

УДК 378.147.227;174.177.1–2

М. Р. ДЕМ'ЯНЧУКкандидат педагогічних наук
Рівненський базовий медичний коледж**ПРАКТИКА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ
ПРОФЕСІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ
МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МЕДИЦИНИ**

У статті актуалізовано значущість формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини. Доведено, що використання на практиці змодельованих ситуативних завдань інтерактивної взаємодії сприятиме формуванню комунікативної професійної компетентності майбутніх медиків. Проаналізовано спрямованість моделювання студентами зразків професійного спілкування на рівні прояву комунікативних бар'єрів. Наголошено, що апробовані та засвоєні оптимальні моделі професійного спілкування на різних рівнях студенти можуть використовувати під час проходження практик у медичних установах та в майбутній професійній діяльності.

Ключові слова: майбутні лікарі, медичні сестри, професійне спілкування, деонтологія, комунікативна компетентність.

Актуальність суспільної проблеми формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини підсилюється положеннями в резолюціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, де акцентовано на проблемах кадрової політики в реформуванні сфери охорони здоров'я та забезпеченні світового співтовариства кваліфікованими фахівцями медичної галузі. В нових соціально-економічних умовах розвитку держави й науково-технічного прогресу важливим аспектом надання необхідної медичної допомоги населенню є підготовка компетентних лікарів і медичних сестер. Потреба в підготовці висококваліфікованого медичного персоналу зумовлена також військовими діями на сході України, оскільки термінова кваліфікована медична допомога передбачає порятунок життя й забезпечення швидкого одужання наших захисників.

Зауважимо, що інтеграція України в європейський освітній простір базується на застосуванні світових стандартів стосовно кадрових ресурсів у сфері збереження здоров'я, що зазначено в Законі України "Про освіту" й рекомендаціях Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення якості підготовки медичного персоналу з вищою освітою. Особливої значущості в професійній підготовці медичних кадрів набувають процеси формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини.

Аналіз наукових літературних джерел свідчить, що дослідники поглиблено розглядали різні аспекти підготовки майбутніх лікарів і медичних сестер до професійного спілкування (А. Арсланова, І. Баликіна, І. Мельничук, С. Поплавська та ін.). Дослідники аналізували процеси розвитку медичної освіти в Україні в різні історичні періоди. Особливу увагу приділяли дослідженню педагогічного досвіду медичних університетів та освітньої діяльно-

сті професійних товариств українських лікарів у процесі становлення альтернативних навчальних закладів, форм медичної освіти та медичної допомоги [6]. Так, у дослідженні Є. Алексеевої визначено суб'єктно-особистісні детермінанти становлення менеджера сестринської справи [1], що свідчить про доцільність підготовки студентів вищої медичної школи до професійного спілкування на рівні "лікар – медична сестра". Розроблена автором система профорієнтаційної роботи зі студентами медичного коледжу та інституту на різних етапах професійного становлення в умовах багаторівневої освіти враховує низку чинників (психодинамічних, інтелектуальних, особистісних і соціально-психологічних) [5], що впливають на процес підготовки до професійного спілкування майбутніх фахівців медицини. На думку Є. Бастракової, в професійному становленні особистості медичного працівника з вищою освітою відіграють важливу роль фундаментальні та прикладні дослідження, спрямовані на вироблення принципів формування професійно важливих характеристик фахівця, для виявлення яких необхідно дослідити розвиток професійної діяльності її суб'єктів. Саме вивчення динаміки взаємозв'язку діяльності й особистості фахівця дасть змогу визначити алгоритм продуктивного професійного становлення [4]. Учені обґрунтовували шляхи формування комунікативної компетентності студентів-медиків і зазначали, що цей процес буде проходити успішно, якщо враховувати специфіку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників; упроваджувати комплекс комунікативно орієнтованих терапевтичних завдань, що поетапно ускладнюються; актуалізувати комунікативно-значущі цінності майбутнього фахівця медицини (толерантність, стресостійкість, професійну емпатію, милосердя та ін.) [2]. Одним із напрямів досліджень науковців обрано аналіз особливостей професійно-мовленнєвої підготовки майбутніх лікарів до використання медичної термінології [7] та ін. Однак науковці не зосереджували увагу на дослідженні практичних підходів до формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини.

Мета статті – висвітлити методику формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини на практиці.

До групи фахівців медицини з вищою освітою належать випускники вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ), які здобувають професію лікарів різних спеціальностей, медичних сестер, стоматологів, фармацевтів тощо. Враховуючи вимоги до реалізації компетентнісного підходу в медичній освіті, фахова підготовка студентів-медиків передбачає навчання майбутніх лікарів і медичних сестер оптимальними міжособистісним взаєминам на основі сформованої культури професійного спілкування. Зокрема, І. Балікіна зазначає, що важливою складовою професійної підготовки майбутньої медичної сестри є комунікативна компетентність, тобто здатність встановлювати й підтримувати необхідний рівень міжособистісних контактів, без яких складно уявити здійснення процесу сестринського догляду. До комунікативних умінь медичної сестри автор зараховує вміння вести

діалог із хворим, щоб знайти підхід до пацієнта, підтримати його у важкий період життя, взяти на себе спілкування з родичами, здатність до емпатії, спроможність у різних нестандартних ситуаціях займати адекватну позицію, щоб не зруйнувати віру пацієнта в одужання; вміння активно й тактовно співпрацювати з колегами в наданні медичної допомоги хворому [3, с. 35]. Ці ж якості необхідно сформувані і в майбутніх лікарів, які безпосередньо спілкуються з пацієнтами стосовно їх змін в організмі, що спричиняють захворювання.

Останнім часом в Україні чимало зроблено для впровадження етичних принципів у медичну практику. Зокрема, було створено Комісію з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, Комітети з біоетики Національної академії наук, Медичної академії наук і Міністерства охорони здоров'я України. Тому на особливу увагу заслуговують інноваційні підходи до вивчення дисципліни "Медсестринська етика і деонтологія". Метою вивчення цієї дисципліни є ознайомлення майбутнього фахівця, зокрема медичної сестри, з етико-гуманістичними основами медицини, розкрити зміст міжнародно-визнаного етичного стандарту медичної практики, навчити використовувати його в складних проблемних ситуаціях професійної діяльності. Це дасть змогу в його подальшій діяльності на більш високому професійному рівні доглядати й піклуватися про пацієнтів, запобігати допущенню деонтологічних, професійних і загальнолюдських помилок [5, с. 142].

У наших попередніх дослідженнях доведено, що саме вивчення дисципліни "Медсестринська етика і деонтологія" з подальшим використанням змодельованих ситуативних завдань інтерактивної взаємодії сприятиме формуванню комунікативної професійної компетентності майбутніх медичних сестер [5, с. 67], що є основою для формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини. Вважаємо, що розроблені методичні матеріали можуть бути корисними в практичній підготовці майбутніх лікарів різних спеціальностей до професійного спілкування.

Наприклад, на основі ознайомлення студентів з основними принципами формування кваліфікованого медичного колективу, із специфікою взаємин медичних працівників різних ланок студенти усвідомлювали, що міжособистісні контакти в медичному колективі є важливим питанням деонтології та етики. Професійна орієнтація студентів була спрямована на вияв турботи, допомоги, підтримки, що є основою професійного спілкування майбутніх фахівців медицини. Так, на практичних заняттях, виконуючи вправу "Мозковий штурм", студенти окреслювали переваги та недоліки роботи лікаря та медичної сестри в команді. Основними перевагами роботи в команді студенти визначали: підвищення якості управлінських рішень; скорочення часу на пошук оптимальних варіантів рішень; реалізація багатоаспектного підходу до вирішення складних ситуацій; спрощення процесу втілення прийнятих рішень; зосередження розумового процесу на досягненні мети; орієнтація на зміст і результати роботи; виявлення найбільш талановитих виконавців, спроможних генерувати професійні ідеї;

гнучкість у розподілі завдань; активізація ділової співпраці; створення творчої атмосфери; зростання кваліфікаційного рівня членів команди; забезпечення доцільної інтеграції знань і досвіду; врахування та узгодження різних інтересів і спрощення обміну інформацією; подолання пасивної поведінки окремих членів колективу; успішне вирішення конфліктних ситуацій; згуртування членів колективу та підвищення їх мотивації; скорочення плінності кадрів і запобігання опору змінам [5, с. 148].

Водночас студенти окреслювали певні недоліки роботи медиків у команді: витрати часу на створення та організацію роботи команди; поширення доступу до конфіденційної інформації; затримка прийняття рішення за досягненням консенсусу; зниження мотивації індивідуального успіху; підвищення відповідальності; домінування позицій визнаних авторитетів; суперництво між членами команди тощо. Тому особливу увагу в формуванні культури професійного спілкування майбутніх фахівців медицини приділяли виробленню в студентів умінь і навичок етично-деонтологічної поведінки як ціннісного надбання особистості. Важливою характеристикою визначено комунікативний аспект професійного спілкування лікаря чи медсестри з пацієнтами, що полягає у виробленні певного погляду на тимчасові й потенційні проблеми пацієнта та визначає наявність зворотного зв'язку, уникання комунікативних бар'єрів, використання комунікативного впливу шляхом вербального й невербального рівнів передачі інформації.

З метою апробації моделей спілкування лікаря чи медсестри та пацієнта студенти спочатку узагальнювали, що зворотний зв'язок – це реакція пацієнта на поведінку медичного працівника. Саме зворотний зв'язок дає змогу зрозуміти, як поведінку та інформацію лікаря сприймає та оцінює пацієнт. Далі в змодельованих ситуаціях у процесі діалогічної взаємодії на рівні “лікар – пацієнт”, “медсестра – пацієнт”, “лікар – медична сестра” тощо студенти виконували комунікативні ролі на рівні “промовець – слухач”.

У першому випадку студенти озвучували інформацію, що надходить від лікаря чи медсестри (“промовця”) й у відкритій формі містить реакцію на поведінку пацієнта (“слухача”): “Я не зможу відповісти на ваше запитання”, “Я не вітаю порушення вами режиму”, “Я розумію, про що зараз ідеться”. Можливі варіанти реакції медичного працівника студенти відображали за допомогою різних елементів невербальної комунікації, про що йшлося в дисертаційному дослідженні С. Поплавської [8]. У підсумковому аналізі студенти зазначали, що такий зворотний зв'язок забезпечує адекватне розуміння оптимальних професійних дій лікаря чи медичної сестри пацієнтом і створює умови для ефективного спілкування.

Студенти також моделювали зразки непрямого зворотного зв'язку – завуальованої форми передачі інформації. Для цього використовували риторичні запитання на кшталт: “Ви дійсно так вважаєте?”, “І це допоможе?”; іронічні зауваження на кшталт: “Так... У нас тепер всі знають, як треба лікувати”; вербальні та невербальні дії тощо. У цьому випадку “слухач” повинен сам здогадуватися, що саме хотів сказати йому “промовець”,

і які насправді його реакція та ставлення. Оскільки здогади не завжди виявляються правильними, студенти доходили висновку, що це значно ускладнює процес професійного спілкування.

Використовували моделі спілкування, де в ролі “слухача” виступала медсестра, яка повинна, за можливістю, недвозначно реагувати на слова й поведінку пацієнта. Тому студенти визначали такі моделі відповідей: “Це не входить в мою компетенцію, треба порадитися з лікарем, старшою медсестрою” тощо. Якщо пацієнт надає медсестрі інформацію, що не піддається однозначному тлумаченню, вона зобов’язана поставити уточнюючі питання.

Студенти узагальнювали, що будь-яке повідомлення трансформується під впливом особливостей особистості “слухача”, його ставлення до автора повідомлення, тексту, ситуації. Так, одні й ті самі слова, почуті пацієнтом від лікаря, медсестри, сусіда по палаті, родича, можуть викликати в нього різні реакції. Зауваження лікаря, швидше за все, буде вислухано з належною увагою, медичної сестри – з довірою або інколи з недовірою, а зауваження сусіда – з роздратуванням. Тому виконання подібних вправ було спрямоване на те, щоб сформувати в студентів уміння доносити професійно важливу інформацію так, щоб вона викликала довіру в пацієнта.

Адекватне сприйняття інформації залежить також від наявності або відсутності в процесі спілкування комунікативних бар’єрів. У цьому випадку студенти оперували інформацією як про існування в пацієнтів психологічного захисту від інформації про стан здоров’я та прогнози в його змінах, так і про можливі перешкоди на шляху адекватного сприйняття інформації від медсестри, а також виділяли такі комунікативні бар’єри: фонетичний, семантичний, стилістичний, логічний, соціально-культурний та бар’єри відносин.

Студенти моделювали зразки прояву комунікативних бар’єрів і пояснювали їх особливості. Так, фонетичний бар’єр може виникати, коли лікар, медсестра та пацієнт говорять швидко й невиразно або на різних мовах і діалектах, мають дефекти мови та дикції. Семантичний (смісловий) бар’єр пов’язаний з проблемою жаргонів, властивих людям певних вікових груп, професій або соціального стану (наприклад, мова підлітків, наркоманів, моряків, хакерів, жителів віддалених місцевостей тощо має свої особливості). Зняття такого бар’єру – актуальна проблема для представників медичної професії, оскільки від його подолання залежить успішність терапевтичного контакту. Тому в майбутніх фахівців медицини повинні бути навички засвоєння чужих семантичних систем. Інколи медпрацівник сам провокує виникнення смислового бар’єра в пацієнта, без потреби використовуючи професійні терміни. Надалі це може призвести до розвитку патологічних реакцій унаслідок несприятливого впливу на психіку пацієнта [5, с. 69].

Виникнення стилістичного бар’єра можливо при невідповідності мови лікаря чи медичної сестри ситуації спілкування, наприклад, при їх фамільярній поведінці, коли всіх пацієнтів, старших певного віку, називають

“бабуся” та “дідусь”, не враховуючи психологічних особливостей людей та їх психологічного стану (зміна свідомості внаслідок захворювання або прийому лікарських препаратів).

Студенти моделювали й аналізували ситуації, коли лікар чи медсестра проводять психопрофілактичні бесіди з пацієнтами перед маніпуляційним втручанням, навчає їх навичкам прийому лікарських препаратів, використанню апаратури, знайомить із різними методиками здорового способу життя. Обговорювали ситуації, в яких може виникнути бар’єр логічного нерозуміння, тобто логіка міркувань медика може бути або занадто складна для пацієнта, або здаватися йому неправильною або непереконливою. Логіка доказів пацієнта також може бути помилковою на думку лікаря чи медсестри. Студенти зазначали, що причиною виникнення соціально-культурних бар’єрів може бути сприйняття пацієнта як особи певної професії, певної національності, статі, віку, соціального статусу. Лікар і медсестра повинні бути готовими до виникнення цього бар’єра, до того, що для певної частини хворих їх авторитет недостатній; особливо це актуально для молодих фахівців медицини.

У процесі професійного спілкування медиків можуть виникати й бар’єри відносин. Студенти зазначали, що йдеться про негативні емоції, які викликає людина, причому причину цього інколи важко усвідомити (наприклад, про формування до неї негативного ставлення, яке поширюється й на передану інформацію). Так, у змодельованих ситуаціях студенти усвідомлювали, що будь-яка інформація несе в собі той чи інший елемент впливу на поведінку, думки, установки з метою їх часткової або повної зміни. Вони виділяли два типи комунікативного впливу – авторитарний і діалогічний, що розрізняються характером психологічної установки, яка виникає між лікарем, медсестрою та пацієнтом. У більшості випадків установка не усвідомлюється автором повідомлення, проте визначає стиль його комунікативного впливу. У разі авторитарного впливу це – позиція “зверху”, у разі діалогічного – “поруч”. Як лікар чи медсестра, так і пацієнт можуть займати в діалозі різні позиції, що залежить від типу лікувальної установи, взаємин медичного персоналу, індивідуальних особливостей осіб, що спілкуються. Авторитарний вплив медика передбачає підлегле становище пацієнта, який повинен дослухатися й некритично сприймати інформацію, не маючи стійкої думки з певного питання.

Студенти узагальнювали, що маніпулювання пацієнтом у процесі передачі інформації суперечить принципам і нормам Етичного кодексу. В цьому контексті особливого значення набуває перша зустріч лікаря чи медсестри з пацієнтом, результат якої залежить від їх установки на досягнення взаєморозуміння. Саме прийнятий медиком при першій зустрічі стиль спілкування надалі визначить конструктивність спілкування загалом.

Наприклад, у процесі “Мозкового штурму” студенти визначали, характеризували й моделювали такі функції спілкування: контактну, яка полягає у встановленні комунікації як виявлення взаємної готовності прийня-

ти та передати інформацію; інформаційну – безпосередній обмін інформацією; спонукальну – спрямування активності на виконання певних дій; координаційну, що передбачає взаємну орієнтацію медичної сестри й пацієнта на узгодження дій для спільної діяльності; розуміння – адекватне сприйняття та розуміння стилю поведінки, взаєморозуміння; амотивну – цілеспрямоване викликання необхідних емоцій, обмін емоціями, зміна в пацієнта емоційних станів; встановлення відносин і здійснення впливу – зміна поведінки, ціннісно-мотиваційної сфери, особистісно-смислових утворень, намірів, настанов, думок, рішень, потреб, дій, оцінок [5, с. 149]. Студенти узагальнювали, що бесіда з пацієнтом не повинна обмежуватися лише збиранням скарг і даних, анамнезу про розвиток захворювання, а й обов'язково повинна забезпечити дослідження проблеми пацієнта. Адже він далеко не завжди звертається до медсестри в разі появи симптомів захворювання чи нездужання. Медпрацівник повинен розібратися, що є основним мотивом візиту до нього пацієнта, а в основі цього лежить вміння спілкуватися професійно.

Шляхом участі в “Мозковому штурмі” студенти уточнювали розуміння сутності спілкування для фахівців медицини й зазначали, що особистість у спілкуванні реалізується на таких рівнях:

1. Спілкування – взаємовплив. Становлення та розвиток особистості за таких умов є результатом психологічного впливу одного суб'єкта на іншого в процесі взаємодії, діалогу. Спілкуючись, люди передають одне одному знання про навколишню дійсність, вміння та навички, необхідні для здійснення певного виду діяльності. Під час спілкування відбувається активізація внутрішніх особливостей і станів особистості й актуалізація складових її комунікативного потенціалу.

2. Спілкування – діяльність. Залучення професійного досвіду до практики спілкування, реалізації діяльній сутності спілкування, в якому лікар чи медична сестра є його активним учасником, унікальною й неповторною індивідуальністю, суб'єктом діяльності, здатним взаємодіяти, розуміти і впливати в процесі професійної комунікативної діяльності.

3. Спілкування – обмін інформацією. Становлення особистості відбувається в процесі реалізації її комунікативних здібностей, якостей, умінь, комунікативної програми поведінки. Під час спілкування відбувається обмін цінностями, нормами, інформацією, необхідними людині для її повноцінного становлення в соціумі. Спілкування розширює загальний світогляд людини та сприяє розвитку психічних утворень, необхідних їй для життєдіяльності.

4. Спілкування – сприймання людьми одне одного. На цьому рівні виникає взаєморозуміння (непорозуміння) між учасниками спілкування.

5. Спілкування – міжособистісні відносини. Розвиток статусно-рольових характеристик лікаря та медичної сестри, прояв соціально-психологічних стереотипів їх поведінки, взаємин у колективі, вміння врахо-

увати позиції співрозмовника тощо – необхідні якості для спілкування майбутнього фахівця медицини з пацієнтами та співробітниками [5, с. 153–154].

Висновки. Отже, формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців медичної галузі передбачає активну участь студентів у змодельованих ситуаціях комунікативної взаємодії ще під час навчання у вищому медичному навчальному закладі. Апробовані, відкореговані та за-своєні оптимальні моделі професійної комунікативної взаємодії на рівні “лікар – пацієнт”, “медична сестра – пацієнт”, “лікар – медична сестра” тощо можуть використовувати студенти під час проходження практик у медичних установах та в майбутній професійній діяльності.

Проведене дослідження не претендує на всебічне вирішення проблеми й не вичерпує всіх аспектів окресленої теми, а закладає основу для подальшого дослідження різних аспектів професійного спілкування фахівців медицини. Перспективи подальших наукових розвідок вбачаємо в розробці навчальних тренінгових програм для оптимізації формування культури професійного спілкування майбутніх лікарів.

Список використаної літератури

1. Алексеева Е. Б. Субъектно-личностные детерминанты становления менеджера сестринского дела : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Е. Б. Алексеева. – Краснодар, 2007. – 168 с.
2. Арасланова А. Т. Формирование коммуникативной компетентности студентов в условиях медицинского колледжа : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / А. Т. Арасланова. – Оренбург, 2008. – 237 с.
3. Баликіна І. Д. Формування комунікативної компетентності медичних працівників в процесі здобування професійної освіти / І. Д. Баликіна // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 10–11 листопада 2011 р.) / відп. ред. В. Й. Шатило. – Житомир : Полісся, 2011. – С. 34–35.
4. Бастрасова Е. Г. Профессиональное становление личности медицинского работника среднего звена: на примере медицинской сестры : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Е. Г. Бастрасова. – Калуга, 2003. – 20 с.
5. Демянчук М. Р. Підготовка бакалаврів сестринської справи до професійної діяльності на засадах компетентнісного підходу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / М. Р. Демянчук. – Хмельницький, 2015. – 228 с.
6. Клос Л. Є. Розвиток медичної освіти на західноукраїнських землях (друга половина XVIII – 30-ті роки XX ст.) : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Л. Є. Клос. – Львів, 2002. – 281 с.
7. Мельничук І. М. Особливості професійно-мовленнєвої підготовки майбутніх лікарів до використання медичної термінології / І. М. Мельничук, Я. М. Нахаєва // Науковий вісник Чернівецького університету. Педагогіка та психологія. – 2014. – Вип. 719. – С. 110–117.
8. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / С. Д. Поплавська. – Житомир, 2009. – 266 с.

Стаття надійшла до редакції 15.09.2016.

Демянчук М. Р. Формирование культуры профессионального общения будущих специалистов медицины

В статье актуализирована значимость формирования культуры профессионального общения будущих специалистов медицины. Доказано, что использование на прак-

тике смоделированных ситуативных задач интерактивного взаимодействия будет способствовать формированию коммуникативной профессиональной компетентности будущих медиков. Проанализирована направленность моделирования студентами образцов профессионального общения на уровне проявления коммуникативных барьеров. Подчеркнуто, что апробированные и усвоенные оптимальные модели профессионального общения на разных уровнях могут использоваться студентами при прохождении практики в медицинских учреждениях и в будущей профессиональной деятельности.

Ключевые слова: будущие врачи, медицинские сестры, профессиональное общение, деонтология, коммуникативная компетентность.

Demyanchuk M. Practice of Formation of Future Medical Specialists' Professional Communication Culture

The importance of creating future medical specialists' professional communication culture is actualized in the article. The analysis of scientific literature indicates that researchers have studied different aspects of training future doctors and nurses in depth. An important part of training of future medical specialists is communicative competence – the ability to obtain and maintain the required level of interpersonal contacts through professional communication. It is proved that the use of simulated practice situational tasks of interactivity facilitate the formation of professional competence of future medical specialists. The focus of modeling samples of professional communication by students at the manifestation of communication barriers is analyzed. For the purpose of testing models of communication doctor or nurse and patient students synthesized that feedback is the patient's response to health worker's behavior that allows to understand how is the behavior and medical information seen and evaluated by the patient. In simulated situations in the dialogic interaction at the level of "doctor – patient", "nurse – patient", "doctor – nurse" and others students performed the role of communication at the "speaker – listener" level.

The study is not meant to comprehensively address the problem and does not cover all aspects of the outlined topics and lays the foundation for further study of various aspects of professional communication specialists medicine. Prospects of further scientific studies to see the development of educational training programs to optimize the formation of professional communicative culture of future doctors. Tested and studied models of professional communication at different levels can be used by students during practical training in hospitals and in their future careers.

Key words: future doctors, nurses, professional communication, ethics, communicative competence.