самооцінки. А тому, виховання самостійності має стати постійною турботою вчителя, починаючи з перших класів.

1. Баренбойм Л.А. Музыкальная педагогика и исполнительство. – Л.: Музыка, 1974. – С. 212.

2. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика, 1991. – С. 167.

3. Гайдай С.Н. Методика самостоятельной

работы над музыкальным произведением; учебное пособие / С.Н. Гайдай; Забайкал. гос. гум-пед. ун-т. – Чита, 2009. – С. 25.

4. Цытин Г.М. Психология музыкальной деятельности: учеб. пособие / Д.К. Курнарская, Н.И. Киященко, К.В.Тарасова [и др.]; под ред. Г.М. Цытина. – М.: Издательский центр “Академия”, 2003. – С. 357.

5. Щапов А.П. Фортепианный урок в музыкальной школе и училище. 2-е изд. М.: Классика – XXI, 2002. – С. 132 – 133.

Стаття надійшла до редакції 04.12.2015

УДК 81'276.6:378.461

*Людмила Лозинська, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри іноземних мов
Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова*

ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ МОВЛЕННСВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ СФЕРІ

Стаття присвячена з'ясуванню сутності поняття “комунікативної толерантності”. У статті говориться про необхідність та методику виховання комунікативної толерантності у майбутніх лікарів з метою оволодіння ними навичками комунікативних стосунків, формування професійно особистісних якостей та професійного вдосконалення.

Ключові слова: комунікативна толерантність, показники комунікативної толерантності, комунікативні вміння, методика формування комунікативної толерантності.

Рис. 1. Літ. 15.

*Людмила Лозинская, кандидат педагогических наук, доцент кафедры иностранных языков
Винницкого национального медицинского университета имени М.И. Пирогова*

ФОРМИРОВАНИЕ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ РЕЧЕВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Статья посвящена проблеме воспитания “коммуникативной толерантности” у будущих врачей. В ней говорится о необходимости и методике воспитания коммуникативной толерантности у студентов-медиков с целью обучения их практическим навыкам коммуникативных отношений, формирования профессионально важных личностных качеств.

Ключевые слова: коммуникативная толерантность, показатели коммуникативной толерантности, коммуникативные навыки, методика воспитания коммуникативной толерантности.

*Lyudmyla Lozynska, Ph.D. (Pedagogy), Associate Prof. of the Foreign Languages Department
Ynnytsya M. Pyrohov National Medical University*

FORMATION OF THE FUTURE DOCTORS' SPEECH COMPETENCE IN THE PROFESSIONAL FIELD

The article is devoted to the problem of the development of the medical-students' communicable abilities. The methods of education of communicable tolerance in future doctors were defined. The aim of such education is to master practical skills of communicative tolerance.

Keywords: communicative tolerance, features of communicative tolerance, communicative abilities, methods of communicative tolerance education.

Постановка проблеми. Професійна діяльність лікаря тисячами ниток пов'язана з психологічними, емоційними факторами, однією з основ цієї діяльності є вміння зрозуміти хвору людину. Міжособистісні стосунки між лікарем і пацієнтом будуються під час їхньої практичної взаємодії. Взаємовідношення лікаря і пацієнта – це не просто обмін інформацією, це –

частина лікування. Тому важливою частиною встановлення позитивних взаємовідносин між лікарем і пацієнтом є культура спілкування: вміння встановити контакт із співрозмовником [1; 2; 3; 4].

Аналіз основних досліджень і публікацій.

Ю. Віленський розглядає слово лікаря як зцілювальну силу. Чуйне слово лікаря лікує, а

погане – шкодить хворому. Мова і поведінка лікаря в професійному сенсі – це мистецтво, яке має бути позитивного, емоційного і морального спрямування [5].

“Слово лікаря, – зазначає М. Лісовий – як і письменника, покликане повернути тому, хто потребує, втрачену гармонію з оточуючим світом” [3, 8].

Досконалий мовний супровід у роботі лікаря – це елемент лікування. Похибки у його мові дуже часто призводять до ятропатогенії. Вчені описують ятропатогенію як не короточасну реакцію хворого на неправильний, некоректний вислів лікаря, а невротичний розлад, який має реальні причини не лише в особистості пацієнта, але й у характері стосунків із лікарем [5].

І. Харді вказує на особливу шкоду неправильних розмов із хворими в їхній присутності. Прикладом того є випадок із практики доктора І. Харді:

Жінка на восьмому місяці вагітності прийшла на контрольне електрокардіографічне обстеження. Результати обстеження показали правий тип електрокардіограми. Кардіолог повідомив пацієнтці діагноз таким чином: “У Вас гіпертрофія правої половини серця. І навіть такі народжують?”. Безтактність лікаря призвела до серйозних побоювань і депресії [6].

Отже, такий шкідливий вплив слів можна порівняти з фізичною травмою. Тому необхідно навчати студентів-медиків дотримуватись принципу “стерильності слів”, чистоти словесних висловлювань. Для того, щоб спілкуватися плідно з іншими людьми, майбутнім лікарям необхідно усвідомити не лише зовнішні, але й внутрішні, особистісні механізми спілкування, що сприяють взаємодії, пізнанню себе в спілкуванні з пацієнтами. Саме під час спілкування здійснюється перехід у практику міжособистісної толерантної взаємодії тих культурних цінностей, якими володіє людина.

Мега статті. Розкрити сутність комунікативної толерантності лікаря, визначити та експериментально перевірити перспективні шляхи її формування.

Виклад основного матеріалу. Комунікативна толерантність лікаря – професійно значуща якість. Професія лікаря передбачає інтенсивне спілкування з пацієнтами, їхніми родичами, медичним персоналом. Володіння лікарем навичками комунікативної толерантності сприяє успішній спільній діяльності, взаєморозумінню, довірі у відносинах із пацієнтами, ефективності у вирішенні професійних завдань. Встановлення психологічного контакту з хворою людиною дозволяє точно зібрати анамнез, отримати більш

повну інформацію про пацієнта. Комунікативні помилки в лікарській діяльності призводять до погіршення стану хворої людини, зниження ефективності лікування.

Комунікативна толерантність лікаря включає комплекс знань, умінь і навичок, що характеризуються відповідними показниками: розуміння і сприйняття різних інтересів, потреб і цінностей інших людей; відмова від монополії на знання істини; розвиток особистості шляхом продуктивного подолання й вирішення внутрішнього або зовнішнього конфлікту; ситуативне реагування: прояв толерантних якостей у ситуації незапланованого безпосереднього спілкування; активність у процесі взаємодії; уміня почути і зрозуміти не лише себе, свою думку, а бажання, погляди, позицію іншої людини; уміня встановлювати контакт із пацієнтом, слухати і чути співрозмовника, адаптуватися до нього, приховувати або згладжувати неприємні відчуття, що виникають під час спілкування; попереджувати та розв’язувати конфліктні ситуації [7; 8; 9].

На підставі вищезазначених показників комунікативної толерантності майбутніх лікарів, було визначено її рівні: *пасивний (низький), нормативно-ситуативний (середній), активний (високий)*.

Студенти, які володіють активним рівнем комунікативної толерантності, достатньо врівноважені, передбачені у своєму ставленні до партнера і сумісні з дуже різними людьми. Завдяки цим чеснотам спілкуватися і будувати спільну діяльність із такою толерантною особистістю комфортно. Такі люди вміють згладжувати негативні враження, уникають ситуацій, які викликають або підкреслюють відмінності. Доброзичлива манера спілкування спрямована на хороші взаємостосунки з оточуючими, повагу іншої особистості, співпереживання.

Нормативно-ситуативний рівень свідчить про досить комунікабельні якості особистості, які проявляються у стриманості, тактовності, доброзичливості у стосунках, зрідка виявляючи негативні емоції до оточуючих. Можливо, така ситуація свідчить про те, що людина володіє комунікативними знаннями, але не завжди ситуаційно здатна переносити їх у практичну діяльність.

Студенти з пасивним рівнем комунікативної толерантності відчувають незадоволеність, роздратованість, ворожість до партнера, який намагається проявити і відстояти свої потреби.

ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ МОВЛЕННЄВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ СФЕРІ

Чим яскравіше виражені негативні переживання особистості з приводу своєрідності іншого, тим нижчий рівень толерантності, тим важче продемонструвати прихильність до партнера, прийняти його в деяких або усіх проявах, стримувати своє незадоволення ним. Пасивний рівень комунікативної толерантності виступає показником ригідності мислення. У спілкуванні проявляється прагнення до відчуженості, наміри довести свою зверхність. До ознак пасивної комунікативної толерантності відносяться: неприйняття індивідуальності іншого, взірць при оцінюванні інших – власне “Я”, прояви категоричності чи консерватизму в оцінках людей, невміння пом’якшувати враження про некомунікбельні риси партнера, прагнення перевиховати його, невміння пробачати помилки іншому, пристосовуватись до партнерів, нетерпимість до фізичних чи психічних властивостей людини. Пасивний рівень розвитку комунікативних навичок, невміння приховувати або хоча б згладжувати неприємні почуття, які виникають при зіткненні з партнерами, негативний емоційний фон спілкування, некеровані негативні реакції, негнучкість, нанесення образ – все це означає, що свідомість “застраєгає” на відмінах між сприйняттям власної особистості та інших людей.

Для визначення рівнів сформованості комунікативної толерантності у майбутніх лікарів було проведено діагностичне дослідження на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Івано-Франківського національного медичного університету, Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”, Вінницького медичного коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного з використанням діагностики загальної комунікативної толерантності, запропонованої В. Бойко [11], а також діагностики мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях за І. Ладановим і В. Уразасвою [12]. Всього у дослідженні взяли участь 400 студентів I – II курсів, із них 192 студенти – контрольна група (КГ), 208 студентів – експериментальна група (ЕГ).

В. Бойко поділяє комунікативну толерантність, або толерантність у спілкуванні, на ситуативну, типологічну, професійну й загальну. Рівень ситуативної толерантності визначається ставленням людини до певного партнера по спілкуванню, типологічної – ставленням до узагальненого типу або групи людей (представників будь-якої національності, професії, соціального шару). Професійна комунікативна толерантність проявляється у взаємодії з тими

людьми, з якими доводиться мати справу за родом занять (наприклад, з пацієнтами). Загальна комунікативна толерантність обумовлена життєвим досвідом, якостями характеру особистості, моральними принципами [10].

Методика діагностики загальної комунікативної толерантності, запропонована В. Бойко, дозволяє діагностувати толерантні й нетолерантні установки особистості, які проявляються в процесі взаємодії та спілкування за дев’ятьма шкалами. Шкала 1: неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини. Шкала 2: використання себе в якості еталону при оцінці поведінки та образу думок інших людей. Шкала 3: категоричність або консерватизм в оцінці інших людей. Шкала 4: невміння приховувати або згладжувати неприємні відчуття при стиканні з некомунікбельними якостями партнерів. Шкала 5: прагнення переробити, перевиховати партнерів. Шкала 6: прагнення “підігнати” партнера під себе, зробити його “зручним”. Шкала 7: невміння пробачати іншим помилки, незграбність, ненавмисно нанесені Вам неприємності. Шкала 8: нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту, який створюється іншими людьми. Шкала 9: невміння пристосовуватись до характеру, звичок і бажань інших [11, 88 – 94].

Згідно з отриманими даними, серед опитаних студентів обох груп найвищі бали отримані за шкалами 4, 5 та 6, які характеризують невміння згладжувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікбельними якостями партнерів, намагання переробити їх, зробити “зручними” для себе.

Діагностика мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях за І. Ладановим і В. Уразасвою [12] у студентів-медиків на початку експерименту показала такі результати: в експериментальній групі 9 (4,3%) студентів володіють активним рівнем комунікативних здатностей, 153 (73,6%) – нормативно-ситуативним і 46 (22,1%) – пасивним рівнем; у контрольній групі 8 (4,2%) студентів показали активний рівень володіння навичками спілкування, 140 (72,9%) – нормативно-ситуативний, 44 (22,9%) – пасивний рівень.

Вивчення рівнів комунікативної толерантності дало змогу дослідити тенденції ставлення особистості до партнерів по спілкуванню. Проведені діагностичні дослідження засвідчують, що домінують нормативно-ситуативний і пасивний рівні комунікативної толерантності. Цей факт свідчить про те, що більшість студентів, які обрали медичну професію, не намагаються зрозуміти інших людей, не відгукуються на їхні

ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ МОВЛЕННЄВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ СФЕРІ

потреби і почуття повною мірою, а відтак недостатньо розвиненою є їхня толерантність. Відсутність уваги до страждань і потреб інших, неемоційні взаємостосунки свідчать про схильність студентів до конформізму, прагматичності у різних контекстах життєдіяльності.

Більшості майбутніх лікарів властиві емоційна нестабільність, спонтанність, парадоксальна імпульсивність, вони погано володіють собою в різних ситуаціях, що спричинює ситуативні моменти втрати толерантності до оточуючих людей, сприяє конфлікту. Це вказує на неспроможність приймати себе та інших, справлятися з власними емоціями.

Причини домінування пасивного і нормативно-ситуативного рівнів комунікативної толерантності у майбутніх лікарів варто шукати у недостатній організації й відсутності методики проведення начально-виховної роботи з виховання комунікативної толерантності у студентів вищих медичних навчальних закладів. Викладачі й куратори вищої медичної школи приділяють недостатньо уваги розвитку навичок комунікативної толерантної поведінки у майбутніх медиків.

Установлено, що виявлені особливості вказують на появу деформованих якостей особистості студента-медика, які будуть впливати на взаємодію “лікар-пацієнт” на ранніх етапах професіоналізації і потребують психолого-педагогічного корегувального впливу, спрямованого на підвищення рівня комунікативної толерантності, удосконалення й активізацію умов її виховання, на що були спрямовані наші подальші дослідження.

У процесі навчання майбутніх лікарів толерантного спілкування педагоги досягали три мети одночасно: передавали знання, формували навички спільної діяльності, створювали позитивну мотивацію сприйняття і розуміння оточуючих людей. Таким чином, можна стверджувати, що в концепції педагогічного стимулювання процесу спілкування закладений глибокий гуманістичний зміст, оскільки виховання толерантної особистості майбутнього лікаря здійснювалось таким чином, щоб, з одного боку, спрямовувати, наставляти і спонукати внутрішні духовні й моральні якості, а з іншого – поступово, враховуючи вікові та психічні особливості студентів, зменшувати медично-педагогічний вплив.

Науковці виділяють три основні сторони спілкування: інформативну, інтерактивну і перцептивну [13]. Інформативна сторона спілкування пов’язана з наданням і обміном

інформацією. Інтерактивне спілкування передбачало створення спільної стратегії взаємодії між викладачами й студентами в процесі спілкування і діяльності. І, нарешті, перцептивне спілкування передбачало сприйняття, розуміння й оцінку людини людиною.

Методика навчання активного сприйняття, включала в себе ігри комунікативної і психотерапевтичної практики, спрямовані на розвиток навичок спілкування, емпатії, сприйняття й розуміння людьми один одного. Ігри на сприйняття і взаєморозуміння допомагали не лише дізнатися про оточуючих людей щось нове, але й зрозуміти їхню позицію, причини поведінки, навчали сприймати їх такими, якими вони є, а не такими, якими ми хотіли би їх бачити.

Прикладом цього є тренінг перцептивного слухання “Поділись зі мною секретом”. Психологи стверджують, що в процесі взаєморозуміння велику роль відіграють дистанція і позиція тих, хто спілкується. Спробуємо перевірити це ствердження на практиці. Учасники працюють у парах. Завдання: розподіліть ролі – у кожній парі повинен бути “лікар” і “пацієнт”. “Пацієнту” необхідно продумати проблему, яку він збирається вирішити за допомогою свого “лікаря”. Позиція “лікаря” – не пасивне слухання, а активна участь у вирішенні проблеми. Поставте стільці таким чином, щоб при розмові Ви бачили обличчя один одного. Тепер можете розповідати про свою проблему і почати її вирішувати. Через деякий час “лікар” повинен встати на стілець, у той час як “пацієнт” продовжує сидіти. Обговорення не повинно зупинитися. Кожен з етапів тренінгу займає від 3 до 5 хвилин. Після гри педагог пропонує дати відповіді на запитання. Коли, на Ваш погляд, процес сприйняття партнера відбувався більш безболісно? Що Ви відчували в той момент, коли опинились розділені простором у процесі спілкування? Яку паралель Ви можете провести між тільки що обіграною ситуацією і щоденним життям?

Мета методу навчання майбутніх лікарів перцептивного спілкування полягала в розвитку чуттєвої сфери як основного інструменту пізнання себе та інших. Цей метод передбачав формування таких комунікативних умінь і навичок: проводити бесіду з пацієнтом; керувати своїми психічними станами і переборювати психологічні бар’єри; проявляти співчуття пацієнтові щодо його захворювання; уміння вислухати і надати пораду; довіряти і довіритись; отримувати задоволення від спільної діяльності [14].

Методика оволодіння перцептивним

ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ МОВЛЕННЄВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ СФЕРІ

спілкуванням допомагала навчити людину активно слухати співрозмовника, спостерігати за мімікою і жестами, зміною інтонації голосу, виразом обличчя, інтуїтивно відчувати те, що людина не може або не бажає сказати. Не менш важливим було навчання “рефлексивного слухання” – манер слухати.

Навчання перцептивного спілкування сприяло пізнанню власної особистості, а потім (таким же чином) інших людей. Оскільки основними прийомами пізнання світу іншої людини є ідентифікація і рефлексія, більшість ігор мали схожу форму: спочатку учасники працювали індивідуально (пізнавали себе), а потім залучались до загального обговорення запропонованих питань (пізнавали і представляли себе, визнавали й сприймали інших).

Методика побудована таким чином, що кожен учасник тренінгу, переживаючи різні ситуації, визначав свої здібності до лідерства, або, навпаки, жертвності, пізнавав себе як партнер по спілкуванню, взаємодії, відкривав у собі ті сторони особистості, які в подальшому допомагали встановлювати оптимальне спілкування з іншими людьми.

Виступаючи певною формою взаємодії, взаєморозуміння і взаємовпливу, спілкування також виступає засобом регуляції поведінки, діяльності й стосунків особистості. Розпочинаючи свою професійну діяльність, майбутній лікар вступає у стосунки з іншими членами суспільства. Кожний із учасників спілкування сприймає іншого як суб’єкта, реакція однієї людини одразу ж викликає відповідну реакцію іншої. Такий взаємний прояв реакцій суттєво впливає на поведінку партнерів, сприяє або не сприяє розв’язанню спільного завдання, досягненню гармонії і задоволення від спілкування чи викликає конфлікт. Спілкування, таким чином, є моральним регулятором поведінки особистості, що виражається у відрегульованій соціально-моральними вимогами формі.

Людське існування як на рівні особистісного, так і на рівні суспільного життя не може бути безконфліктним. Конфлікт у суспільстві завжди існує, незалежно від того, чи є відкрите протиборство, чи ні. Причиною конфлікту виступає суперечливість суспільного життя, розмаїття інтересів і цілей соціальних суб’єктів [8].

Існує необхідність навчання майбутніх представників медичної професії навичок попередження і розв’язування конфліктних ситуацій, які досить часто виникатимуть в їхній професійній діяльності. Завдання педагогів

полягало в тому, щоб допомогти студентам продукувати певні моделі толерантної поведінки, позбавитись від упереджень, помилкових цінностей, навчити володіти власними емоціями, поведінкою, спілкуватися, розвивати творчі здібності та сприяти їх оптимальному використанню для досягнення спільної згоди.

Необхідно було навчити студентів вчасно розпізнавати конфліктні ситуації, виявляти і ліквідувати їх до того, як вони переростуть у конфлікт. Але якщо інцидент виник, розвитком конфлікту необхідно вміти управляти. При цьому важливо, щоб партнери по спілкуванню правильно розібрались у ситуації (насамперед самі в собі). Саме тому методика виховання толерантної особистості майбутнього лікаря передбачала ознайомлення студентів із теорією конфлікту і практикою його вирішення [15, 143–144].

Процесу оволодіння вміннями дотримуватись толерантної поведінки, не завдаючи шкоди ні собі, ні іншим (у розумінні приниження або пригнічення), сприяли тренінги спілкування, які навчали не стримувати свої почуття, у сприйнятливих формах відверто висловлювати їх, ставитися з повагою до себе та оточуючих, достойно виходити з будь-якої ситуації.

Для оцінки динаміки розвитку комунікативної толерантності у майбутніх лікарів використовувалась методика В. Бойка [11]. Для порівняння зв’язаних вибірок (до та наприкінці експерименту) використовували критерій Вількоксона. За поріг значимості відмінностей приймали рівень $p < 0,05$. В ЕГ відмічалось достовірне зниження середнього значення суми балів з $53,4 \pm 2,4$ до $43,6 \pm 1,9$ ($p < 0,001$). При цьому за більшістю шкал зміни були статистично достовірними. Важливо, що суттєва позитивна динаміка спостерігалась за шкалами 4, 5, 6, які демонстрували найвищі бали перед початком експерименту. У той самий час у КГ значення окремих шкал, у т.ч. шкал 4, 5, 6 змінилися несуттєво. Середній сумарний бал також змінився несуттєво: з $53,4 \pm 2,4$ до $52,0 \pm 2,2$ ($p > 0,05$). Отже, перевірка гіпотези підтвердила можливість експериментальної методики виховання покращити комунікативну толерантність у майбутніх лікарів.

Діагностика мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях, за І. Ладановим і В. Уразаєвою [12], у студентів-медиків наприкінці експерименту показала такі результати: в ЕГ активний рівень комунікативних здатностей збільшився з 9 (4,3%) до 29 (14%), в той час як у КГ показник змінився з 8 (4,2%) до 9 (4,7%), що було достовірно менше, ніж в ЕГ (p для $\chi^2 = 0,02$). Так само достовірно відрізнялась по завершенні

ФОРМУВАННЯ У МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ МОВЛЕННЕВОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ СФЕРІ

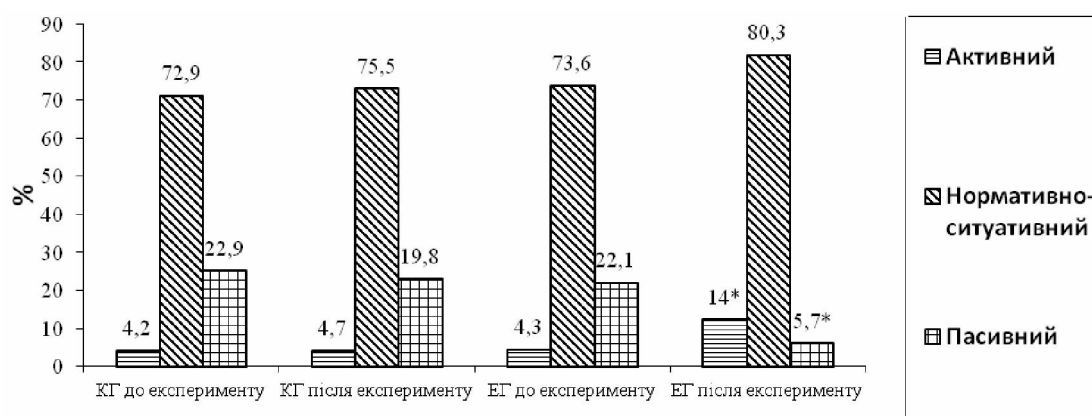


Рис. 1. Зміни рівнів комунікативної толерантності у майбутніх лікарів у процесі експерименту

Примітка:* – достовірність відмінності від аналогічного показника контрольної групи за критерієм $\chi^2 < 0,05$

експерименту кількість студентів з пасивним рівнем комунікативного критерію: 12 (5,7%) в ЕГ та 38 (19,8%) у КГ, (р для $\chi^2 < 0,001$). Результати діагностики рівнів комунікативної толерантності у майбутніх лікарів до та після експерименту відображені у рис. 1.

Висновки. За період проведення педагогічного експерименту в експериментальній групі суттєво зменшився відсоток студентів з пасивним рівнем комунікативної толерантності (на 16,4%), натомість підвищилася кількість студентів з активним (на 9,7%) і нормативно-ситуативним (на 6,7%) рівнями. На відміну від експериментальної, у контрольній групі не сталося суттєвих зрушень у рівнях комунікативної толерантності. Хоча й спостерігаються певні позитивні тенденції, вони мають незначний характер і не досягають рівня статистичної значущості.

У студентів експериментальної групи відбулися істотні якісні зміни за досліджуваним явищем: виховний вплив призвів до становлення зрілої й духовно збагаченої особистості майбутнього лікаря, яка характеризується прагненням до встановлення, збереження та зміцнення доброзичливих взаємовідносин із людьми, чуйністю, співпереживанням, стриманістю, володінням навичками побудови діалогу, уміннями слухати і чути, попереджувати та конструктивно вирішувати конфліктні ситуації, розумінням думки співрозмовника.

1. Кожухарь Г.С. Проблема толерантности в межличностном общении / Г.С. Кожухарь // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 3 – 12.

2. Комогоров П.Ф. Формирование толерантности в межличностных отношениях студентов

высшего учебного заведения: автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.01 / П.Ф. Комогоров. – Курган, 2000. – 23 с.

3. Лісовий М.І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах: автореф. дис. ...канд. педагог. наук: спец. 13.00.04 “Теорія і методика професійної освіти” // М.І. Лісовий. – Вінниця, 2006. – 20 с.

4. Любан-Плоцца Б. Терапевтический союз врача и пациента / Б. Любан-Плоцца, В. Запорожан, Н. Араев. – К.: “АДЕФ-Україна”. – 2001. – 292 с.

5. Назар П.С. Основи медичної етики / П.С. Назар, Ю.Г. Віленський. – К.: Здоров’я, 2002. – 344 с.

6. Харди І. Врач, сестра, больной. Психология работы с больным: пер. с венгерского Алекса М. / И. Харди. – Akademiai Kiado, Budapest, 1974. – 286 с.

7. Безюлева Г.В. Толерантность: взгляд, поиск, решение [Текст] / Г.В. Безюлева, Г.М. Шеламова. – М.: Вербум-М, 2003. – 168 с.

8. Ложкін Г.В. Монографія “Конфлікти у сумісній діяльності” / Г.В. Ложкін, С.В. Сьомкін, Т.В. Петровська, О.О. Кисельова. – К., ВД “Сфера”, 1997. – 95 с.

9. Римская Р. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других / Р. Римская, С. Римский. – М.: АСТ-ПРЕСС, 2000. – 376 с.

10. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М.: Филли, 1996. – 472 с.

11. Батаршев А.В. Диагностика профессионально важных качеств / А.В. Батаршев, И.Ю. Алексева, Е.В. Майорова. – СПб: Питер, 2007. – 192 с.

12. Фетискин Н.П. Социально-психологическая

ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОСВІТИ В СФЕРІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ В ПОЛЬЩІ

- диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов // Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева). – М., Изд-во Института Психотерапии. – 2002. – С. 92 – 94.
13. Коротаева Е.В. Хочу, могу, умею! Обучение погруженное в общение / Е.В. Коротаева. – М.: “КСП”, Институт психологии РАН, 1997. – 224 с.
14. Філоненко М.М. Психологія спілкування / М.М. Філоненко. – Ужгород: Вид. УжНУ “Говерла”, 2007. – 414 с.
15. Цимбалюк І.М. Психологія спілкування: Навчальний посібник – 2-ге вид., випр. та доп. / І.М. Цимбалюк. – К.: ВД “Професіонал”, 2007. – 464 с.

Стаття надійшла до редакції 24.11.2015

УДК 37.014.5:796.011(438)

Олександр Мозолев, кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри теорії і методики фізичної культури та валеології
Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії

ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ОСВІТИ В СФЕРІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ В ПОЛЬЩІ

У статті досліджено проблему розробки державної політики розвитку освіти в сфері фізичної культури і спорту в Польщі. Визначено зміст дефініцій “сфера фізичної культури і спорту” і “державна політика розвитку освіти в сфері фізичної культури і спорту”. Встановлена стратегічна мета державної політики в сфері фізичної культури і спорту. Розкрито зміст державної політики розвитку освіти в сфері фізичної культури і спорту.

Ключові слова: державна політика, освіта, розвиток, фізична культура.

Літ. 15.

Александр Мозолев, кандидат педагогических наук,
доцент кафедры теории и методики физической культуры и валеологии
Хмельницкой гуманитарно-педагогической академии

ФОРМИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ПОЛЬШЕ

В статье исследована проблема разработки государственной политики развития образования в сфере физической культуры и спорта в Польше. Определено содержание дефиниций “сфера физической культуры и спорта” и “государственная политика развития образования в сфере физической культуры и спорта”. Установлена стратегическая цель государственной политики в сфере физической культуры и спорта. Раскрыто содержание государственной политики развития образования в сфере физической культуры и спорта.

Ключевые слова: государственная политика, образование, развитие, физическая культура.

Olexander Mozolev, Ph.D. (Pedagogy), Associate Professor
Khmelnytsky Humanitarian and Pedagogical Academy

THE FORMATION OF STATE POLICY OF DEVELOPMENT OF EDUCATION IN THE SPHERE OF PHYSICAL CULTURE AND SPORT IN POLAND

In the article the problem of development of state policy for the development of education in the sphere of physical culture and sport in Poland. We determined the content of definitions of “sphere of physical culture and sports” and “state policy of development of education in the sphere of physical culture and sport”. Set the strategic goal of state policy in the sphere of physical culture and sports. Contents of state policy of development of education in the sphere of physical culture and sports.

Keywords: state policy, education, development, physical culture.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Сфера фізичної культури і спорту в системі освіти Польщі характеризується достатньо ґрунтовно розробленими організаційними та нормативно-правовими засадами. Сучасний етап розвитку сфери фізичної культури і спорту в Польщі спрямований на вдосконалення стандартів навчання і приведення їх до загальноєвропейських та світових вимог, приєднанням до низки