

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
„УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ”

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
„УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ”

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

КАРПОВА МАРИНА ЄВГЕНІВНА

УДК: 378.1-057:378.22

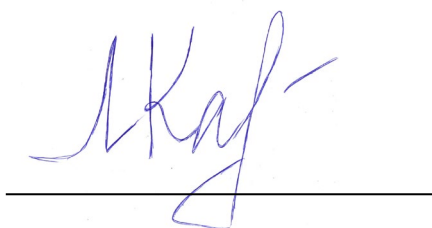
ДИСЕРТАЦІЯ

**ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ПЕДІАТРІВ ДО РОБОТИ В КОМАНДІ
ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ**

01 Освіта/Педагогіка

015 Професійна освіта (за спеціалізаціями)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



М.Є. Карпова
(ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: **Волкова Наталія Павлівна,**
доктор педагогічних наук, професор

ДНІПРО – 2021

АНОТАЦІЯ

Карпова М.Є. Підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 015 Професійна освіта (за спеціалізаціями). – Вищий навчальний заклад „Університет імені Альфреда Нобеля”, Вищий навчальний заклад „Університет імені Альфреда Нобеля”, Дніпро, 2021.

У дисертаційній роботі досліджено проблему підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання та запропоновано новий підхід до її розв’язання, що полягає в запровадженні технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

На підставі аналізу медичної та психолого-педагогічної літератури розкрито методологічні і теоретичні засади підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, основу яких становлять: державні та історичні документи, в яких окреслено основні вимоги до зазначених фахівців встановлено; фундаментальні наукові джерела, в яких конкретизовано основні дефініції дослідження, такі як „підготовка”, „професійна підготовка”, „професійна підготовка майбутніх педіатрів”, „готовність”, „команда”, „робота в команді”, „готовність до роботи в команді”; наукові розробки щодо підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді; здобутки сучасних вчених і результати дисертаційних досліджень, в яких обґрунтовано інтерактивні методи навчання, що оптимізують процес формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Установлено, що команда є групою людей або робочою групою, яка характеризується наявністю загальної мети, зацікавленістю у досягненні спільного результату, узгодженою роботою, розподілом ролей між членами команди, професіоналізмом, партнерськими принципами взаємодії. Дефініція

„робота в команді” розглядається в роботі як наслідок діяльності; якість, що визначає установку на професійні ситуації і завдання; активний стан особистості, що викликає діяльність. Командна робота в сфері медицини є професійною діяльністю групи професіоналів, включаючи лікарів, медсестер, соціальних працівників, дієтологів або фізіотерапевтів, які керують доглядом за певною кількістю пацієнтів.

У дисертації готовність майбутнього педіатра до роботи в команді розуміємо як стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, що дозволяє педіатру здійснювати ефективну командну діяльність в умовах медичного закладу завдяки наявності ціннісно-мотиваційного ставлення до командної роботи, сукупності знань і вмінь (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), що забезпечують ефективну роботу в команді, професійно важливих особистісних якостей (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність). Саме сформованість у педіатра готовності до роботи в команді як складного інтегративного професійно-особистісного новоутворення обумовлює ефективність міжособистісної і професійної взаємодії в команді, оцінювання якості обраних методів вирішення професійних завдань, демонстрацію гнучкості у стилях рольової поведінки, а також можливість підтримки і зміцнення згуртованості та довіри між учасниками команди. Опанування цього особистісного утворення забезпечує перевагу викладача на ринку освітніх послуг.

Обґрунтовано структурні компоненти досліджуваної компетентності: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діяльнісно-функціональний, особистісний, а також сукупність критеріїв та їх показників: мотиваційно-ціннісний (наявність мотивації до командної роботи, інтерактивної спрямованості, цінність допомоги і милосердя до інших людей, потреба у конструктивному спілкуванні); когнітивний (повнота і глибина засвоєних знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді); діяльнісно-професійний (рівень володіння уміннями: комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); особистісний (доброзичливість, толерантність, соціальна

активність, стресостійкість, комунікабельність), які корелюють з виокремленими компонентами готовності майбутнього педіатра до роботи в команді.

Визначено рівні розвиненості досліджуваної готовності (низький, достатній, високий) та розкрито їх зміст.

Теоретично обґрунтовано технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, яка містить такі етапи: концептуальний, мотиваційно-професійний, змістово-діяльнісний, діагностико-результативний. Концептуальний етап передбачає визначення мети технології, а саме формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді і окреслення таких завдань: стимулювання пізнавальної й професійної мотивації майбутніх педіатрів; оволодіння знаннями про команду, принципи її роботи, ролі в команді; відпрацювання умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); забезпечення розвитку особистісних якостей, які сприяють успішній роботі в команді (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність); обґрунтування методологічних підходів (системний, діяльнісний, компетентнісний, особистісно орієнтований, синергетичний, аксіологічний, контекстний, партисипативний)); визначення принципів навчання (студентоцентрованості, особистісного цілеутворення магістранта, інтерактивності, паритетності, доповнення, трансформації й інтеграції, ситуативної обумовленості, діалогізації, толерантності, рефлексії і предзахоплення, флексибільності); проведення первинної діагностики рівня сформованості у магістрантів готовності до роботи в команді та установчого навчально-методичного онлайн-семінару і тренінгу „Командний підхід в підготовці майбутніх педіатрів” для викладачів, що здійснюють підготовку майбутніх педіатрів за освітньо-професійною програмою „Педіатрія” спеціальності 228 Педіатрія.

Мотиваційно-стимулюючий етап технології орієнтовано: на формування в магістрантів особистісно-професійного сенсу щодо командної роботи; мотивів і ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість: професійної

командної діяльності, потребу в колективних формах спілкування; мотивів самовдосконалення власного рівня готовності до роботи в команді, цінностей та цілей командної взаємодії; емоційно-ціннісного ставлення до учасників команди та співпраці з ними.

Викладено сутність змістово-діяльнісного етапу технології, який спрямовано на трансформацію змісту освітнього процесу в напрямі надання магістрантам знань й умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді. Основу даного етапу становили оновлений зміст дисциплін „Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби”; упровадження таких методів навчання: діалогічно-дискусійні (мозковий штурм, дискусія, дебати, круглий стіл) імітаційні (імітаційно-рольові та ділові ігри, case-based-learning), вправляння. Вагома роль відведена методам („Навчання у команді”, метод організації дослідної групової роботи студентів) кооперативного навчання та коучингу.

Технологією передбачено впровадження в освітній процес авторського спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації”, метою якого є забезпечення загальної теоретичної підготовки майбутніх педіатрів з питань, пов'язаних зі змістом роботи в команді та формування складових готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів. Викладання спецкурсу передбачає послугування такими інтерактивними методами навчання: діалогічно-дискусійні (бесіда, диспут, круглий стіл, дискусія); імітаційні (ділові та рольові ігри, інтегративно-фасетний метод, case-based-learning); проєктні (індивідуальні, групові, teambased learning); колаборативні („Навчаємось разом”, „Пилка”, „Пилка-2”, „Навчання у команді”, метод організації дослідної групової роботи студентів) та розмаїттям прийомів кооперативного навчання („Три кола цілепокладання”, „Три кроки: подумай – поділися з партнером – запропонуй команді”, „Placemat”, „Нумерація студентів”), вправляння та методи коучингу.

Передбачено гармонійне поєднання лекційних (інтерактивна лекція, динамічна слайд-лекція, відеолекція (Zoom), лекція-дискусія, проблемна лекція), семінарських (семінар-дискусія, семінар-захист проєктів, інтерактивний семінар,

семинар генерації ідей, семинар-картковий штурм, семинар-круглий стіл, семинар-панельна дискусія, симпозіум, семинар „Акваріум”, семинар-взаємонавчання, семинар-кологвіум, робота сесійних груп (Zoom)) і практичних занять (тренінги).

Констатується, що формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді має здійснюватися через гармонійне поєднання навчальної та позанавчальної роботи, яка представлена Медичним симуляційним тренінгом „Віртуальна симуляційна клініка”, командним тренінгом „Ефективна взаємодія в команді”, практичними заняттями, семінарами-екскурсіями.

Діагностико-результативний етап передбачає контроль, аналіз отриманих результатів, виявлення недоліків у здійсненні процесу формування досліджуваної готовності, внесення уточнень, визначення перспектив подальшої діяльності як викладачів, так і магістрантів.

Узагальнення результатів експериментальної роботи, їх кількісний і якісний аналіз свідчать про ефективність упровадженої технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Виявлено позитивну динаміку формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, а саме: відсоток магістрантів ЕГ з високим рівнем змінився від 20,47% до 35,5%. Значно зменшилася кількість майбутніх педіатрів, які продемонстрували низький рівень (з 44,16% до 14,35%). У магістрантів КГ позитивні зміни відбулися, проте незначні: високий рівень – з 20,58% до 23,7%, достатній – з 34,42% до 38,87%, низький рівень – з 45,01% до 37,32%.

Аналіз результатів вказав на статистично значущу різницю отриманих результатів, підтверджену за допомогою критерію Пірсона χ^2 , що свідчить про безумовну ефективність та достовірність обґрунтованої й експериментально перевіреної технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. Відмінності у ЕГ до та після експерименту виявилися статистично значущими ($\chi^2_{\text{емп.}} = 22,30557 > \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$) на відміну від КГ, де різниця була незначущою ($\chi^2_{\text{емп.}} = 0,39328 < \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$).

Розроблено комплекс навчально-методичних матеріалів для викладачів закладів вищої медичної освіти щодо підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді, який містить банк теоретичних і практичних занять, навчальних кейсів, проєктів, вправ, тренінгів, рольових та ділових ігор; дібрано та адаптовано пакет діагностичних матеріалів для визначення рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді; розроблено програму спеціального курсу „Організація командної роботи в медичній організації”.

Виконане дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді. Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в розробці системи підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді в умовах магістратури.

Ключові слова: професійна підготовка, готовність, робота в команді, процес магістерської підготовки, технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях України, які входять до міжнародних наукометричних баз даних

1. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник львівської академії: Педагогічні науки*. 2018. Вип. 3. С. 251–258.
2. Карпова М.Є. Історичні витоки становлення професії педіатра як суб’єкта командної діяльності. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*, 2017. № 2 (14), С. 13–18.
3. Карпова М.Є. Підходи науковців до визначення феноменів „команда”, „робота в команді”. *Педагогічні науки*. Херсон. 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 26–30.
4. Карпова М.Є. Формування готовності до роботи в команді в майбутніх педіатрів. *Науковий часопис Національного педагогічного Університету*

ім. М.П. Драгоманова Сер.: Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2018. Вип. 63. С. 131–136.

5. Карпова М.Є. Аналіз поглядів науковців щодо підготовки майбутніх педіатрів. *Педагогічні науки*. Херсон. 2018. Вип. LXXXII. Том 3. С. 141–145.

6. Карпова М.Є. Компонентно-структурний аналіз феномена „готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді”. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2020. № 1 (19), С. 167–172.

7. Карпова М.Є. Технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2020. № 2 (20). С. 195–200.

Статті у наукових виданнях інших держав, які входять до міжнародних наукометричних баз даних

8. Karpova M.Ye. The structure of readiness of future pediatricians to work in a team. *Colloquium-journal*. Warszawa, Polska, 2020, № 31 (83), part 2, pp. 48–50.

9. Volkova N., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future paediatricians' readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School: monograph*. Prague, OKTAN PRINT, 2020, pp. 592–603.

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

10. Карпова М.Є. Щодо визначення ролі командоутворення у професійній діяльності педіатра. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки: матер. Всеукр. наук-практ. конф. Запоріжжя, 2017*. С. 28–31.

11. Карпова М.Є. Застосування методу „інцидентів” у професійній підготовці майбутніх педіатрів. *Актуальні питання застосування на практиці досягнень сучасної педагогіки та психології: матер. Міжнар. наук.-практ. конференції. Харків: Центр педагогічних досліджень, 2017*. С. 16–18.

12. Карпова М.Є. Елементи педагогічно-професійної комунікації в навчанні майбутніх педіатрів. *Пріоритетні напрямки вирішення актуальних проблем виховання і освіти*: матер. Міжнар. наук.-практ. конференції. Харків: Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 10–13.

13. Карпова М.Є. Професійна мобільність майбутніх педіатрів як складова командної роботи. *Пріоритетні напрямки розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук*: матер. Міжнар.наук.-практ. конф. Одеса: ГО „Південна фундація педагогіки”, 2017. С. 17–19.

14. Карпова М.Є. Питання щодо виникнення професії педіатра. *Фактори розвитку педагогіки і психології в XXI столітті*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Харків : Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 55–58.

15. Карпова М.Є. Підходи науковців до феномена „готовність фахівця до роботи в команді”. *Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Київ : ГО „Київська наукова організація педагогіки та психології”, 2017. С. 19–23.

16. Карпова М.Є. Синдром емоційного вигорання та особистісні особливості медичних працівників. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2017. С. 100–102.

17. Карпова М.Є. Методологічні підходи технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. *Професійна педагогіка та андрагогіка: актуальні питання, досягнення та інновації* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Кривий Ріг. 2017. С. 236–238.

18. Карпова М.Є. Інтерактивні технології в навчанні майбутніх педіатрів. *Forming of modern educational environment : benefits, risks, implementation mechanisms*: international scientific and practical conference proceedings. Tbilisi : Baltija Publishing. 2017. С. 75–78.

19. Карпова М.Є. Інтерактивні методи навчання на основі навчального діалогу у процесі професійної підготовки майбутніх педіатрів. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи*: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2018. С. 73–75.

20. Карпова М.Є. Досвід застосування ділової гри та технології „перевернутий клас” („flipped classroom”) в навчанні майбутніх педіатрів навичкам командної роботи. *Тенденції та перспективи розвитку в умовах глобалізації*: матер. Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. Переяслав-Хмельницький. Вип. 41. 2018. С. 314–316.

21. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future pediatricians as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference „Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”*: Conference proceedings (21–22 December 2018). BaiaMare: Baltija Publ. pp. 163–166.

22. Карпова М.Є. Алгоритм проектування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних технологій. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи*: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2019. С. 107–109.

23. Карпова М.Є. Погляди дослідників на ризики технологій командотворення. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2019. С. 88–90.

ABSTRACT

Karpova M.E. Preparation of future pediatricians for teamwork by means of interactive teaching methods. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of philosophy on a specialty 015 Professional education (on specializations). – Higher Educational Institution „Alfred Nobel University”, Higher Educational Institution „Alfred Nobel University”, Dnipro, 2021.

The dissertation investigates the problem of preparing future pediatricians to work in a team by means of interactive teaching methods and proposes a new approach to its solution, which is to introduce the technology of preparing future pediatricians to work in a team by means of interactive teaching methods.

Based on the analysis of medical and psychological-pedagogical literature, methodological and theoretical principles of training future pediatricians to work in a team by means of interactive teaching methods, based on: state and historical documents, which outline the basic requirements for these specialists; fundamental scientific sources, which specify the main definitions of the study, such as „training”, „training”, „training of future pediatricians”, „readiness”, „team”, „teamwork”, „readiness to work in a team”; scientific developments in the preparation of future pediatricians to work in a team; achievements of modern scientists and the results of dissertation research, which substantiates interactive teaching methods that optimize the process of forming the readiness of future pediatricians to work in a team.

It is established that a team is a group of people or a working group, which is characterized by the presence of a common goal, interest in achieving a common result, coordinated work, distribution of roles among team members, professionalism, partnership principles. The definition of „teamwork” is considered in work as a consequence of activity; quality that determines the installation of professional situations and tasks; active state of the person causing activity. Teamwork in medicine is the professional activity of a group of professionals, including doctors, nurses and others, including social workers, nutritionists or physiotherapists, who manage the care of a certain number of patients as a cohesive group.

In the dissertation the readiness of the future pediatrician to work in a team is understood as a stable, holistic, integrative formation of personality, which allows a pediatrician to carry out effective teamwork in a medical institution due to the value-motivational attitude to teamwork, knowledge and skills (communicative, organizational and coordination, perceptual-regulatory, subject-information), providing effective teamwork, professionally important personal qualities (friendliness, tolerance, social activity, stress resistance, sociability). It is the formation of the pediatrician's willingness to work in a team as a complex integrative professional and personal development determines the effectiveness of interpersonal and professional interaction in the team, assessing the quality of selected methods of solving professional problems, demonstrating flexibility in role-playing styles, and the ability to maintain and

strengthen cohesion and team members. Mastering this personal education provides the teacher with an advantage in the market of educational services.

The structural components of the studied competence are substantiated: motivational-value, cognitive, activity-functional, personal, as well as a set of criteria and their indicators: motivational-value (motivation for teamwork, interactive orientation, value of help and mercy to other people, need for constructive communication); cognitive (completeness and depth of acquired knowledge about the team, the principles of its work, the role in the team); activity-professional (level of mastery of skills: communicative, organizational-coordinating, perceptual-regulatory, subject-information); personal (friendliness, tolerance, social activity, stress resistance, sociability), which correlate with the selected components of the readiness of the future pediatrician to work in a team.

The levels of development of the studied readiness (low, sufficient, high) are determined and their content is revealed.

The technology of preparation of future pediatricians for team work by means of interactive teaching methods is theoretically substantiated, which contains the following stages: conceptual, motivational-professional, content-activity, diagnostic-effective. The conceptual stage involves determining the purpose of technology, namely the formation of the readiness of future pediatricians to work in a team and outline the following tasks: stimulating cognitive and professional motivation of future pediatricians; mastering knowledge about the team, the principles of its work, the role in the team; practice of skills that ensure effective teamwork (communicative, organizational-coordinating, perceptual-regulatory, subject-information); ensuring the development of personal qualities that contribute to successful teamwork (friendliness, tolerance, social activity, resilience, sociability); substantiation of methodological approaches (systemic, activity, competence, personality-oriented, synergetic, axiological, contextual, participatory)); definition of principles of training (student-centeredness, personal purpose of the undergraduate, interactivity, parity, addition, transformation and integration, situational conditionality, dialogue, tolerance, reflection and pre-enthusiasm, flexibility); conducting primary diagnostics of the level of formation of

undergraduate readiness for teamwork and the inaugural educational and methodical online seminar and training „Team approach in the training of future pediatricians” for teachers who train future pediatricians in the educational-professional program „Pediatrics” specialty 228 Pediatrics.

The motivational and stimulating stage of the technology is focused on: the formation of personal and professional sense of teamwork in graduate students; motives and values of the specialist, which determine the general direction: professional teamwork, the need for collective forms and communication; motives for self-improvement of one’s own level of readiness to work in a team, values and goals of team interaction; emotional and value attitude to team members and cooperation with them.

The essence of the content-activity stage of the technology is stated, which is aimed at transforming the content of the educational process in the direction of providing undergraduates with knowledge and skills that ensure effective teamwork. The basis of this stage was the updated content of the disciplines „Pediatrics”, „Pediatric Infectious Diseases”, „Pediatric Surgery, Orthopedics and Traumatology”, „Internal Medicine”; introduction of such teaching methods: dialogical-discussion (brainstorming, discussion, debate, round table) imitation (imitation-role and business games, case-based-learning), exercises. An important role is given to the methods („Team learning”, the method of organizing experimental group work of students) cooperative learning and coaching methods.

The technology provides for the introduction into the educational process of the author's special course „Organization of teamwork in a medical organization”, which aims to provide general theoretical training of future pediatricians on issues related to teamwork and forming components of readiness to work in a team of future pediatricians. Teaching a special course involves the use of the following interactive teaching methods: dialogue and discussion (conversation, debate, round table, discussion); simulation (business and role-playing games, integrative-faceted method, case-based-learning); project (individual, group projects, teambased learning); methods („Learning together”, „Saw”, „Saw-2”, „Team learning”, the method of organizing

experimental group work of students) and techniques („Three rounds of goal setting”, „Three steps: think - share with a partner – offer team”, „Placemat”, „Student numbering”) cooperative learning, exercises, coaching methods.

There is a harmonious combination of lectures (interactive lecture, dynamic slide lecture, video lecture (Zoom), lecture-discussion, problem lecture), seminar (seminar-discussion, seminar-defense of projects, interactive seminar, seminar of idea generation, seminar-card assault, seminar – round table, seminar-panel discussion, symposium, seminar „Aquarium”, seminar-mutual learning, seminar-colloquium, work of session groups (Zoom)) and practical classes (trainings).

It is stated that the formation of readiness of future pediatricians to work in a team should be carried out through a harmonious combination of educational and extracurricular work, which is represented by Medical Simulation Training „Virtual Simulation Clinic”, team training „Effective teamwork”, practical classes, seminars-excursions.

The diagnostic and effective stage involves control, analysis of the results, identification of shortcomings in the implementation of the process of formation of the studied readiness, clarifications, determining the prospects for further activities of both teachers and undergraduates.

The generalization of the results of experimental work, their quantitative and qualitative analysis testify to the effectiveness of the introduced technology of training future pediatricians to work in a team by means of interactive teaching methods.

The positive dynamics of formation of readiness of future pediatricians to work in a team is revealed, namely: the percentage of EG masters with a high level has changed from 20.47% to 35.5%. The number of future pediatricians who showed a low level decreased significantly (from 44.16% to 14.35%). Positive changes took place in CG undergraduates, but insignificant: high level - from 20.58% to 23.7%, sufficient - from 34.42% to 38.87%, low level - from 45.01% to 37.32%.

The analysis of the results showed a statistically significant difference between the results, confirmed by Pearson's criterion χ^2 , which indicates the unconditional effectiveness and reliability of sound and experimentally tested technology of training

future pediatricians to work in a team through interactive teaching methods. Differences in EG before and after the experiment were statistically significant ($\chi^2_{\text{emp.}} = 22.30557 > \chi^2_{\text{critical}} = 5.99$) in contrast to CG, where the difference was insignificant ($\chi^2_{\text{emp.}} = 0.39328 < \chi^2_{\text{critical}} = 5.99$).

A set of teaching materials for teachers of higher medical education to prepare future pediatricians to work in a team, which contains a bank of theoretical and practical classes, case studies, projects, exercises, training, role-playing and business games; selected and adapted a package of diagnostic materials to determine the level of readiness of future pediatricians to work in a team; the program of the special course „Organization of teamwork in the medical organization” is developed.

The study does not cover all aspects of the problem of preparing future pediatricians to work in a team. We see the prospect of further research in the development of a system for training future pediatricians to work in a team in a master's degree.

Key words: professional training, readiness, team work, master training process, technology of preparation of future pediatricians for team work by means of interactive teaching methods.

REFERENCES

Articles in scientific professional editions of Ukraine

1. Karpova M. Ye. (2018). *Vykorystannia interaktyvnykh tekhnolohii v navchanni maibutnikh pediatriv* [The use of interactive technologies in the training of future pediatricians]. *Naukovyi visnyk lotnoi akademii. Pedagogichni nauky* [Scientific Bulletin of the Flight Academy: Pedagogical Sciences], *issue 3*, 251–258. (In Ukrainian).
2. Karpova M. Ye. (2017). *Istorychni vytoky stanovlennia profesii pediatra yak subiekta komandnoi diialnosti* [Historical origins of the pediatric profession as a team member]. *Visnyk Universytetu imeni Alfreda Nobelia. Pedagogika i psykholohiia* [Bulletin of Alfred Nobel University. Pedagogy and psychology], *no. 2 (14)*, 13–18. (In Ukrainian).

3. Karpova M. Ye. (2017). *Pidkhody naukovtsiv do vyznachennia fenomeniv „komanda”, „roboty v komandi”* [Approaches of scientists to the definition of the phenomena „team”, „teamwork”]. *Pedahohichni nauky* [Pedagogical sciences]. Kherson, *issue LXXIX, vol. 2, 26–30*. (In Ukrainian).

4. Karpova M. Ye. (2018). *Formuvannia hotovnosti do roboty v komandi v maibutnikh pediatriv* [Formation of readiness to work in a team in future pediatricians]. *Naukovyi chasopys Natsionalnoho pedahohichnoho universytetu im. M.P. Drahomanova. Pedahohichni nauky: realii ta perspektyvy* [Scientific journal of the National Pedagogical University named after M.P. Drahomanov. Pedagogical sciences: realities and prospects], *issue 63, 131–136*. (In Ukrainian).

5. Karpova M. Ye. (2018). *Analiz pohliadiv naukovtsiv shchodo pidhotovky maibutnikh pediatriv* [Analysis of the views of scientists on the training of future pediatricians]. *Pedahohichni nauky* [Pedagogical sciences]. Kherson, *issue LXXXII, vol. 2, 141–145*. (In Ukrainian).

6. Karpova M. Ye. (2020). *Komponentno-strukturnyi analiz fenomena „hotovnost maibutnikh pediatriv do roboty v komandi”* [Component-structural analysis of the phenomenon „readiness of future pediatricians to work in a team”]. *Visnyk Universytetu imeni Alfreda Nobelia. Pedahohika i psykholohiia* [Bulletin of Alfred Nobel University. Pedagogy and psychology], *no. 1 (19), 13–18*. (In Ukrainian).

7. Karpova M. Ye. (2020). *Tekhnolohiia pidhotovky maibutnikh pediatriv do roboty v komandi zasobamy interaktyvnykh metodiv navchannia* [Technology of preparation of future pediatricians to work in a team by means of interactive methods of training]. *Visnyk Universytetu imeni Alfreda Nobelia. Pedahohika i psykholohiia* [Bulletin of Alfred Nobel University. Pedagogy and psychology], *no. 2 (20), 195–201*. (In Ukrainian).

Articles in scientific publications of other countries

8. Karpova M. Ye. (2020). The structure of readiness of future pediatricians to work in a team. *Colloquium-journal*. Warszawa, Polska, *no. 31 (83), part 2, 48–50*.

9. Volkova N., Tokarieva A., Karpova M. (2020). Training as an effective way to

develop the future paediatricians' readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School: monograph*. Prague, OKTAN PRINT, pp. 592–603.

The works of approbation character are published

10. Karpova M. Ye. (2017). *Shchodo vyznachennia roli komandoutvorennia u profesiinii diialnosti pediatra* [Regarding the definition of the role of team building in the professional activity of a pediatrician]. *Naukovi dosiahnennia, vidkryttia ta shliakhy rozvytku pedahohichnykh nauk: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Scientific achievements, discoveries and ways of development of pedagogical science: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Zaporizhzhia, 28–31. (In Ukrainian).

11. Karpova M. Ye. (2017). *Zastosuvannia metodu „intsydentiv” u profesiinii pidhotovtsi maibutnikh pediatriv* [Application of the „incident” method in the training of future pediatricians]. *Aktualni pytannia zastosuvannia na praktytsi dosiahnen suchasnoi pedahohiky ta psykholohii: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Current issues of practical application of the achievements of modern pedagogy and psychology: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Kharkiv, Tsentr pedahohichnykh doslidzhen Publ., 16–18. (In Ukrainian).

12. Karpova M. Ye. (2017). *Elementy pedahohichno-profesiinoi komunikatsii v navchanni maibutnikh pediatriv* [Elements of pedagogical and professional communication in the training of future pediatricians]. *Priorytetni napriamky vyrishennia aktualnykh problem vykhovannia i osvity: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Priority areas for solving current problems of upbringing and education: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Kharkiv, Tsentr pedahohichnykh doslidzhen Publ., 10–13. (In Ukrainian).

13. Karpova M. Ye. (2017). *Profesiina mobilnist maibutnikh pediatriv yak skladova komandnoi roboty* [Professional mobility of future pediatricians as a component of teamwork]. *Priorytetni napriamky rozvytku suchasnykh pedahohichnykh ta psykholohichnykh nauk: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Priority

directions of development of modern pedagogical and psychological sciences: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Odesa, Pivdenna fundatsiia pedahohiky Publ., 17–19. (In Ukrainian).

14. Karpova M. Ye. (2017). *Pytannia shchodo vynyknennia profesii pediatria* [Questions about the emergence of the profession of pediatrician]. *Faktory rozvytku pedahohiky i psykholohii v XXI stolitti: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Factors in the development of pedagogy and psychology in the XXI century: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Kharkiv, Tsentр pedahohichnykh doslidzhen Publ., 55–58. (In Ukrainian).

15. Karpova M. Ye. (2017). *Pidkhody naukovtsiv do fenomena „hotovnist fakhivtsia do roboty v komandi”* [Scientists' approaches to the phenomenon of „specialist readiness to work in a team”]. *Suchasna pedahohika ta psykholohiia perspektyvni ta priorytetni napriamy naukovykh doslidzhen: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Modern pedagogy and psychology: promising and priority areas of research: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Kyiv, Kyivska, naukova orhanizatsiia pedahohiky ta psykholohii Publ., 19–23. (In Ukrainian).

16. Karpova M. Ye. (2017). *Syndrom emotsiinoho vyhorannia ta osobystisni osoblyvosti medychnykh pratsivnykiv* [Emotional burnout syndrome and personal characteristics of medical workers]. *Praktychna psykholohiia u suchasnomu vymiri: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Practical psychology in the modern dimension: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Dnipro, Universytet imeni Alfreda Nobelia Publ., 100–102. (In Ukrainian).

17. Karpova M. Ye. (2017). *Metodolohichni pidkhody tekhnolohii pidhotovky maibutnikh pediatriv do roboty v komandi zasobamy interaktyvnykh metodiv navchannia* [Methodological approaches to the technology of training future pediatricians to work in a team by means of interactive teaching methods]. *Profesiina pedahohika ta androhohika: aktualni pytannia, dosiahnennia ta innovatsii: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Professional pedagogy and andragogy: current issues, achievements and innovations: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Kryvyi Rih, 236–238. (In Ukrainian).

18. Karpova M. Ye. (2017). *Interaktyvni tekhnolohii v navchanni maibutnikh pediatriv* [Interactive technologies in the training of future pediatricians]. *Forming of modern educational environment: benefits, risks, implementation mechanisms: international scientific and practical conference proceedings*. Tbilisi, Baltija Publ., 75–78. (In Ukrainian).

19. Karpova M. Ye. (2018). *Interaktyvni metody navchannia na osnovi navchalnoho dialohu u protsesi profesiinoi pidhotovky maibutnikh pediatriv* [Interactive teaching methods based on educational dialogue in the process of professional training of future pediatricians]. *Suchasna vyshcha osvita: problem ta perspektyvy: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Modern higher education: problems and prospects: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Dnipro, Universytet imeni Alfreda Nobelia Publ., 73–75. (In Ukrainian).

20. Karpova M. Ye. (2018). *Dosvid zastosuvannia dilovoi hry ta tekhnolohii „perevernutyi klas” („flipped classroom”) v navchanni maibutnikh pediatriv navychkam komandnoi roboty* [Experience in using the business game and „flipped classroom” technology in teaching future pediatricians teamwork skills]. *Tendentsii ta perspektyvy rozvytku v umovakh hlobalizatsii: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Trends and prospects for development in the context of globalization: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Pereiaslav-Khmelnyskii, issue 41, 314–316. (In Ukrainian).

21. Karpova M. Ye. (2018). Interactive technologies and professional communication in education of future pediatricians as a literature of effective team work. Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage proceedings of the Scientific and Practical Conference. BaiaMare, Baltija Publ., 163–166.

22. Karpova M. Ye. (2019). *Alhorytm proektuvannia tekhnolohii pidhotovky maibutnikh pediatriv do roboty v komandi zasobamy interaktyvnykh tekhnolohii* [Algorithm for designing technology for training future pediatricians to work in a team by means of interactive technologies]. *Suchasna vyshcha osvita: problem ta perspektyvy: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Modern higher education:

problems and prospects: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Dnipro, Universytet imeni Alfreda Nobelia Publ., 107–109. (In Ukrainian).

23. Karpova M. Ye. (2019). *Pohliady doslidnykiv na ryzyky tekhnologii komandoutvorennia* [Researchers' views on the risks of team building technologies]. *Praktychna psykholohiia u suchasnomu vymiri: materialy naukovo-praktychnoi konferentsii* [Practical psychology in the modern dimension: proceedings of the Scientific and Practical Conference]. Dnipro, Universytet imeni Alfreda Nobelia Publ., 88–90. (In Ukrainian).

ЗМІСТ

ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПЕДІАТРІВ ДО РОБОТИ В КОМАНДІ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ.....	
1.1. Підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді як предмет наукових досліджень.....	32
1.2. Компонентно-структурний аналіз феномену „готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді”.....	62
1.3. Наукові підходи до підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.....	93
Висновки до першого розділу.....	131
РОЗДІЛ II. Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.....	
2.1. Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.....	134
2.2. Експериментальна перевірка технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.....	163
2.3. Хід, аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження.....	191
Висновки до другого розділу.....	222
ВИСНОВКИ.....	226
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	230
ДОДАТКИ.....	267

Перелік умовних скорочень

CBL –	Case-based-learning (неігрова імітаційна активна методика)
TBL –	Teambased learning (командний метод)
TeamSTEPPS –	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (освітня програма „Командні стратегії та інструменти для підвищення ефективності та безпеки пацієнтів”)
TIPS –	Teams of Interprofessional Staff (канадський освітній проєкт „Команди міжпрофесійного персоналу”)
TOPS –	Triad for Optimal Patient Safety (освітній проєкт „Тріада оптимальної безпеки пацієнтів”)
SBAR –	Situation – Background – Assessment – Recommendation (метод навчання „Ситуація – Передумови – Оцінка – Рекомендація”)
ЗВО –	Заклад вищої освіти

ВСТУП

У наш час у зв'язку з реформуванням вітчизняної системи охорони здоров'я, відбуваються суттєві зміни, що потребують нової якості підготовки медичних кадрів, передусім педіатрів, як фахівців нового типу. У „Концепції реформування системи підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до вимог Болонської декларації” [143] серед основних принципів підготовки медичних працівників визначено формування як загальнолюдських цінностей, так і готовності до взаємодії, командної роботи.

Однією з тенденцій сучасного медичного обслуговування, є пацієнтоорієнтований підхід в лікуванні, що базується на „об'єднанні зусиль” всіх учасників лікувального процесу. Дуже часто важкі діагностичні випадки та прийняття складних рішень в лікуванні дитини потребують кооперації медичних знань та професійного синергізму у виборі стратегії лікування. Насамперед це важливо для лікарів педіатричного профілю, коли педіатр, подібно диригенту, повинен приймати рішення про співпрацю і з колегами, чітко розподіляючи обов'язки; відчувати себе частиною єдиного механізму, який ефективно працює на досягнення загальних цілей, а також бути порадником та психологом для батьків хворої дитини. Групова практика, як добровільне об'єднання лікарів, може здійснюватися на різних засадах: об'єднання кількох педіатрів; об'єднання педіатрів з іншими спеціалістами (акушерами-гінекологами, сімейними лікарями, стоматологами). Доволі часто діагностичні й лікувальні рішення стають реальними лише за умов об'єднання інтелектуальних та вольових якостей лікарів, чіткої постановки цілей та дотримання принципів взаємодії лікарів різних спеціальностей, що поєднують знання, уміння та навички. Все це робить медичну допомогу своєчасною та дозволяє уникати нераціонального використання обладнання, ресурсів, ідей та енергії.

Зазначене вимагає від педіатрів сформованої готовності працювати в команді (група людей, сумісна діяльність якої є цілеспрямованою та узгодженою взаємодією на основі синергічно координованих, професійно орієнтованих знань, навичок та особистісних якостей, що поєднують стратегію роботи, спільний

результат та спільну відповідальність протягом тривалого часу), співпрацювати, домовлятися на шляху до досягнення мети і вміти знаходити рішення, яке призведе до бажаного результату. Формуванню зазначеного сприяють нові технології професійної підготовки майбутніх лікарів, оскільки саме вони, у першу чергу, будуть виконувати місію переведення системи вищої медичної освіти на якісно новий рівень.

Зазначені чинники здебільшого складають соціальне замовлення системі професійної туристської освіти, яке має чітко окреслену законодавчу базу: Закон України „Про освіту” (2017 р.), „Про вищу освіту” (2014 р.), рішення колегії Міністерства освіти і науки України про „Концепцію розвитку вищої медичної освіти в Україні” (2007 р.), Конвенція про визнання кваліфікацій з вищої освіти в Європейському регіоні (1997 р.), Декларація про вищу освіту для XXI століття (1998 р.), у яких передбачено заходи, спрямовані на становлення майбутніх педіатрів як носіїв ефективних форм командної взаємодії із суб’єктами професійної діяльності.

У науковій літературі репрезентовано численні студії, які створюють підґрунтя для підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді та в яких, зокрема, досліджуються: загальні питання професійної підготовки медичних кадрів (Е. Борвінко [162], Н. Васюк [31], О. Ільницька [107], В. Катеринюк [107], О. Катеринюк [107], І. Кліщ [152], В. Колесник [162], І. Криницька [152], Л. Крячкова [162], В. Лехан [162], М. Марущак [152], Л. Овчаренко [288], В. Подрушняк [217], Н. Хороб [107], І. Циганенко [288] та ін.), зокрема майбутніх педіатрів (О. Грінько [67], Н. Корчагіна [273], А. Крючкова [273], В. Леднева [273], С. Мокія-Сербіна [182], М. Талікова [273], Л. Ульянова [273], В. Чечель [182] та ін.).

Різні аспекти проблеми готовності до роботи в команді привертала увагу багатьох дослідників. Учені досліджували сутність і зміст готовності до роботи в команді (Ф. Адамова [3], П. Блешмудт [18], А. Доколін [82], А. Каплієнко [108], О. Колесніченко [292], І. Приходько [292], І. Прохор [225], О. Філь [278], С. Чижевський [292], І. Шалімова [295], К. Шахмаєвої [298] та ін.), її компоненти

й склад (Є. Гасаненко [238], Є. Гітман [179], О. Лугова [166], Г. Малишева [173], Ю. Михайлова [179], В. Окунєва [196], Л. Савва [238] та ін.).

Проблеми особливостей функціонування команди, загальних проблем командної роботи, характеристик ефективних команд у галузі охорони здоров'я досліджувала значна когорта науковців (М. Белбін [11], Н. Брілл (N. Brill) [312], В. Володько [51], О. Голентовська [62], Р. Дафт [83], А. Карякін [131], А. Ксірічіс (A. Xyrichis) [364], К. Де Мааз (K. De Meuse) [356], С. Мікан (Sh. Mickan) [347], П. Мучинські [187], Е. Реам (E. Ream) [364], Х. Роббінс [233], С. Роджер (S. Rodger) [347], Е. Сандстрем (E. Sundstrom) [356], С. Тейлор [270], Д. Торрінгтон [270], М. Фінлі [233], К. Фопель [280], Д. Футрелл (D. Futrell) [356], Л. Холл [270] та ін.).

Українськими та російськими дослідниками акцентовано увагу на питаннях щодо формування готовності до роботи в команді фахівців різного профілю: студентів закладів вищої освіти (Є. Гітман [179], Ю. Михайлова [179] А. Малишева [173]), студентів технічної підготовки (Ф. Адамова [3], К. Шахмаєва [298]), керівника професійно-технічного навчального закладу (І. Шалімова [295]), учителів-логопедів (А. Каплієнко [108]), персоналу організацій (О. Філь [278]).

Питання професійної підготовки майбутніх педіатрів у закладах вищої медичної освіти розглядається дослідниками в таких різних площинах: загальні основи педіатричної освіти України у ХХІ сторіччі (О. Волосовець [52], С. Кривопустов [52], О. Січкоріз [52] та ін.), актуальні питання післядипломної підготовки майбутніх педіатрів (В. Маркевич [174], М. Загородній [174]); соціальна орієнтація підготовки педіатра на післядипломному етапі (С. Мокія-Сербіна [181], В. Чечель [181], Н. Заболотна [181]); використання інтерактивних методів навчання у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді (І. Мельничук [176]) та ін.

Водночас, незважаючи на різнопланові публікації, жодний із названих підходів повною мірою не забезпечує виконання завдання формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів

навчання через нерозробленість теоретичної і технологічної бази, яка б сприяла формуванню зазначеної якості.

Аналіз результатів теоретичних напрацювань учених щодо підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді дав змогу констатувати низку суперечностей між: об'єктивними вимогами суспільства до якості професійної підготовки педіатрів, потребами медичної практики у фахівцях, яка володіють готовністю до роботи в команді, та низьким рівнем знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективну роботу в команді, недостатньою підготовкою до командної взаємодії з членами команди; потребою підготовки магістрантів до роботи в команді та невизначеністю структури готовності майбутнього педіатра до роботи в команді; наявністю потенційних можливостей процесу професійної підготовки до формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді та недосконалістю існуючої технології формування зазначеної готовності у магістрантів.

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

Зв'язок теми дослідження з науковими програмами, планами, темами. Дисертація відповідає основним напрямам досліджень науково-дослідної лабораторії інноваційних методів навчання та кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи ВНЗ „Університету імені Альфреда Нобеля”, проведених у межах комплексних наукових тем „Модернізація професійно-педагогічної освіти в Україні в умовах інтеграції до світового освітнього простору” (державний реєстраційний номер 0112U002287) і „Теоретичні та методичні засади моделювання компетентнісної професійної освіти у контексті євроінтеграції” (державний реєстраційний номер 0717U004331). Тему затверджено вченою радою ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля” (протокол № 2 від 21 квітня 2017 р.).

Об'єкт дослідження – процес професійної підготовки майбутніх педіатрів

медичних закладах вищої освіти.

Предмет дослідження – технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретичні засади підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, розробити та експериментально перевірити технологію реалізації цього процесу.

Гіпотеза дослідження. Успішність підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді забезпечується впровадженням розробленої і теоретично обґрунтованої технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, яка спрямована на розвиток мотиваційно-ціннісного, когнітивного, діяльнісно-функціонального, особистісного компонентів зазначеної готовності.

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

1. На підставі аналізу медичної та психолого-педагогічної літератури розкрити теоретичні засади підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

2. Обґрунтувати сутність, структуру, показники та рівні сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

3. Розробити й теоретично обґрунтувати технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

4. Здійснити експериментальну перевірку ефективності технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

5. Підготувати навчально-методичний ресурс процесу підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Теоретико-методологічною основою дослідження є: наукові положення системного (І. Блауберг [17], Ю. Шабанова [293], Е Юдін [17] та ін.), діяльнісного (А. Леонт'єв [161], Л. Фрідман [281] та ін.), компетентнісного (О. Пометун [219], Г. Селевко [241], С. Фурдуй [282], О. Ходань [284] та ін.), особистісно

орієнтованого (О. Дубасенюк [86], В. Ребенок [230], І. Якиманська [305] та ін.), синергетичного (С. Вітвицька [45], В. Ільїн [151], В. Кремень [151], М. Овчинникова [195] та ін.), аксіологічного (Ю. Асєєва [192], С. Вітвицька [44], Р. Винничук [38], Л. Нігосян [192] та ін.), контекстного (А. Вербицький [33], О. Попова [221], С. Тихолаз [268] та ін.), партисипативного (Н. Титова [267], О. Фаст [276] та ін.) підходів, а також теорії професійно-медичної підготовки (Н. Васюк [31], В. Подрушняк [217], І. Криницької [152], М. Марущак [152], І. Кліщ [152], І. Циганенко [288], Л. Овчаренко [288] та ін.); теорії андрагогічної моделі інтерактивного навчання (С. Сисоєвої [246]); теорії і практики технологічного підходу в освіті (Г. Вишневська [40], С. Вітвицька [46], Д. Катарушкина [132], С. Криштоф [154], І. Прокопенко [206] та ін.); наукові праці з розробки інтерактивних методів навчання (О. Башкір [9], Н. Волкова [48], Д. Губар [69], О. Єромасова [342], Р. Кутбіддінова [342], Т. Непомняща [69], М. Романова [342], В. Ягоднікова [304] та ін.) тощо.

З метою досягнення мети, вирішення визначених завдань, перевірки висунутої гіпотези використано комплекс таких **методів дослідження**: *теоретичні* – аналіз, узагальнення та систематизація наукових положень з метою розробки теоретичних засад підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання; *емпіричні*: діагностичні (анкетування, бесіда, тестування); *обсерваційні* (спостереження, самоспостереження) з метою визначення у магістрантів рівня сформованості готовності до роботи в команді; педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний) з метою визначення ефективності впровадження технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання; *методи математичної статистики* для визначення статистичної значущості отриманих результатів у ході експериментальної роботи.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася впродовж 2018–2020 рр. на базі ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля”, Запорізького державного медичного університету МОЗ України, ДЗ „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони

здоров'я”, ДЗ „Дніпровська медична академія МОЗ України”, Одеського національного медичного університету, Харківського національного медичного університету МОЗ України. На різних етапах до експерименту було залучено 208 магістрантів, які є здобувачами другого (магістерського) рівня за освітньо-професійною програмою „Педіатрія” зі спеціальності 228 Педіатрія. Вони були поділені на дві групи: експериментальна – 103 особи; контрольна – 105 осіб (працювала за традиційною навчальною програмою), а також 15 викладачів вказаних закладів вищої освіти.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

– уперше розроблено, теоретично обґрунтовано й експериментально перевірено технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання на підставі системного, діяльнісного, компетентнісного, особистісно орієнтованого, синергетичного, аксіологічного, контекстного, партисипативного підходів, що містить такі взаємопов’язані етапи: концептуальний, мотиваційно-професійний, змістово-діяльнісний, діагностико-результативний;

– уточнено й конкретизовано понятійно-категоріальний апарат досліджуваної проблеми („підготовка”, „професійна підготовка”, „професійна підготовка майбутніх педіатрів”, „готовність”, „команда”, „робота в команді”, „готовність до роботи в команді”, „готовність майбутнього педіатра до роботи в команді”, „педагогічна технологія”, „технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання”);

– удосконалено зміст, методи (діалогічно-дискусійні, імітаційні, проектні, кооперативного навчання) та форми навчання (лекційні, практичні та семінарські заняття, позанавчальні заняття), спрямовані на розвиток мотиваційно-ціннісного, когнітивного, діялісно-функціонального, особистісного компонентів готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді;

– набули подальшого розвитку наукові уявлення про сутність, структуру, компоненти, показники й рівні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді; діагностичний інструментарій оцінювання рівнів зазначеної готовності.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в розробці та впровадженні технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів, що може бути покладена в основу моделювання відповідного процесу для магістрантів, які навчаються за спеціальністю 228 Педіатрія; суттєвому оновленні, модифікації та коригуванні змісту навчальних дисциплін „Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби”, а також у створенні та впровадженні програми й навчально-методичного забезпечення спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації”.

Основні положення дисертації можуть бути використані для подальшого вдосконалення теорії та практики професійної педагогічної освіти, зокрема при розробці посібників, програм спецкурсів для студентів, магістрантів та аспірантів з питань підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді, в системі підвищення кваліфікації та перепідготовки медичних кадрів і самоосвітній діяльності педіатрів.

Основні положення та результати дослідження **впроваджено** в процес професійної підготовки ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля” (акт впровадження № 41/1 від 05.02.2021 р.), Запорізького державного медичного університету МОЗ України (акт впровадження № 37 від 22.06.2020 р.), ДЗ „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я” (акт впровадження № 14 від 17.09.2020 р.), ДЗ „Дніпровська медична академія МОЗ України” (акт впровадження № 2 від 22.06.2020 р.), Одеського національного медичного університету (акт впровадження № 2 від 04.09.2020 р.), Харківського національного медичного університету МОЗ України (акт впровадження № 2 від 16.09.2020 р.).

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження репрезентовано в доповідях і повідомленнях на науково-практичних конференціях різних рівнів: міжнародних: „Актуальні питання застосування на практиці досягнень сучасної педагогіки та психології” (Харків, 2017), „Пріоритетні напрямки вирішення актуальних проблем виховання і освіти”

(Харків, 2017), „Пріоритетні напрямки розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук” (Одеса, 2017), „Фактори розвитку педагогіки і психології в XXI столітті” (Харків, 2017), „Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень” (Київ, 2017), „Практична психологія у сучасному вимірі” (Дніпро, 2017, 2019, 2021), „Професійна педагогіка та андрагогіка: актуальні питання, досягнення та інновації” (Кривий Ріг, 2017), „Forming of modern educational environment” (Тбілісі (Грузія), 2017), „Тенденції та перспективи розвитку в умовах глобалізації” (Переяслав-Хмельницький, 2018), „Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage” (Бая-Маре (Румунія), 2018), „Сучасна вища освіта: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень” (Дніпро, 2021), „Актуальні проблеми педагогічної освіти: новації, досвід та перспективи” (Запоріжжя, 2021); всеукраїнських: „Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки” (Запоріжжя, 2017), „Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи” (Дніпро, 2018, 2019).

Основні теоретичні положення і результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи, щорічних звітних науково-практичних конференціях професорсько-викладацького складу ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля” (2018–2020 рр.).

Публікації. Основні теоретичні положення й висновки дослідження відображено у 23 публікаціях, з яких: 7 статей у провідних наукових фахових виданнях України, внесених до міжнародних наукометричних баз, 1 стаття у зарубіжному виданні, 1 стаття у колективній зарубіжній монографії у співавторстві, 14 статей і тез доповідей у збірниках матеріалів міжнародних та всеукраїнських конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається з анотації, вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (364 найменування, в тому числі 57 іноземними мовами), 18 додатків. Дисертація містить 27 таблиць та 21 рисунок. Загальний обсяг дисертації – 363 сторінка, з них – 207 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПЕДІАТРІВ ДО РОБОТИ В КОМАНДІ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ

1.1. Підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді як предмет наукових досліджень

Сучасні швидкоплинні перетворення українського суспільства призвели до зміни установок користувачів медичних послуг. На сьогодні людина висуває підвищені вимоги не лише до якості та результатів медичного обслуговування, а й до змісту самого процесу надання лікарської допомоги. Сказане актуалізує проблему всебічної підготовки висококваліфікованих лікарів, що підтверджується низкою нормативних документів. Так, наказ МОЗ України від 21.09.2012 р. № 732 „Про затвердження плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 року” [224], а також нова стратегія МОЗ України „Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки” [191] визначили ключові проблеми системи охорони здоров'я, шляхи формування державної політики в медицині та зміни в системі підготовки медичних кадрів шляхом підвищення кваліфікації персоналу з подальшим його розвитком.

На сьогодні лікар-педіатр – це кваліфікований спеціаліст у галузі клінічної медицини, який займається діагностикою, лікуванням та профілактикою захворювань дитячого віку, враховуючи сучасні тенденції та методики лікування. Ефективність роботи майбутнього педіатра залежить як від його професійної компетентності, так і від уміння співпрацювати з середнім та молодшим медичним персоналом, батьками хворої дитини та іншими вузькопрофільними дитячими спеціалістами (отоларингологи, гастроентерологи, гінекологи, ендокринологи, дерматологи, стоматологи, травматологи та ін.) для того, щоб

об'єднати їх в єдину команду з метою визначення найефективнішого шляху лікування дитини. Отже, ми маємо командну форму діяльності, результат роботи якої залежить від злагодженості дій її членів, чіткого розподілу обов'язків та відповідальності.

На основі аналізу практичного досвіду нами охарактеризовано три моделі надання медичної допомоги дітям: 1) лікар-педіатр як первинна ланка надання медичної допомоги дітям; 2) лікар загальної практики, який виконує функції первинної ланки, а лікар-педіатр є консультантом; 3) комбінована система, що ґрунтується на перелічених моделях.

Наведемо приклади. Так, серед 34 країн Європи систему первинної медичної допомоги дітям організовано як педіатричну, тобто лікарем первинного контакту є лікар-педіатр (I модель). До цих країн належать Іспанія, Греція, Чехія, Словаччина, Болгарія, Кіпр, Словенія, Литва, Росія, Україна та ін. У 16 країнах Європи функціонує комбінована система (III модель) надання медичної допомоги дітям (Франція, Португалія, Німеччина, Швейцарія, Бельгія, Польща, Угорщина, Італія, Туреччина, Латвія, Естонія, Швеція, Австрія та ін.). Лише в 6 країнах Європи первинну медичну допомогу дітям надають лікарі загальної практики (II модель), зокрема у Великій Британії, Ірландії, Данії, Нідерландах, Норвегії, Фінляндії.

Залежно від існуючих моделей надання медичної допомоги дітям існує дві моделі підготовки лікарів-педіатрів:

- система додипломної підготовки із подальшою післядипломною підготовкою лікарів-педіатрів та неонатологів (інтернатура протягом 1–3 років) та спеціалізацією „вузьких” спеціальностей (дитяча кардіологія, гастроентерологія тощо);

- додипломна підготовка лікаря загальної практики, післядипломна підготовка лікаря-педіатра загальної практики (pediatric generalist) у резидентурі (residency) протягом 2–3 років та подальша спеціалізація (fellowship) протягом 1–3 років із педіатричних субспеціальностей (pediatric subspecialties), наприклад дитячої кардіології, нефрології, гастроентерології тощо.

Перша модель підготовки лікарів-педіатрів та „вузьких” спеціалістів педіатричного профілю характерна для країн колишнього Радянського Союзу, Словаччини, Чехії, Іспанії, Болгарії та ін., а друга модель – для розвинених країн світу (США, Франція, Велика Британія, Японія, Німеччина та ін.), оскільки вона потребує більших матеріальних та фінансових витрат на підготовку фахівців [290].

Таким чином, підготовка майбутніх педіатрів потребує урахування світових тенденцій та специфіки надання медичної допомоги дітям в Україні, результатів наукових досліджень у реалізації сучасних напрямів покращення їх професійної складової.

З метою конкретизації та поглибленого аналізу означених теоретичних засад їх структуровано в чотири групи, які наведено на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Структура теоретичних засад підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді

До *першої групи теоретичних засад* підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання віднесено історичні та державні документи, в яких окреслені основні вимоги до зазначених фахівців.

Жодна професія не може похвалитися такою величезною кількістю писемних документів-настанов, законоположень і молитов, які протягом тисячоліть наголошують на особистісних якостях, професійних уміннях, якими повинен володіти лікар. „Особистість лікаря в усіх країнах і в усі часи вважалася однією з найбільш шанованих, набуваючи ореолу великого та всемогутнього, наділеного Богом надлюдськими можливостями” [144].

Зазначимо, що початок розвитку педіатричних знань відноситься до глибокої давнини. За часи Київської Русі відомо, що досвід медичного обслуговування дітей прийшов до нас зі Стародавньої Греції та Риму.

Відомий давньогрецький лікар Гіппократ (460–372 рр. до н.е.) написав книгу „Про природу дитини”, в якій приділяв увагу особливостям розвитку та лікуванню дитини. Розробивши кодекс моральних норм для лікарів, він у сконцентрованому вигляді презентував моральні, гуманні норми поведінки лікаря, до яких і сьогодні мало що можна додати [191]. Лікар, на його думку, повинен викликати довіру й повагу своїм характером, підходом до людей, бути ввічливим, оскільки суворість сприяє виникненню бар’єра між лікарем та хворим; дотримуватись принципу „не зашкодь хворому” (*non nocere*), додержуватись обережності та поступовості у призначенні лікарських засобів.

Щодо дитячих лікарів, то велике значення мали роботи Сорана Ефесьського, який жив у Римі в період правління Траяна та Адріана і був сучасником Галена (наголошував на тому, що лікар у процесі тісної взаємодії з колегами, батьками дитини має виявляти такт, розсудливість та поміркованість). Роботи Сорана Ефесьського мають змістовний матеріал з догляду за новонародженою дитиною та дитиною грудного віку, а також дієтики та співпраці з батьками. Особливе значення в той час набула книга цього видатного педіатра „*De arte obstetrica*”, що дозволило вважати його першим педіатром Риму.

Значний вклад в розвиток педіатрії зробив арабський лікар Абу Алі Ібн Сін

(Авіценна) у праці „Канон лікарської науки”, в якій вчений детально зупиняється на вигодовуванні дітей, ставленні матері до своєї дитини, особливо раннього віку, що, на його думку, допомагає формуванню характеру дитини та сприяє її виліковуванню. Він пропагував індивідуальний підхід до лікування пацієнта з урахуванням стану психіки. На його думку, для успіху лікування велике значення мають душевний спокій, рівновага, гуманне ставлення до дитини, встановлення сприятливих взаємин з її батьками, перш за все з матір'ю [21, с. 248].

Праці лікарів античності мали великий вплив на їх послідовників. Вважаємо за необхідне згадати добре відоме ім'я лікаря середньовіччя Абу Бакра Ар-Разі (865–925 рр.), якого вважали „арабським Гіппократом”. Серед його 180–200 праць, присвячених медицині, філософії, хімії, математиці та ін., було всього декілька сторінок невеликого педіатричного трактату під назвою „Дитяча практика”, який в 24 розділах мав описання одного дитячого захворювання та його груп. У кожному розділі викладались причини захворювання, клініка, лікування і прогноз. Вперше „Дитяча практика” була надрукована в Мілані в 1481 р., а потім неодноразово перевидавалась протягом XV–XVII ст. та мала значний вплив на способи лікування хвороби дитячого організму [60].

За твердженням Г. Глязера, у IX ст. в м. Салерно (південна Італія) був створений центр медичних знань і викладання медицини, який поступово досяг розквіту (перша вища медична школа в Європі). Ймовірно, це було починання кількох лікарів, які виявили бажання навчати молодих людей медицині. Незабаром було утворено співдружність, яка набула повагу і визнання і з гордістю називала себе „Гіппократовою громадою” [60]. Як свідчать історики, її можна охарактеризувати як першу спробу співпраці лікарів-практиків (командної роботи).

Засновник ятрохімії професор Базельського університету Парацельс (1493–1541 рр.) значну увагу приділяв проблемі високих моральних якостей лікаря та вважав, що останній удень і вночі має думати про свого хворого. Вважав, що моральні відносини з пацієнтом є складником стратегії терапевтичної поведінки лікаря. В своїх працях він наголошував, що „... сила лікаря в його серці. Основа

лікарства – любов. З цією рисою ... пов'язані душевність, чуткість, готовність прийти на допомогу, альтруїзм. Любов лікаря – не декларація, вона дієва й рішуча. Проте рішучість та сміливість лікаря не мають бути безмежними та бездумними” [249, с. 19].

На нашу думку, „модель Парацельса” є взірцем урахування індивідуальних особливостей особистості, визнання глибини її душевних контактів з лікарем та включеності цих контактів у процес лікування. Вона фіксує, що „зразком” зв'язків між лікарем і пацієнтом є не лише кровні відносини, для яких характерні позитивні психоемоційні прихильності й соціально-моральна відповідальність, а й „цілющість” самого контакту лікаря і хворого, їх єднання. Не дивно, що основним моральним принципом, що формується в межах даної моделі, є принцип „роби добро”, благо, або „твори любов”, благодіяння, милосердя.

Значущість довірливих відносин між лікарем і пацієнтом неодноразово підкреслювалася видатним лікарем Абу-ль-Фараджем (VIII ст.), який писав: „Нас троє – ти, хвороба і я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишуся один – ви мене переможете; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна – ми її здолаємо”.

Як зазначає Т. Сорокіна [255], першими лікарями-педіатрами (походить від грецьких слів „*paidos*” і „*jatreia*” – відповідно „дитина” і „лікування”), що проживали на території теперішньої України вважають лікаря-монаха Доміана та онуку В. Мономаха Євпраксію. Саме вона після одруження переїхала до Візантії, прийняла ім'я Зої та опублікувала під цим ім'ям трактат грецькою мовою, який фактично являв собою медичну енциклопедію. Він містив змістовні розділи „Про вагітну та утробне”, „Про те, як годувальниці поводити себе”, „Про догляд за дитиною”. Ці праці особливо цінні тим, що є оригінальними, базуються на вченні Сорана, Авіценни, Галена, проте не повторюють їх, містять особисті рецепти та рекомендації „княгині Зої”.

Допомогу дітям надавали представники народної медицини, як правило лікарки, іменовані іноді „віщими дружинами”. Допомогу породіллі та дітям

раннього віку надавали повитухи. Крім того, допомогу хворим дітям різного віку надавали й інші народні медики.

Як правило, лікарі не лікували дітей, особливо дітей грудного віку. Навіть при царському дворі, до якого були приписані лікарі-іноземці, вони дуже рідко залучалися до лікування дітей царської сім'ї. Так, наприклад, Василь III писав цариці Олені з приводу хвороби сина (майбутнього Івана Грозного): „І з княгинями б єси і з бояриня поговорила, що таке у Івана сина явилось і живе таке у дітей малих і буде живе, ін з чого таке живе, з роду чи або з іншого чого”. У Росії, вже починаючи з X ст., в рукописах є початки педіатрії та закладені основні її розділи – допомога новонародженим, догляд і вигодовування, основи гігієни дитини, особливості розвитку дитини в різні вікові періоди, основи вакцинації, загартовування.

У XV–XVIII ст. поряд з розвитком професійної педіатрії, впливовою залишалась народна медицина. Стійкість і непорушність в моральних поглядах і побутових звичаях зумовили збереження прийомів догляду за дітьми і засобів їх лікування в народній медицині аж до XIX ст.

Як вказують історичні джерела, лікуванням хворої дитини в той час займались, зазвичай, навіть не педіатри, а народні лікарі. Хвороба дитини розглядалась як стан, на розвиток якого вплинути могли якісь вищі сили, події, але не медичні знання педіатрів того часу. Батьки хворої дитини були відсторонені від лікування своєї дитини й не розраховували на успішність лікаря. Таким чином, ми бачимо, що передумови для командної взаємодії лікарів, лікарів з батьками хворої дитини були відсутні.

Ставлення до дітей, турбота про них, розвиток народної педіатрії в усіх країнах залежали від умов життя народу. Розвиток суспільства вплинув й на розвиток медицини.

За твердженням істориків медицини до другої половини XIX ст., педіатрія розвивалась поряд з акушерством і гінекологією і тільки потім відокремилась в галузь медицини, що вивчає стан здоров'я дитини в період розвитку, патологію і

фізіологію в дитячому віці, а також розробляє методи діагностики, лікування і профілактики захворювань дітей.

Ідеї щодо необхідності командної роботи педіатра знаходимо у Степана Хомича Хотовицького (1796–1889 рр.), який спочатку своєї діяльності був ординарним професором, а потім завідувачим кафедрою акушерства, жіночих та дитячих хвороб Медично-хірургічної академії (м. Петербург) поєднав ці дисципліни у єдине коло в наданні медичної допомоги хворим дітям. В своїй відомій книзі „Педіятрика” (1847 р.) зазначав, що педіатр, який опікується здоров'ям дитини, має вміти встановлювати гармонійні відносини з хворою дитиною та її батьками, а також співпрацювати з іншими лікарями, якщо того потребує ситуація.

Так в 1902 р. видатні педіатри Європи прийшли до ідеї об'єднання своїх зусиль та створили Лігу по боротьбі з дитячою смертністю, яка, не дивлячись на діяльність окремих лікарів, була дуже високою. Перший міжнародний Конгрес по охороні дитинства відбувся в Берліні у 1911 р. Це був початок міжнародної взаємодії в галузі педіатрії, логічним продовженням якого стали міжнародні з'їзди педіатрів, які об'єднували лікарів у велику команду на основі тісних наукових зв'язків [255].

Засновник наукового акушерства, педіатрії та фармакогнозії Н. Максимович-Амбодик п'ятий розділ свого відомого підручника „Искусство повивания, или Наука о бабичем деле...” присвятив педіатрії, розвитку дитини від народження та лікуванню хвороб дитячого та підліткового віку. Основні питання, яким приділяв увагу науковець, були пов'язані з профілактичною медициною, підготовкою майбутніх матерів до пологів, раціональним харчуванням дитини та раціональною фармакотерапією захворювань. Для нас вагомими стали його думки щодо необхідності поєднання знань з акушерства та педіатрії на користь співпраці „педіатр – мати – дитина” [255].

Величезний вклад в розвиток педіатрії зробив професор І. Троїцький (1856–1923 рр.), підручник якого „Курс лекцій з хвороб дитячого віку” (1887 р.), був першим повноцінним підручником з педіатрії в Україні. Учений працював у

галузі антенатальної профілактики, гігієни дітей, з'ясування етіології та патогенезу дитячих інфекційних хвороб. Він довів вплив соціально-економічних умов на розвиток рахіту і рівень дитячої смертності, а також необхідність заходів щодо охорони здоров'я матері для нормального розвитку дитини. В 1900 р. під керівництвом І. Троїцького було створено Київський осередок педіатрів, а потім міжнародний осередок дитячих лікарів, проведено перший міжнародний з'їзд педіатрів. Науковець акцентував увагу на тому, що взаємодія в системі „педіатр – мати – хвора дитина” досягає успіху в лікувальному процесі лише завдяки командній роботі, в основі якої порозуміння, єдність цілей, ввічливість та встановлення гармонійних стосунків [249]. Крім того, хочеться зазначити, що саме І. Троїцький наполягав на доцільності співпраці педіатрів з лікарями інших спеціальностей.

Слід зазначити, що педіатрія є інтегративною наукою про дитину, її внутрішній світ, її розвиток в різні вікові періоди, що вивчає закономірності розвитку дитини, механізми та причини захворювань, методи їх лікування та профілактики.

Професор М. Зеленський писав: „Лікар-педіатрік повинен знати, крім розвитку зародка, крім фізіології взагалі й особливості дитячого віку, крім гістології, хімії, наскільки вони потрібні для розпізнавання хвороб всіх взагалі, крім патологічної анатомії і хвороб дорослих, які майже всі зустрічаються у дітей, ще видозміни яким піддаються хворобливі явища у дитини, внаслідок особливостей його фізіологічних умов; для такого лікаря необхідне саме близьке знайомство з хворобами, які зустрічаються тільки у дітей, а також дією ліків на дитячий організм; нарешті, він повинен вміти досліджувати хворе дитя, що вимагає особливого навику, і нерідко найдосвідченіший лікар, який лікує переважно дорослих, не вміючи досліджувати хвору дитину, встане в безвихідь при самій нікчемній хворобі” [285].

Крім того лікар-педіатр повинен володіти не тільки знаннями про анатомо-фізіологічні властивості організму дитини, про догляд та лікування, а й має формувати особливі стосунки з дітьми, сповідувати особливу ідеологію.

Враховуючи вразливу психіку дитини, іноді дуже складну реакцію дитини на обстеження, лікар-педіатр з почуттям поваги та любові повинен підходити до кожної дитини. З цього приводу професор С. Хотовицький писав, що дитячий лікар повинен мати особливий хист: „... крім ґрунтовних теоретичних і практичних знань лікарських, крім здатності до спостереження, крім спокою і твердості духу, крім справедливості та лагідності у вчинках, дитячий лікар повинен знаходити задоволення у спілкуванні з дітьми, він повинен бути з ними як би дітям...” [285].

Вагомий вклад в розвиток педіатрії зробив професор Микола Петрович Гундобін, який в 1847 р. очолив кафедру педіатрії Військово-медичної академії в Петербурзі. Особисто йому належить 65 наукових праць, серед яких визначне місце посідає праця „Особенности детского возраста” (1906 р.). У ній детально викладені особливості будови та функції дитячого організму, розвиток дитини та вплив на нього батьківської турботи, уваги, а також вплив лікаря-педіатра під час лікування від захворювань, а також значення методів гігієни та дієтетики в комплексному лікуванні [264, с. 8–9].

Великий вплив на розвиток світової педіатрії мала клінічна, наукова, педагогічна діяльність професора Н. Філатова. Працюючи над діагностикою та лікуванням дитячих хвороб, дослідник наполягав на тому, що в лікуванні дитини повинні приймати участь лікарі, що знаються в отоларингології, офтальмології або хірургії. Спільна діяльність декількох лікарів, що об'єднувала зусилля й знання, давала чудову результативність, яка була висвітлена в багатьох працях дослідника („Лекции об острых инфекционных болезнях у детей”, „Семиотика и диагностика детских болезней”, „Краткий учебник детских болезней”, „Клинические лекции”). Результатом багаторічної діяльності вченого стало створення першої школи педіатрів [264, с. 13–14].

Отже, ще в стародавні часи були започатковані основи професії педіатра, визначенні основні риси, які мають бути притаманні цьому фахівцю. Філософи та лікарі того часу ретельно описували процес лікування хворої дитини та його успішність у разі поєднання роботи педіатра, перш за все, з батьками хворої

дитини, а також з лікарями інших спеціальностей. Ці думки не втратили свого змісту й сьогодні. Так, Андре Моруа на Міжнародному конгресі з лікарської етики в Парижі (1966 р.) зазначив: „... Завтра, як і сьогодні, будуть хворі, завтра, як і сьогодні, знадобляться лікарі. ... Завтра, як і сьогодні, людина в медичному халаті буде рятувати життя стражденному, хто б він не був – друг або недруг, правий або винуватий. І життя лікаря залишиться таким же, як і сьогодні, – важким, тривожним, героїчним і піднесеним”.

Ретроспективний історико-педагогічний аналіз засвідчив, що наука впродовж тривалого періоду всебічно розробляє проблеми педіатрії, взаємодії педіатра з дитиною її батьками, колегами задля успішного лікування дитячих хвороб.

Принагідно зазначимо, що і на сьогодні майбутні педіатри для надання кваліфікованої медичної допомоги дітям мають мати не лише глибокі теоретичні знання, а й тонко розуміти психологію хворої дитини та її батьків, співпрацювати з ними з метою подолання недугу й підтримки здоров'я дитини. Як стверджують медичні деонтологи, сучасний педіатр зобов'язаний бути не тільки лікарем, а ще й психологом і педагогом, адже він постійно спілкується не лише з дитиною, але й її батьками, бабусями і дідусями, а тому зобов'язаний мати високий авторитет у батьків, тому що лише спільними зусиллями можна забезпечити правильний розвиток дитини івилікувати її в разі захворювання.

Розглянемо сучасні вимоги до майбутніх педіатрів. Так, у Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я [81] зазначається, що лікар-педіатр (див. дод. А): керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію педіатричної допомоги; застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих дітей та підлітків; надає швидко та невідкладну медичну допомогу хворим; здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів; проводить консультації за направленнями лікарів інших спеціальностей; бере участь в проведенні протиепідемічних заходів у разі виникнення осередку інфекції; дотримується

принципів медичної деонтології; керує роботою середнього медичного персоналу; планує роботу та проводить аналіз її результатів; веде лікарську документацію; бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення; постійно удосконалює свій професійний рівень.

У тому ж довіднику зазначено, що педіатр повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; організацію педіатричної допомоги; права, обов'язки та відповідальність лікаря-педіатра; показники роботи лікувально-профілактичних закладів, пологових будинків, дитячих дошкільних закладів, шкіл, дитячих будинків, станцій швидкої допомоги та інших установ, робота яких пов'язана з обслуговуванням дітей; основи нормальної та патологічної анатомії, фізіології, кровотворення та гемостазу, водно-електролітного обміну, кислотно-лужної рівноваги, імунології, генетики та фармакології; клініку, методи профілактики, діагностики та лікування основних соматичних і інфекційних захворювань, патологічних станів у дітей; суб'єктивні, об'єктивні та спеціальні методи обстеження дітей, трактування даних цих обстежень; сучасну класифікацію дитячих хвороб; питання диспансеризації хворих дітей і профілактики хронічних форм захворювань; правила видачі довідок та листів непрацездатності по догляду за хворою дитиною; питання організації і завдання гігієнічного навчання та виховання дітей; принципи раціонального (збалансованого) вигодовування і харчування дітей, дієтотерапію при різних видах патології; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Отже, аналіз державних та історичних документів стосовно становлення професії педіатра і підготовки майбутніх педіатрів дозволив виявити вимоги до лікарів цього фаху, насамперед до командної роботи.

Розкриваючи зміст *другої групи теоретичних засад* підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді, акцентуємо увагу на таких поняттях як „підготовка”, „професійна підготовка”, „професійна підготовка майбутніх

педіатрів”, „готовність”, „команда”, „робота в команді”, „готовність до роботи в команді”, „готовність педіатра до роботи в команді”.

Розкриття проблеми підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання потребує однозначності в розумінні змісту дефініції „професійна підготовка майбутніх педіатрів”.

Актуальними в контексті нашого дослідження є питання професійної підготовки медичних кадрів, які досліджувалися у працях Е. Борвінко [162], Н. Васюк [31], О. Ільницької [107], В. Катеринюк [107], О. Катеринюк [107], І. Кліщ [152], В. Колесник [162], І. Криницької [152], Л. Крячкової [162], В. Лехан [162], М. Марущак [152], Л. Овчаренко [288], В. Подрушняка [217], Н. Хороб [107], І. Циганенко [288] та інших.

Важливим у контексті нашого дослідження є обґрунтування феномену „підготовка” й „професійна підготовка”.

Поняття „підготовка” визначають як сукупність засобів і методів, а також порядок їх використання в навчанні [150, с. 161]; найважливіше завдання вищої школи [204, с. 18]. У „Великому тлумачному словнику сучасної української мови” поняття „підготовка” визначається як запас знань, навичок, досвіду, набутого у процесі навчання, а також практичної діяльності [32, с. 935].

В. Семиченко робить влучний, на наш погляд, висновок щодо сутності поняття „підготовка”, і розглядає його у двох аспектах: „1) як навчання – деякий спеціально організований процес формування готовності до виконання майбутніх завдань; 2) як готовність – наявність компетенції, знань, умінь та навичок, необхідних для успішного виконання певної сукупності завдань” [245]. Ми погоджуємося з твердженням автора, оскільки воно такою ж мірою є правомірним й для підготовки майбутнього педіатра.

За результатами досліджень змісту професійної освіти науковцями зроблено такі визначення терміну „професійна підготовка”:

– сукупність спеціальних знань, умінь і навичок, якостей особистості, трудового досвіду і норм поведінки, які забезпечують можливість успішної праці

за обраною професією; процес повідомлення учням відповідних знань і вмінь [150, с. 549];

– процес і результат діяльності, спрямований на оволодіння певним запасом професійних знань, умінь та навичок, а також якостей особистості, необхідних для успішного виконання професійної діяльності [96, с. 8];

– має розглядатися через її результат або через процес його отримання як сукупність спеціальних знань, навичок і вмінь, якостей професійного досвіду та норм поведінки, які забезпечують можливість успішної діяльності за певною професією [5];

– процес формування компетентних фахівців, які можуть максимально втілювати свій потенціал у певній галузі трудової діяльності [152, с. 84].

Отже, аналіз публікацій показав, що професійна підготовка розглядається науковцями як „система професійного навчання, яка відображає процес оволодіння знаннями, вміннями й навичками, необхідними для самостійної професійної діяльності. Проте, професійна підготовка повинна включати не тільки оволодіння майбутніми фахівцями процесуальною складовою професійної діяльності, а й цілеспрямовану діяльність з метою формування і розвитку професійно- й особистісно-значущих якостей, що забезпечують ефективність обраної діяльності” [158, с. 156]. Важливо наголосити, що зміст професійної освіти обумовлений не тільки майбутнім видом діяльності, а й потребами універсального розвитку людської культури.

Щодо професійної підготовки майбутнього педіатра, то сьогодні вона стає предметом багатьох досліджень. Підвищення інтересу дослідників до даного питання пов'язане з особливими вимогами до якості професійної підготовки у закладах вищої медичної освіти, що зумовлено реформами охорони здоров'я, які орієнтовані на розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, ускладненням професійної діяльності педіатра тощо.

Професійна підготовка лікаря-педіатра має особливі кваліфікаційні вимоги. Так, майбутній педіатр повинен володіти навичками профілактичної діяльності, зберегти і підтримати основи здоров'я дитини, забезпечити своєчасну діагностику

ранніх проявів найрізноманітніших патологій, специфічних для різних вікових груп, і скерувати дитину до спеціаліста певного профілю, тобто володіти навичками лікаря-універсала, лікаря загальної педіатричної практики [66; 67].

Питанню професійної підготовки майбутніх педіатрів присвячено роботи О. Грінько [67], Н. Корчагіної [273], А. Крючкової [273], В. Леднєвої [273], С. Мокія-Сербіної [182], М. Таликової [273], Л. Ульянової [273], В. Чечель [182] та інших. Однак, незважаючи на значний інтерес дослідників, проблема підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді залишається актуальною.

Беручи до уваги погляди вищезазначених дослідників, ми пропонуємо характеристику певних ознак професійної підготовки майбутніх педіатрів. Перша з них враховує потребу забезпечення лікарів максимально широким колом знань. Друга – спеціальна підготовка з обраної профільної дисципліни: кардіології, неврології, ендокринології тощо. Третя підкреслює пріоритетність методичної підготовки, необхідної для щоденної професійної праці лікаря. Четверта передбачає, що в умовах, які швидко змінюються, педіатра треба готувати до розв'язання різноманітних ситуацій, до взаємодії з колегами, батьками хворої дитини та іншим медичним персоналом. У пошуках ідеального рішення вважаємо, що доцільно розробити концепцію, яка інтегрує елементи усіх попередніх. Співіснування різних концепцій ілюструє складність і неоднозначність професійної підготовки майбутнього педіатра.

Крім поняття професійної підготовки, варто також розглянути дефініцію „готовність”. Тому що „метою і результатом якісної професійної підготовки фахівця повинна бути готовність до” [39] професійної діяльності.

Тому проаналізуємо підходи науковців до розкриття сутності поняття „готовність”.

Готовність людини до будь-якої діяльності досліджувалась вченими з початку ХХ ст., коли були проведені численні розробки в галузі нейрофізіологічних механізмів регуляції та саморегуляції поведінки людини. Саме в цей час готовність була означена складовою таких механізмів. Педагоги того часу визначили поняття „готовність” як сукупність знань, умінь та навичок.

Сучасні погляди на поняття готовність вживається в різних значеннях (див. табл. 1.1.).

Таблиця 1.1

Наукові підходи до визначення змісту поняття „готовність”

Джерело	Визначення змісту поняття „готовність”
Д. Узнадзе [272, с. 303]	установка на виконання дії, своєрідний стан особистості, що виникає, коли існує певне питання та необхідність його розв’язання; якість особистості, що визначає стійкість діяльності людини в полімотивованому просторі
К. Дурай- Новакова [88]	суб’єктивний стан особистості, яка вважає себе здатною і підготовленою до виконання певної професійної діяльності та прагне її виконувати; складне структурне утворення, центральним ядром якого є позитивні установки, мотиви та усвідомлення цінності професійної діяльності
М. Дьяченко, Л. Кандинович [89]	пристосування можливостей особистості для успішних дій в даний момент, внутрішнє налаштування особистості на певну поведінку при виконанні задач, установка на активні та цілеспрямовані дії
А. Клімова [133, с. 56]	складне структурне утворення, яке включає мотиви, що спрямовують особистість на усвідомлення необхідності вирішення завдань, і є результатом підготовки до професійної діяльності
Енциклопедія освіти [92, с. 137]	стан мобілізації психологічних і психофізіологічних систем, які забезпечують виконання певної діяльності
С. Максименка, О. Пелеха [171]	цілеспрямований прояв особистості, який включає погляди, переконання, знання, звички, уміння, ставлення, мотиви, вольові та інтелектуальні якості, почуття, установки
А. Резановича [231, с. 44]	внутрішня якість особистості, в якій виражено її прихильність до здійснення діяльності, а також ступінь засвоєння нею елементів, відповідного соціального досвіду та здатність використовувати цей досвід у професійній діяльності

На підставі аналізу літературних джерел, наведених у табл. 1.1, з’ясовано, що науковці тлумачать поняття „готовність” неоднозначно, це пояснюється розмаїття підходів до аналізу сутності пропонованого феномену. Проте, готовність

здебільшого розглядається як складне особистісне утворення, сукупність здібностей, якість особистості, психологічний стан, суттєва ознака установи, психологічна умова успішності виконання діяльності тощо. Отже, слід зазначити, що більшість авторів розкривають „готовність” через сукупність мотиваційних, пізнавальних, емоційних та вольових характеристик особистості; загальний психологічний стан, що забезпечує актуалізацію можливостей; спрямованість особистості на виконання певних дій. На нашу думку, якщо готовність функціонує у певний обмежений проміжок часу, тоді її можна назвати станом; якщо готовність проявляється в різні періоди під впливом мотиваційних факторів і ситуацій, тоді слід говорити про готовність як про якість особистості.

„Варто відзначити тісний взаємозв’язок готовності з категорією „діяльність”. Він не викликає заперечень з причини очевидної неможливості існування готовності самої по собі, „відірвано” від будь-яких проявів” [158, с. 127]. Таким чином, нас цікавить категорія „робота в команді” та у площині даного дослідження ми розглядаємо готовність виключно у комплексі з цією категорією. З цієї причини ми вважаємо за доцільне розглянути дефініції „команда”, „робота в команді” та „готовність до роботи в команді”.

Проблема виявлення сутності феномену „команда” та особливостей функціонування команди висвітлюється в управлінні та менеджменті такими вченими ми як: М. Белбін [11], Р. Драфт [83], П. Мучинські [187], С. Тейлор [270], Д. Торрінгтон [270], К. Фопель [280], Л. Холл [270] та ін. Розробкою цього питання займалися Л. Карамушка [109], Н. Клокар [109], О. Філь [109] та ін., які дослідили певні аспекти діяльності команд у системі державної служби, бізнесі, освітніх організаціях, спорті. Аналіз характеристик ефективних команд у галузі охорони здоров’я на рівнях організаційної структури, командних процесів та індивідуального внеску кожного з членів команд презентували Ш. Мікан (Sh. Miskan) [347] та С. Роджер (S. Rodger) [347].

Проведений нами аналіз наукових джерел показав, що існують різні погляди щодо визначення поняття „команда”. Більшість класичних визначень розкривають цю дефініцію через такі родові поняття як „мала група” (І. Шавкун [294]), „група”

(В. Москаленко [185]), „об’єднання людей” (П. Книш [134], Г. Ложкін [165], Н. Повякель [165]) та „колектив” (Н. Бушуєва [27], Р. Ярошенко [27], Ю. Ярошенко [27]).

Пропонуємо розглянути визначення поняття „команда”, які подано в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Наукові підходи до визначення поняття „команда”

Джерело	Визначення поняття „команда”
Англійський словник (Collins English Dictionary)	група людей, організованих для спільної роботи [316]
Г. Ложкін, Н. Повякель	об’єднанням однодумців, які керуються спільною метою [165]
В. Москаленко	група з двох або більше індивідів, які для досягнення поставленої мети координують свої дії та трудові зусилля [185]
Н. Бушуєва, Р. Ярошенко, Ю. Ярошенко	колектив (об’єднання людей, які здійснюють спільну діяльність і мають загальні інтереси), здатний досягати мети автономно і злагоджено за мінімальних управлінських впливів [27]
Книш П.В.	союз однодумців, які згуртовані навколо спільної мети, цінностей та лідера, котрий є стратегічним виразником їх інтересів [134]
К. Фопель	невелика група однодумців, що вирішують спільне завдання, володіють взаємодоповнюючими навичками та якостями, разом формулюючи мету й стратегію своєї роботи, за яку несуть спільну відповідальність [280]
І. Шавкун	невелика кількість осіб, які поділяють цілі, цінності та спільні підходи до реалізації своєї діяльності, мають взаємодоповнюючі навички; переймають на себе відповідальність за кінцеві результати, здатні змінювати функціональну співвіднесеність (виконувати будь-які внутрішньогрупові ролі); мають взаємовизначаючу приналежність свою і партнерів до даної спільноти (групи) [294, с. 219]

П. Мучинські	обмежене соціальне об'єднання, що працює всередині більш масштабного об'єднання або організації з чітким розподілом обов'язків серед членів команди та визначеною сукупністю завдань [187]
Т. Зінкевич-Євстигнеєвої	група фахівців, зацікавлених у досягненні спільного результату [104]
А. Коваленко	група людей, організована для досягнення певної мети шляхом здійснення спільної діяльності, співпраці та допомоги один одному; група індивідів, які розподіляють між собою робочі операції і відповідальність за отримання [135] конкретних результатів
В. Гайда	група з чітко окресленим складом людей, диференціацією ролей між ними; група, перед якою поставлене завдання, сформульоване таким чином, щоб результат його виконання можна було виміряти за наявності спільної мети або комплексу цілей, які визначаються членами команди [55]
Р. Дафт (R. Daft)	одиниця з двох або більше людей, які взаємодіють та координують свою роботу для досягнення певної мети; концепція команди передбачає спільну місію та колективну відповідальність [319]
Д. Бейкер (D. Baker), Е. Салас (E. Salas), Х. Кінг (H. King), С. Батлс (C. Battles), П. Барач (P. Varach)	група з двох або більше осіб, які виконують певні ролі, взаємозалежні завдання, адаптуються та мають спільну мету [309]

Аналізуючи погляди зарубіжних та вітчизняних дослідників на феномен „команда” зазначимо, що вони єдині у виокремленні таких ознак та характеристик: група людей або робоча група, наявність загальної мети, зацікавленість у досягненні спільного результату, узгоджена робота, розподіл ролей між членами команди, професіоналізм, партнерські принципи взаємодії. Зауважимо, що автори, визначаючи це поняття, єдині в тому, що „команда” зумовлюється особливостями професії та існує як ситуативно (об'єднання зусиль,

спрямованих на розв'язання проблемної ситуації), так й більш тривалий час. Отже, аналіз змісту поняття „команда”, дав можливість зробити висновок про те, що воно є достатньо поширеним, але, разом з тим, не має однозначного тлумачення серед науковців.

Так, цікавим є підхід Р. Драфта [83] до розуміння сутності, ознак команди. Дослідник описав декілька ознак команд, а саме: розподіл функцій керівництва між учасниками, індивідуальна та взаємна відповідальність, оцінка ефективності залежить від колективних результатів праці, обговорення та розподілу спільної роботи. Команда виникає лише за умови, якщо її учасники відсувають особисті інтереси на другий план і використовують власні знання й навички для досягнення спільної мети. Р. Драфт виокремив три типи команд: функціональна (керівник та підлеглі, що дотримуються формальних відносин субординації); крос-функціональна (складається зі співробітників різних функціональних відділів організації, між якими стимулюється інформаційний обмін); саморегулююча (група людей, яка володіє однаковими навичками та виконує однакові завдання в межах традиційних корпоративних структур, які можуть працювати в умовах мінімального контролю та можуть взаємозамінити та взаємодоповнювати один одного).

Стосовно поглядів інших дослідників, то Т. Зінкевич-Євстигнеєва [104] зазначила, що члени команди мають бути односторонніми стосовно ключових моментів взаємодії: єдність мети і методів її досягнення (активна позиція та високий рівень особистої ініціативи та відповідальності, професіоналізм, комунікативна культура); єдність мотиваційних стимулів; єдність ціннісних орієнтацій.

А. Коваленко [135] акцентує увагу на тому, що команда відноситься до первинної (отже, малої) формальної професійної групи, в якій максимально збігаються формальна і неформальна структури, члени якої регулярно та безпосередньо взаємодіють один з одним та ідентифікують себе з нею. Крім того, авторка визначає такі ознаки команди: наявність двох чи більше людей; члени команди згідно своєї компетентності беруть участь у спільному досягненні

поставлених цілей; команда має „своє обличчя”, яке не співпадає з індивідуальними якостями її членів; команда має як внутрішні, так й зовнішні зв'язки з іншими командами; ясну, впорядковану й економну структуру, орієнтовану на досягнення поставлених цілей і виконання завдань; періодично оцінює свою ефективність.

Розгляд наукової психолого-педагогічної, економічної, управлінської літератури (П. Книш [134], І. Романець [234], С. Маркова [234], О. Головань [234], Н. Плотнікова [213], І. Шавкун [294] та ін.) дав можливість визначити такі характеристики команди: *взаємозалежність* (кожен член команди вносить свій індивідуальний внесок в загальну роботу; члени команди залежать від роботи кожного); *диференціація ролей* (кожен у команді посідає те місце, яке відповідає його здібностям та можливостям); *колективна відповідальність* (відповідальність за командні цілі та результати розуміється і розділяється всіма її членами); *автономне самоврядування* (діяльністю членів команди керує її керівник (лідер), а не адміністрація); *ділова взаємодія і міжособистісне спілкування* (члени команди слухають один одного, запитують, дискутують, обговорюють проблему, володіють вербальними і невербальними засобами комунікації).

Отже, успішність команди залежить від спільної роботи її членів та об'єднання досвіду; командного духу, що базується на довірі, взаємоповазі, корисності та доброзичливості. Проте, просте зближення людей не обов'язково гарантує, що вони будуть ефективно функціонувати як команда або приймати відповідні рішення. Варто зауважити, що команди складаються з людей, які мають різні емоційні та соціальні потреби, які команда може або зіпсувати, або допомогти задовольнити.

Акцентуємо, що наша увага прикута до вивчення тривалого існування команди. Виходимо з того, що робота педіатра пов'язана із щоденним спілкуванням з хворою дитиною та її батьками. Результат роботи педіатра залежить від якості професійного спілкування з фахівцями інших спеціальностей та адміністративною ланкою медичного закладу. Слід зазначити, що важкі випадки захворювань та малий вік пацієнтів дуже часто потребують

колегіальності в прийнятті рішення у виборі лікувальної стратегії. Так, Т. Дрінка (T. Drinka) і Р. Рей (R. Ray) зазначають, що команда лікарів – це група з різних медичних працівників з різноманітними знаннями та навичками, що мають спільні цілі, і які використовують взаємозалежну співпрацю, включаючи спілкування та обмін знаннями, для надання послуг пацієнтам [323].

Об'єднання інтелектуальних, вольових зусиль лікарів різних спеціальностей, чітка постановка цілей й дотримання принципів взаємодії, що поєднують знання, вміння та навички призводять до успіху в лікуванні пацієнтів. Все це робить медичну допомогу своєчасною та дозволяє уникнути нераціонального використання обладнання, ресурсів, ідей та енергії.

Характеризуючи особливості професійної діяльності педіатра – контактувати з хворими дітьми та їх родичами, з колегами та керівниками медичних установ, вирішення питання надання допомоги, узгоджуючи дії – слід зупинитися на особливостях *роботи в команді*.

Загальним проблемам командної роботи присвячені роботи таких учених, як: Н. Брілл (N. Brill) [312], В. Володько [51], О. Голентовська [62], А. Карякін [131], А. Ксірічіс (A. Xyrichis) [364], К. Де Мааз (K. De Meuse) [356], Е. Реам (E. Ream) [364], Х. Роббінс [233], Е. Сандстрем (E. Sundstrom) [356], С. Тейлор [270], Д. Торрінгтон [270], М. Фінлі [233], Д. Футрелл (D. Futrell) [356], Л. Холл [270] та ін.

Відомо, що сама робота в команді як форма успішного здійснення складних видів спільної діяльності людей виникла ще у давні часи. Однак згодом, завдяки розвитку індустріального виробництва і особливо у зв'язку з суспільним поділом праці вона поступово відходила десь на другий план.

Сьогодні ж ті кардинальні зміни, що відбуваються у цілях, змісті й характері виробництва, зумовлюють потребу у відродженні на принципово новому рівні командної діяльності та пошуку найдоцільніших форм, методів і засобів ефективного управління нею.

Феномен роботи в команді був розкритий у дослідженнях Д. Торрінгтона, Л. Холла та С. Тейлора, які вивчали проблему управління людськими ресурсами

та різними процесами, пов'язаними з людськими ресурсами [270, с. 348]. Саме ці науковці стверджували, що робота в команді – це засіб розширення повноважень працівників, фактор безперервного корпоративного вдосконалення та розвитку організації. У роботах західних дослідників наголошується, що робота в команді виступає способом використання таланту та професійних навичок людей, розкриває їх потенціал, вдосконалює та зміцнює результат. До того ж, командна робота надає можливість спрямувати найважливіші ресурси кожного фахівця на розв'язання поставленої мети та досягнення результату, який перевищує результат діяльності окремо взятої людини. Вона є ефективною, насамперед, в проблемних ситуаціях, коли потребується прийняття негайного рішення з великою відповідальністю за результат [233, с. 221].

На думку Н. Брілл, робота в команді передбачає налагоджене взаєморозуміння співробітників, їх можливість зрозуміти і прийняти чужі погляди, їх права на критику, визнання ними інтересів і досягнень інших. Все це дозволяє здійснювати діяльність ефективніше й зручніше [312]. І все це, звичайно, має бути присутнім в справжній команді.

У своїй основі робота в команді має на увазі делегацію повноважень і наділення владою. Командна робота означає цілковиту відповідальність команд: вони повинні функціонувати, не звертаючись постійно до начальства за допомогою, а це значить, що команди необхідно наділити достатніми повноваженнями, що допомагають щодня приймати рішення у процесі своєї діяльності і забезпечувати правильність виконання завдань. Робота в команді надихає на професіоналізм та відповідальність до своєї роботи, дає людям відчуття, що їх цінують [283, с. 2]. На думку Н. Хейза, успішність командної роботи залежить від двох психологічних механізмів: соціальна ідентифікація та соціальні репрезентації [283, с. 26]. Соціальна ідентифікація пов'язана з належністю до групи, коли відчуття гордості за свою команду дійсно мотивує людей, а соціальна репрезентація – це загальні ідеї і переконання, притаманні всій команді.

П. Мучинські вважає, що робота в команді передбачає розвиток внутрішньої командної взаємозалежності, коли члени команди можуть покладатися один на одного у процесі роботи незалежно від їх ролей в команді [187]. У цьому контексті цікавою є система істотних ознак командної діяльності А. Петровського [208]. Згідно ідей автора особливості командної діяльності полягають в: консолідованій спільності (злиття в одне ціле знань, умінь, емоцій), вирішенні спільного завдання, ефекті позитивної синергії, необхідності нормативно-рольової взаємодії, яка базується на діяльнісній компетентності кожного учасника, рольовій доцільності (лідер, виконавець, генератор ідей тощо), налагодженій системі розподілу відповідальності, ціннісно-рольових взаєминах (міжособистісні стосунки захищають від вигорання, підтримують єдність команди, сприяють внутрішній мотивації діяльності кожного члена команди). Дані погляди є вагомими для розуміння особливостей роботи в команді та вимог, які пред'являються до її членів.

Отже, для сприяння ефективній співпраці члени команди часто повинні вирішувати питання групового процесу, включаючи: роз'яснення ролей, забезпечення єдності команди, ефективного спілкування, прийняття рішень та керівництва. Навчитися працювати спільно – це основна умова, щоб розпочати справжню командну роботу.

Щодо командної роботи в сфері медицини, то у словнику з медицини згадується про „роботу в команді” як про професійну діяльність групи професіоналів, включаючи лікарів, медсестер та інших, соціальних працівників, дієтологів або фізіотерапевтів, які керують доглядом за певну кількість пацієнтів як злагоджену групу [349].

Важливість такого виду роботи наголошується у численних закордонних документах. Так, у Великобританії у плані Національної служби охорони здоров'я [321] чітко зазначається, що попередні ієрархічні способи роботи повинні поступитися місцем більш гнучкій взаємодії між різними медичними працівниками. У Сполучених Штатах Америки фахівці Інституту медицини [339; 340] аналогічно виступають за важливість колективної роботи, зокрема створення

командних навчальних програм для розробки ефективних команд в сфері охорони здоров'я. Більше того, Інститут медицини США попереджає, що погана робота в команді серед медичних працівників перешкоджає забезпеченню належної та безпечної допомоги пацієнтам [332]. У звіті Інституту медицини (США) за 1999 рік „Людина помиляється” повідомляється про дуже велику кількість медичних помилок, пов'язаних з дисфункціональною командною роботою або невдалим спілкуванням [339]. У 2002 р. в іншому звіті Інституту медицини (США), підкреслювалася важливість командної роботи та спілкування як основної компетенції медичних працівників [340]. Отже, сучасне медичне обслуговування передбачає спільну командну роботу представників різних медичних професій. При цьому взаємозалежність і синергія команди можуть поліпшити результати обслуговування пацієнтів, а також індивідуальну задоволеність роботою і продуктивність членів команди [328; 315].

На думку зарубіжних вчених (Е. Макконахі (E. McConaughy) [345], Е. Сундар (E. Sundar) [355], С. Сундар (S. Sundar) [355], Дж. Павловськи (J. Pawlowski) [355], Р. Блюм (R. Blum) [355], Д. Файнштейн (D. Feinstein) [355], С. Пратт (S. Pratt) [355]), командна робота покращує безпеку охорони здоров'я, середовище, в якому надається медична допомога, задоволення як пацієнтів, так і тих, хто надає послуги; „сприяє зниженню кількості помилкових діагнозів в службах швидкої допомоги і постановці більш точних діагнозів у загальній медичній практиці, зменшення часу та інвазивності хірургічних процедур, поліпшення загальної ефективності лікування і зниження смертності хворих” [362].

На основі вищезазначеного можна зробити висновок, що медична команда може бути успішною лише за умови, якщо всі члени команди підтримують загальне розуміння того, що потрібно робити і що становить успіх; беруть на себе зобов'язання щодо досягнення командних цілей, ефективної командної взаємодії (яке вимагає обміну інформацією, довіри і поваги), а також здійснюють ефективну координацію і співпрацю; розвивають ефективну командну культуру.

Щодо важливості та практичного застосування принципу кооперації лікарів,

пов'язаного з роботою в командах, то В. Мейо (V. Mayo) стверджував, що найкращим способом обслуговування пацієнтів є „об'єднання сил”. Слід зазначити, що В. Мейо – засновник клініки Мейо (м. Рочестер, США). Ця клініка домоглася переваги перед багатьма медичними організаціями в тому, що стосується вміння знайти і об'єднати в команду талановитих фахівців на благо пацієнтів. Отже, на професійну діяльність лікарів впливає ефективно організована командна робота, в якій поважаються різні погляди, створена атмосфера співробітництва [354].

Командна робота педіатрів має багато відмінностей від команд банківських робітників, менеджерів, педагогів, тощо і це зумовлено завданнями, які висуває держава перед працівниками охорони здоров'я. На рис. 1.2, 1.3, 1.4 ми пропонуємо ознайомитись з окремими видами командної роботи педіатра, в залежності від функцій, які виконує.



Рис. 1.2. „Команда” при проведенні диспансеризації

Ще більший інтерес викликає аналіз психолого-педагогічних досліджень останніх років, щодо готовності фахівця до роботи в команді. Цей феномен розглядається сучасними вченими з таких позицій як: наслідок діяльності; якість, що визначає установку на професійні ситуації і завдання; активний стан особистості, що викликає діяльність.

Дослідження в українській психології щодо проблематики феномену готовності до роботи в команді торкалися системи бізнесу, освітніх організацій, спорту і знайшли відображення в працях П. Блешмуд [110], І. Васильєвої [110],

Л. Карамушки [110], Н. Клокар [109], С. Максименка [171], О. Філь [110] та ін.



Рис. 1.3. Адміністративні командні відносини



Рис. 1.4. Команда для проведення щеплень

Готовність до роботи в команді науковці трактують як здатність і готовність застосовувати знання для виконання спільної роботи з метою вирішення навчальних або професійних завдань, володіння способами спільної діяльності [179, с. 49]; інтегративну якість особистості, яка виявляється в колективній

навчально-професійної діяльності, що включає в себе пізнавально-цільовий, процесуально-рефлексивний, ціннісний компоненти і забезпечує досягнення спільної мети в командній роботі, відповідальності та узгодженості дій у вирішенні поставлених навчально-професійних завдань, самоконтроль рольової поведінки і чітке виконання вироблених правил командної взаємодії [298]; стан, при якому особистості теоретично, практично і морально готові до спільної цілеспрямованої діяльності щодо вирішення поставлених перед ними завдань, доповнюючи один одного новим досвідом з різних професійних областей, за нормами і правилами, розробленими і погодженими серед усіх членів команди [82]; якість особистості, що включає в себе когнітивний, цільовий, ціннісний і процесний компоненти, спрямовані на забезпечення спільної діяльності по досягненню єдиної командної мети та вирішення спільних завдань із застосуванням знань умінь, навичок і компетенцій з різних професійних областей [238]; інтегративне особистісне утворення, засноване на позитивних мотивах вибору професії; сукупності системи знань про цінності, значущості та способах роботи в команді; уміннях і навичках, що дозволяють здійснювати і накопичувати практичний досвід роботи в команді, виробляти рефлексію, що забезпечує закріплення цінностей і способів командних форм діяльності при вирішенні командних завдань, усвідомлення результату діяльності як інтелектуального продукту команди [196, с. 76].

Здійснений аналіз вищезазначених понятійно-термінологічних конструктив дозволив розглядати готовність до роботи в команді як складноструктуроване, багатоступеневе, інтегративне утворення особистості, що розвивається і виявляється у колективній спільній діяльності та забезпечує внутрішні умови для ефективної роботи в конкурентоздатній команді.

Отже, думки науковців, щодо феномену готовності фахівця до роботи в команді збігаються в таких основних положеннях:

- готовність до роботи в команді має особисте значення для майбутніх фахівців незалежно від їх майбутньої професійної діяльності;
- готовність до роботи в команді передбачає виконання певної ролі в будь-

якій команді, вирішуючи при цьому чітко окреслене коло завдань;

– готовність до роботи в команді характеризується здатністю до вирішення завдань у складі команди, враховуючи, що роль і функції члена команди можуть змінюватися залежно від ситуації;

– готовність до роботи в команді забезпечує згуртованість команди, відповідальність за роботу членів команди і за результат виконання завдань.

У нашому дослідженні репрезентуємо *готовність майбутнього педіатра до роботи в команді як стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, що дозволяють педіатру здійснювати ефективну командну діяльність в умовах медичного закладу завдяки наявності ціннісно-мотиваційного ставлення до командної роботи, сукупності знань і вмінь (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), що забезпечують ефективну роботу в команді, професійно важливих особистісних якостей (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність).*

Саме сформованість у педіатра готовності до роботи в команді як складного інтегративного професійно-особистісного новоутворення обумовлює ефективність міжособистісної і професійної взаємодії в команді, оцінювання якості обраних методів вирішення професійних завдань, демонстрацію гнучкості у стилях рольової поведінки, а також можливість підтримки і зміцнення згуртованості та довіри між учасниками команди.

Зазначений феномен формується під впливом зовнішнього середовища і є невід'ємною частиною загальної професійної компетентності педіатра.

За твердженням науковців, формування – становлення людини як соціальної істоти, внаслідок впливу середовища і виховання на внутрішні сили розвитку [258], в результаті якого відбувається зрушення мотивів на цілі, зміна їх ієрархії і народження нових мотивів – нових видів діяльності. У словниковій літературі „формування” визначається підкріпленням поведінки, яка все більше і більше наближається до бажаної [296, с. 572], при цьому відбувається зміна психологічної динамічної функційної структури особистості, зміна її змісту під

впливом зовнішніх чинників [22, с. 388].

Визначенню сутності поняття „формування” приділяли увагу і науковці, які тлумачили його як: безперервний процес, що складається з ряду послідовно змінюються стадій, якісні особливості яких залежать від конкретних умов і обставин (А. Леонтьєв [161]); процес розвитку і становлення особистості під впливом зовнішніх впливів соціального середовища, виховання, навчання; цілеспрямований розвиток особистості або будь-яких її сторін, якостей під впливом виховання і навчання, процес становлення людини як суб’єкта та об’єкта суспільних відносин (Ю. Єрмолаєв [93]); процес комплексного розвитку психіки в результаті соціалізації, виховання і саморозвитку (усвідомленого і несвідомого); тобто прогресивна зміна всього духовного світу людини (Н. Гріцук [68]).

Під формуванням готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді розуміємо цілеспрямований процес конструювання у магістрантів особливого особистісного стану, який передбачає наявність мотиваційно-ціннісного ставлення до роботи в команді, спрямованості на розкриття індивідуальності в командній діяльності з метою успішного функціонування в ній, розвиток умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді. Отже, сформованість готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді визначається різними гранями психологічних процесів і комбінацією цих граней: знання, розуміння, вміння, здібності, дії, досвід, мотивація, якості. При цьому центральним умовою формування готовності є процес навчання.

Наступний підрозділ присвячено здійсненню компонентно-структурного аналізу феномена „готовність майбутнього педіатра до роботи в команді”.

1.2. Компонентно-структурний аналіз феномена „готовність майбутнього педіатра до роботи в команді”

Вирішення завдань формування готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів неможливе без дослідження її структури.

Перш за все зазначимо, що у дослідженнях зарубіжних авторів [82; 179; 298] можна спостерігати різні позиції щодо сутності готовності до роботи в команді. Науковці презентують її як: здатність застосовувати знання для виконання спільної роботи з метою вирішення навчальних або професійних завдань; інтегративна якість особистості, яка виявляється в колективній навчально-професійної діяльності; стан, при якому особистість теоретично, практично і морально готова до спільної цілеспрямованої діяльності щодо вирішення поставлених перед нею завдань та ін.

Аналіз наведених визначень показує, що дослідники включають в структуру готовності до роботи в команді компоненти когнітивного характеру (знання, розумові навички і вміння), діяльнісні характеристики (володіння способами спільної діяльності), а також соціальні (рольова позиція) і психологічні (емоційно-вольові, спрямованість) характеристики особистості.

Для того, що обґрунтувати компоненти готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді ми проаналізували компонентну структуру таких феноменів, як „готовність до роботи в команді” і „готовність до командної взаємодії”.

Щодо науковців, які безпосередньо займалися питаннями структури готовності до роботи в команді, вважаємо за необхідне звернутися до поглядів Г. Малишевої. На думку дослідниці, компонентами готовності до роботи в команді є такі: мотиваційний (наявність внутрішніх мотивів для виконання командної роботи, усвідомлене бажання розвитку якостей особистості, самоствердження в команді, зацікавленість в командній роботі); особистісний (наявність таких рис характеру: терпимість, самоконтроль, врівноваженість, відкритість, ініціативність, гнучкість мислення, стресостійкість, соціальна активність, толерантність, працездатність, самовідданість); когнітивно-

аналітичний (вміння усвідомлювати власну діяльність і передбачити її результат, формулювати мету, проводити рефлексію, аналізувати, узагальнювати інформацію); комунікативний (дотримання етикету спілкування, розвиненість усного та писемного мовлення, спілкування в полікультурному суспільстві, ведення переговорів, володіння ораторським мистецтвом); функціональний (володіння способами спільної діяльності, вміння працювати в динаміці команди, здатність виконувати свою роль, успішно і вчасно виконувати свої функції) [173, с. 56].

На думку Ю. Михайлової і Є. Гітман, готовність до роботи в команді включає комплекс таких компонентів: змістовний (знання для виконання спільної роботи з метою вирішення навчальної або професійної завдання) і процесуальний (володіння способами спільної діяльності) [179, с. 49].

О. Лугова в структуру готовності до командної взаємодії включає такі види готовності: мотиваційна (світогляд і направленість особистості, які виражають потреби, інтереси, ідеали, прагнення, особистісні якості, які відповідають вибраній професійній діяльності), теоретична (певний рівень професійних знань), практична (наявність когнітивних, комунікативних, конструктивних і організаційних вмінь), креативна (прагнення до самовизначення і творчої активності у професійній діяльності та наявність досвіду творчої діяльності) [166].

Основними компонентами готовності до роботи в команді, на думку Л. Савви, Є. Гасаненко, К. Шахмаєвої є: комунікативний (здатність слухати і чути, грамотно говорити і переконувати, представляти і відстоювати інтереси команди, організовувати команду і керувати нею); інтерактивний (емпатія і толерантність, здатність до співпраці і групової згуртованості); професійний (ціннісне ставлення до професійної діяльності, професійний інтерес до формування професійного іміджу, здатність демонстрації в команді професійно значущих якостей та вмінь) [238].

У структурі готовності до роботи в команді І. Шалімова виокремлює чотири складові: мотиваційний (комплекс мотивів діяльності, які різняться своєю

широтою, усвідомленням, дієвістю тощо); когнітивний (система знань, необхідних для здійснення успішної діяльності); операційний (комплекс умінь та навичок, які забезпечують успішність здійснення діяльності); особистісний (система особистісних характеристик, які впливають на діяльність й забезпечують її результативність) [295, с. 279].

В. Окунева до структурних компонентів готовності до командної роботи відносить: мотиваційно-ціннісний (розуміння і визнання професійної значущості та особистісної цінності роботи в команді; мотивація на роботу в команді); когнітивний (засвоєння системи знань теоретичного та емпіричного характеру про команду); діяльнісний (сформованість особистісних якостей, значущих для роботи в команді); рефлексивно-оцінний (сформованість здатності до рефлексії) [197].

На підставі проведеного аналізу виокремлено такі структурні компоненти готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді: **мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діялісно-функціональний, особистісний.**

У концептуальному плані найбільш перспективним вважаємо діялісний підхід до розуміння готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, за якого означений вид готовності визначається змістом професійної діяльності педіатрів й одночасно є передумовою її успішності. Саме тому готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді відрізняється від аналогічної готовності, наприклад викладача або менеджера.

На підставі зазначеного готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді можна презентувати як сукупність функцій:

$$\text{ГРК} = f(\text{ГРК}_m, \text{ГРК}_k, \text{ГРК}_d, \text{ГРК}_o),$$

де: ГРК – готовність до роботи в команді;

ГРК_м, ГРК_к, ГРК_д, ГРК_о – окремі параметри цієї інтегральної характеристики: відповідно мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діялісно-функціональний, особистісний компоненти.

За умови розгляду сукупності зазначених компонентів можна сподіватися на досягнення високого рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до

роботи в команді. Формування кожного компонента і загалом готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді передбачає оперативний зворотний зв'язок, який дозволяє отримати інформацію про результативність цього процесу.

Зазначене актуалізує потребу у виявленні критеріїв (ознака, взята за основу класифікації, орієнтир, індикатор, на основі якого здійснюється оцінка чого-небудь, визначається значущість або незначущість у стані об'єкта [136, с. 174]; сутнісні ознаки та властивості явища, що вивчається, які дають можливість спостерігати за його станом, рівень функціонування і розвитку), показників (якісні або кількісні характеристики сформованості кожної якості, властивості, ознаки об'єкта, який вивчається, тобто ступінь сформованості того чи іншого критерію [102]), характеристиці рівнів прояву готовності до роботи в команді, розробці оцінювально-контролюючих засобів щодо виявлення динаміки рівнів її сформованості.

Сукупність критеріїв (мотиваційний, когнітивний, діяльнісно-функціональний, особистісний) корелює з виокремленими компонентами готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді. Розвиненість зазначених критеріїв дозволяє усвідомити рівень сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Зупинимось на структурному аналізі феномена „готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді” (рис. 1.5).

Мотиваційно-ціннісний компонент готовності майбутнього педіатра до роботи в команді передбачає аналіз мотивації майбутнього педіатра як до професійної діяльності загалом, так і до роботи в команді зокрема. Тому, у контексті нашого дослідження мотиваційно-ціннісний компонент готовності до роботи в команді передбачає наявність позитивної мотивації, яка характеризується „прагненням до ефективного оволодіння знаннями і способами діяльності, мобілізацією внутрішніх психічних зусиль, спрямованих на досягнення навчально-пізнавальної та професійної, кінцевої, мети навчання” [54, с. 10].

Перш за все зазначимо, що у структурі готовності до роботи в команді

мотивація є тим основним поняттям, яке використовується для пояснення рушійних сил поведінки та діяльності майбутнього педіатра.



Рис. 1.5. Структура готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді

У психолого-педагогічній літературі (Ю. Друзь, О. Леонт'єв, В. Підгородецька та ін.) мотивація трактується по-різному: всі типи спонукання, що визивають активність людини [84, с. 147]; внутрішні пружинні дії, як складний механізм, що співвідносить вплив зовнішніх для особистості факторів діяльності з внутрішніми якостями людини, спрямовану спонуку і регулятор дії, як сукупність спонукань [160]; система мотивів, яка визначає конкретні форми діяльності або поведінки людини [210]; комплекс чинників, що спрямовують і спонукають цілеспрямовану й вибірккову поведінку людини [36]. Таким чином, більшістю науковців мотивація розуміється як спонукальний процес, за якого певна діяльність набуває для індивіда особистого сенсу.

Припускаємо, що мотиваційно-цінісний компонент готовності до роботи в команді є смислоутворювальною складовою, оскільки передбачає формування стійкого прагнення майбутніх педіатрів до роботи в команді, усвідомлення цінності командної роботи у професійній діяльності, бажання оволодіти теорією і практикою командної роботи в медичній сфері, мотивацію на підвищення рівня

готовності до роботи в команді, творчий підхід до пошуку раціональних методів роботи в команді, інтерес до роботи в команді, прагнення самостійно ставити і досягати мети такої діяльності, до особистісного саморозвитку, професійного самовдосконалення, самореалізації.

Аналіз літератури дозволив виділити чотири складові мотивації майбутніх педіатрів до роботи в команді: мотивація до командної роботи, інтерактивна спрямованість, цінність допомоги і милосердя до інших людей, потреба у конструктивному спілкуванні.

Мотивація до командної роботи характеризується стимулюванням себе та інших людей до досягнення певних успіхів у процесі командної діяльності; дією конкретних спонукань, які зумовлюють тривале виконання обов'язків, пов'язаних з командною роботою.

Для успішної командної роботи важливою є мотивація учасників до роботи в команді. Члени команди мають усвідомлювати, як загальний успіх, досягнутий командою, буде впливати на успіх кожного її учасника. При цьому члени команди повинні бути зацікавлені в досягненні поставлених перед командою цілей [159].

Ми визначаємо мотивацію до командної роботи як особливий вид мотивації, який характеризується складною структурою, що має зв'язок з рівнем інтелектуального розвитку особистості та характером професійної діяльності. Означена мотивація визначає рівень успішності магістрантів під час здійснення командної діяльності та їх загальну професійну спрямованість.

Інтерактивна спрямованість є орієнтацією, прагненням підтримувати гарні відносини з членами команди в навчальній та професійній діяльності.

На думку Л. Божович, спрямованість особистості – це стійка орієнтованість думок, почуттів, бажань, фантазій (мрій), вчинків людини, яка є наслідком домінування певних (головних, провідних) мотивацій [19]. Спрямованість обумовлює вектор розвитку особистості, виступає параметром її структури, спонуканням до діяльності та специфічною якістю, що зв'язує потенційні можливості індивіда з активністю їх реалізації [28]. Отже, спрямованість є внутрішньою детермінантою психічних станів майбутніх педіатрів.

Зазначимо, що інтерактивна спрямованість, обумовлена інтересами кооперації, конструктивного міжособистісного спілкування, потребами спільної діяльності. Як зазначає Є. Валиулліна, інтерактивна спрямованість з іншими людьми відображає мотивацію на спілкування як процес, коли має значення саме спілкування, взаємодія, а не конкретні результати такої діяльності [28].

Отже, інтерактивна спрямованість майбутнього педіатра – це спрямованість особистості на взаємодію, спілкування, співпрацю з членами групи або групою вцілому.

Цінність допомоги і милосердя до інших людей є ядром духовного світу педіатра, яке характеризується готовністю до надання допомоги, емоційно-чуттєвого відгук на страждання інших людей. Допомога і милосердя є основними цінностями орієнтованої на пацієнта моделі охорони здоров'я. Отже, милосердя, як моральне почуття належить до ціннісних етичних характеристик педіатра, яке виявляється у позитивному ставленні до членів команди в професійній діяльності.

В Етичному кодексі лікаря наголошується на тому, що діяльність лікаря повинна бути спрямована на збереження життя і здоров'я людини від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності та милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості [94].

Милосердя – співчутлива допомога ближньому як християнська чеснота; взагалі безкорислива допомога, співчуття до людей [269]; діяльне добро, тобто, таке ставлення, яке виявляється у вчинках людини, зміст яких обумовлює цінність його існування в світі [64]; термін, що вживається для опису м'якості, поблажливості або співчуття виявленого однією особою в стосунках з іншою [41]; піклування про стосунки, засновані на співпереживанні, повазі та гідності; розумна доброта. Отже, науковці розглядають милосердя „у контексті взаємозв'язку між людьми, єднанні з іншою людиною: не тільки розумовим, а й діяльнісним” [156].

У медичній літературі милосердя розглядається як „діяння добра” – очікується, що лікарі будуть діяти в якнайкращих інтересах своїх пацієнтів [43].

Милосердя лікаря – це здатність співпереживати пацієнтові з метою полегшити його страждання [194, с. 84].

Зазначимо, що милосердя включає співпереживання, повагу, визнання унікальності іншої людини, і готовність вступити у відносини, в яких не тільки знання, але й інтуїція, сильні сторони й емоції пацієнта та лікаря можуть бути повністю задіяні [343]; характеризується глибоким усвідомленням страждань іншої людини у поєднанні з бажанням полегшити ці страждання [314].

Ми визначаємо милосердя як прояв емоцій і почуттів, які виникають при зіткненні з чужим стражданням, що мотивує педіатра до надання допомоги при роботі в команді.

Життєво важливою частиною милосердя і допомоги членам команди є „справжній діалог”. „Справжній діалог” – це більше, ніж спілкування, яке є точним передаванням і отриманням повідомлення; розмова людини з людиною, а не лікаря з пацієнтом; чесність, мужність; форма діалогу, яка має вирішальне значення, якщо пацієнта розглядати як цілісну людину [325].

Ураховуючи вищезазначене, наступною складовою мотиваційно-ціннісного компоненту готовності майбутнього педіатра до роботи в команді нами визначено *потребу у конструктивному спілкуванні*, що спонукає педіатра вступати в контакт з членами команди.

На думку М. Лісіної потреба в спілкуванні є прагненням до пізнання і оцінки інших людей, а через них і з їх допомогою – до самопізнання і самооцінки [164]. Погоджуємося з думкою М. Кричфалушій, яка наголошує на тому, що потреба у спілкуванні виникає у процесі накопичення досвіду міжособистої взаємодії. В її основі лежать потреба в емоційному контакті, соціалізований пошук контактів і відповідна техніка задоволення. Вона виявляється в прагненні індивіда належати до команди, бути її членом, взаємодіяти з нею, брати участь у спільній діяльності, перебувати разом тощо [153].

Загальновіджимо, що спілкування – це вид комунікації, специфічний для людини. Зазначимо, що спілкування у професійно-клінічній сфері – це розмови між колегами та молодшим медичним персоналом, діалоги з пацієнтами, їхніми

родичами, це намагання створити сприятливу атмосферу спілкування, застосовуючи як мовленнєві, так і психотерапевтичні чинники [199].

На сьогодні спілкування лікарів набуває особливого значення. Саме дікарі мають надати хворим усю необхідну їм інформацію, щоб вони прийняли власне рішення щодо перебігу лікування. Це передбачає пояснення складних медичних діагнозів, прогнозів та режимів лікування простою мовою, впевнення лікаря, що хворі зрозуміли вибір методу лікування, включаючи його переваги і недоліки, здатність лікаря відповісти на будь-які питання з боку хворих, і зрозуміння рішення хворого, яким би воно не було, і, якщо можливо, причин прийняття цього рішення [43, с. 46]. Тому, важливими атрибутами комунікативної професіограми педіатра є: „здатність розмовляти так, щоб тебе розуміли інші, слухати і розуміти інших, уміти ненав’язливо впливати на рішення співрозмовника” [199].

Зрозуміло, що в основу готовності майбутнього педіатра до роботи в команді покладено потребу у конструктивному спілкуванні, яка виявляється в його готовності до спілкування з хворою дитиною, її батьками, колегами з метою винайдення найоптимальніших шляхів подолання недугу.

У відповідності з вищезазначеним, показниками мотиваційно-ціннісного критерію готовності майбутнього педіатра до роботи в команді визначено: *мотивація до командної роботи, інтерактивна спрямованість, цінність допомоги і милосердя до інших людей, потреба у конструктивному спілкуванні.*

На основі наведених показників виокремлено рівні сформованості мотиваційно-ціннісного критерію готовності майбутнього педіатра до роботи в команді.

Високий. Магістранти мають яскраво виражену мотивацію до командної роботи; характеризуються інтерактивною спрямованістю; демонструють прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди; виявляють милосердя і готовність допомагати іншим людям; мають певну потребу у конструктивному спілкуванні.

Достатній. Майбутні фахівці виявляють достатньо виражену мотивацію до командної роботи, демонструють особистісну інтерактивну спрямованість з

частковим прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди; виявляють частково милосердя і готовність допомагати іншим людям, мають певну потребу у конструктивному спілкуванні.

Низький. Майбутні фахівці виявляють позитивне налаштування на командну роботу з переважно пасивним ставленням до командної діяльності, демонструють особистісну інтерактивну спрямованість, проте не прагнуть підтримувати гарні відносини з членами команди, частково виявляють милосердя і готовність допомагати іншим людям; мають неусвідомлену потребу у конструктивному спілкуванні.

Когнітивний компонент. Цей компонент був виокремлений нами у структурі готовності майбутнього педіатра до роботи в команді на основі теорії пізнавальної діяльності особистості, положення про роль теоретичних знань у формуванні особистості, принципів засвоєння нових теоретичних знань.

Когнітивний компонент містить систему знань, що мають бути усвідомлені майбутнім педіатром і виступати підґрунтям для формування необхідних умінь та навичок роботи в команді.

Розкриття змісту знань у структурі готовності майбутнього педіатра до роботи в команді потребує звернення до логіко-семантичного аналізу цього поняття.

Знання – вища форма вияву сприйняття даних та інформації, воно є активним за своєю сутністю і формується не тільки на основі фактів, але й на основі аналізу та різних типів логічного виведення [256]; результат пізнання дійсності: перевірений суспільно історичною практикою та засвідчений логікою результат процесу пізнання дійсності, адекватне її відображення у свідомості людини в образі уявлень, понять, суджень, теорій [360, с. 192]. Знання збагачують власне бачення майбутнім педіатром проблематики командної роботи, „постають необхідною умовою висунення і розв’язання проблем відповідно до особистісних потреб та інтересів” [49]. Тому знання можна представити як інформацію, уявлення про загальні закономірності організації роботи в команді.

Готовність до роботи в команді передбачає оволодіння педіатрами опорними медичними знаннями та знаннями, що забезпечують ефективну роботу в команді.

При цьому варто констатувати, що медичні знання мають бути комплексними. Розкриваючи тему комплексності медичних знань, зупинимось на трьох найважливіших компонентах: *природознавство* (фундаментальні знання, без яких клінічна теорія і практика в сучасній науково орієнтованій медицині неможлива (анатомія, фізіологія, гістологія, вірусологія, хімія тощо)); *гуманітарні знання* (знання з питань клінічної практики (вилікувати хворого, максимально продовжити період його активного творчого життя, запобігти захворюванню)); *технологічна раціональність* медичного знання (знання технології відновлення-ремонту, який ухиляється від нормального функціонування людського тіла) [177].

На думку С. Бронікової, із запровадженням в Україні партнерської моделі стосунків „лікар – пацієнт” значно підвищились вимоги до сучасного лікаря, серед яких важливими стали наступні: глибокі знання з низки загальних і спеціальних клінічних дисциплін та постійний професійний розвиток, знання однієї, краще двох або трьох іноземних мов; знання медичного законодавства та засад підприємництва й ринкової економіки [23].

Розкриємо особливості знань, що забезпечують ефективну роботу в команді.

Так, дослідники акцентують увагу на тому, що готовність до роботи в команді передбачає наявність у майбутніх фахівців таких знань:

– особливостей командної роботи, вимог і правил; розуміння ролі в команді та зацікавленість в отриманні необхідних знань; ініціювання дискусії і керування нею; сприяння роботі в команді; побудову конструктивних рішень, синтез різноманітних ідей, спонукання інших членів команди до обговорення (А. Малишева [173, с. 54]);

– теоретичних основ методів роботи в команді, її характеристик, етапів розвитку, основних закономірностей взаємодії людини і суспільства (Ю. Михайлової, Е. Гітман [179, с. 50]);

– відмінностей між робочою групою і командою; організаційних умов ефективної командної діяльності; основних психологічних факторів і механізмів

створення високоефективних команд; значення групової згуртованості та психологічної сумісності у процесі відбору людей в команду; методів консолідації та психологічної підтримки членів команди, групового прийняття рішення; основних етапів формування команд (Ю. Васильєва [30, с. 8]).

Зважаючи на запити сьогодення, майбутні педіатри мають розуміти сутність понять „команда”; „командоутворення”, „командна взаємодія”, „робота в команді”, відмінності індивідуальної роботи від роботи в команді; типологію, функції, тактики командної взаємодії; основні особистісні якості педіатра, необхідні для роботи в команді, особливості встановлення суб’єкт-суб’єктних відносин з колегами, батьками тощо; техніки координації дій суб’єктів командної взаємодії, питання щодо об’єднання зусиль членів команди, зацікавленості у досягненні спільного результату, особистої відповідальності, професіоналізму кожного члена команди, високого рівня взаємозалежності тощо. Вони мають усвідомлювати основні відмінності команди та групи; критерії ефективної та неефективної роботи в команді; роль командної роботи для успішної діяльності педіатра; зміст та психологічні основи формування лідерства в команді; етичні норми і правила ділової комунікації в команді.

Отже, когнітивний компонент передбачає глибоке усвідомлення майбутніми педіатрами сутності командної роботи, розуміння вагомості здійснення командної взаємодії в професійній діяльності. Підсумовуючи зазначимо, що „основою когнітивного компоненту є система теоретичних знань достатньо високого рівня узагальненості, що забезпечує їх використання і широке перенесення у відповідні професійні ситуації” [76, с. 68].

Показниками когнітивного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді визначено: повнота і глибина засвоєних знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді.

Виокремлені показники дозволяють оцінити рівні сформованості когнітивного компоненту готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Високий. У студентів сформовано чіткі уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Фахівці мають глибокі та дієві

знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх врегулювання. Вони розуміють етапи становлення ефективної команди та процеси групової динаміки. Креативно підходять до вибору технологій створення та розвитку команд.

Достатній. У студентів сформовано уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Проте ці знання і уявлення іноді є неповними. Фахівці у більшості випадків мають глибокі та дієві знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх врегулювання. Вони не завжди розуміють доцільність етапів становлення ефективної команди та процеси групової динаміки. Мають поодинокі проблеми у виборі технологій створення та розвитку команд.

Низький. У студентів сформовано погляди на сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі у загальному вигляді. Знання епізодичні, несистемні. Вони вбачають себе природними знавцями переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді та між командами, методи їх врегулювання. Упевнені, що не потребують спеціальних знань щодо етапів становлення ефективної команди та процесів групової динаміки. Епізодично активні у виборі та застосуванні технологій створення та розвитку команд.

Діяльнісно-функціональний компонент. Основу його становить сукупність умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді. Означені уміння будемо розуміти як інтегративні властивості особистості, які ґрунтуються на певних знаннях і виявляються у здатності ефективно працювати в команді.

У межах нашого дослідження маємо за мету уточнити поняття „уміння”, які розглядаємо як фундамент підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Уміння – це засвоєний суб’єктом спосіб виконання дії, який забезпечується сукупністю набутих знань і навичок [1]; здатність людини виконувати будь-яку діяльність або окремі дії на основі отриманого раніше досвіду, знання виконання даної дії [20, с. 552]; можливість ефективно виконувати дію (діяльність) у

відповідності з цілями й умовами, в яких доводиться діяти [205]; свідоме володіння яким-небудь прийомом діяльності [7]. Отже, науковці пов'язують уміння із здатністю виконувати певну діяльність. Ураховуючи те, що робота в команді є діяльністю, то у нашому дослідженні розглядаємо феномен „уміння, що забезпечують майбутньому педіатру ефективну роботу в команді”.

З'ясування сутності умінь, що забезпечують майбутньому педіатру ефективну роботу в команді зумовило необхідність проаналізувати наукові праці, в яких наводяться різні думки науковців щодо професійних умінь, якими мають володіти педіатри, а також умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді фахівців різного профілю.

Так, наприклад, Л. Лимар виділяє такі уміння педіатра: інтелектуальні (уміння аналізу та синтезу інформації щодо симптоматики, скарг, діагностичних процедур, розвитку захворювання та результативності терапії), ситуативні (уміння адаптуватися та приймати рішення залежно від обставин, що включає як динаміку стану пацієнта та рішення щодо діагностичних процедур та лікувальних маніпуляцій, так і ситуативність рішень при взаємодії з іншими учасниками медичного процесу, працювати в умовах, які постійно змінюються), соціальні (уміння ефективної взаємодії в медичному професійному середовищі, що включає взаємодію з пацієнтом та його рідними, взаємодію з іншим медичним персоналом та керівництвом, а також взаємодію у медичному середовищі та приналежність до нього на загальному рівні) [163, с. 73].

На думку С. Цвіренко, В. Похилько, Ю. Чернявська, Г. Соловйова, Л. Жук, важливими вміннями лікаря-педіатра є: уміння спілкуватися з дітьми, батьками і найближчими родичами дитини, кожен з яких має свої характеристичні особливості та своє бачення стану здоров'я дитини; встановлювати контакт із дитиною (винятком є діти раннього віку); повідомляти і пояснювати сутність захворювання, методів лікування і прогнозу [287, с. 421].

Дослідники, які фахово займалися проблемами командної взаємодії (В. Журавльов [98], А. Малишева [173], В. Окунева [197], К. Шахмаєва [298] та ін.), визначили такі вміння, які забезпечують ефективну командну роботу:

співпрацювати з членами команди, планувати і виконувати командну роботу, володіти способами спільної діяльності, працювати в динаміці команди, виконувати власну роль, успішно і вчасно виконувати необхідні функції, аналізувати комунікативну ситуацію і приймати адекватні їй рішення, вирішувати конфлікти, висловлювати, аргументувати і захищати свою точку зору, спонукати інших членів команди до обговорення, вирішення проблеми, швидко адаптуватись в новому колективі, аргументовано переконувати членів команди, визнавати свої помилки і приймати чужу точку зору тощо.

Важливу роль у виділенні та обґрунтуванні умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді майбутнього педіатра відіграють функції команди, зокрема медичної.

Аналіз наукових джерел показав, що дослідниками виокремлюються різні функції команди. Так, К. Шахмаєва відзначає, що команда спрямована на виконання таких функцій: предметної (здійснення людьми тієї діяльності та досягнення мети, для реалізації якої була сформована дана команда), соціально-моральної (формування ціннісного ставлення членів команди до самих себе як до особистостей, довірливих взаємин у команді, шанобливого ставлення членів команди до соціального середовища і до суспільства в цілому), організаторської (спрямована на управління діяльністю людей зсередини для організації себе і в цілому команди до роботи; згуртованість команди і успішне вирішення поставлених завдань), комунікативної (націлена на організацію спілкування між її членами, вдосконалення здібностей вести переговори, грамотно говорити, публічно виступати, обмінюватися корисною інформацією та досвідом) і стимулюючої (спрямована на формування у її членів ряду стимулів до виконання роботи якісно і швидко) [298, с. 29].

У процесі визначення груп управлінських умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді, орієнтувалися на такі положення:

– робота майбутніх педіатрів у команді характеризується гнучкістю командної поведінки, її адаптивністю до мінливих умов навколишнього середовища;

– робота майбутніх педіатрів в команді завжди обумовлена командною метою;

– робота майбутніх педіатрів в команді здійснюється на основі сукупності знань про сутність та особливості командної взаємодії, що формують уміння.

З урахуванням думки дослідників, які акцентували увагу на проблемі функцій команди, умінь, які забезпечують ефективну командну роботу, а також особливостей професійної діяльності майбутніх педіатрів (див. пп. 1.1.) презентуємо власний погляд на сукупність груп умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді: *комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні* (табл.1.3.).

Показниками діяльнісно-функціонального критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді визначено: рівень розвитку у магістрантів умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні).

На основі наведених показників представлено три рівні сформованості діяльнісно-функціонального критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Високий. Майбутні педіатри виявляють досконале володіння уміннями, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) та виявляють впевненість у їх застосуванні в практичній діяльності.

Достатній. Магістранти володіють уміннями, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) за наявності певних помилок, копіюють стереотипний спосіб здійснення командної діяльності.

Низький. У магістрантів недостатньо розвинуті уміння, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), дії спираються на наявний життєвий досвід, використання методу спроб і помилок.

Таблиця 1.3.

Групи умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді

<i>Група умінь</i>	<i>Зміст умінь</i>
Комуникативні	аргументовано формулювати власні погляди, бути готовим до їх коригування, враховуючи точку зору членів команди
	чітко формулювати завдання, передавати інформацію
	висловлювати свою думку повільно, чітко, впевнено переконувати, навіювати, виявляти взаємоповагу, взаєморозуміння
	кодувати і декодувати повідомлення за вербальними і невербальними каналами комунікації
	формулювати контраргументи на захист своєї позиції
Організаційно-координувальні	визначати проблему і розробляти програму її вирішення (мета, зміст, способи, результат), орієнтуючись на індивідуальний і загальний успіх
	адекватно оцінювати власні можливості та потенції інших членів команди у вирішенні проблеми
	будувати зв'язки та відносини з людьми, об'єднувати, координувати спільні зусилля членів команди з метою підвищення її ефективності
	долати виникаючі перешкоди за допомогою розробки альтернативних варіантів вирішення проблеми
	досягти взаєморозуміння, злагодженості членів команди, слухати й чути один одного
Перцептивно-регулятивні	позитивно-стійко сприймати „значущого іншого” на основі емпатії, толерантності, довіри
	встановлювати продуктивно-комфортні „суб'єкт-суб'єктні” ділові відносини
	абстрагуватися від особистих симпатій/антипатій, пристосовуватись до стресових впливів
	знаходити компроміси і шляхи вирішення конфліктних ситуацій
	відповідно обраної стратегії обирати доцільну тактику роботи в команді, виражати довіру команді

Предметно-інформаційні	здійснювати пошук, обробку, передачу і обмін професійно-значущої інформації для досягнення поставленої мети
	співвідносити професійно-значущі цінності і норми деонтології зі змістом здійснюваної діяльності
	нести персональну відповідальність за результати роботи
	успішно співпрацювати у віртуальному середовищі
	постійно вдосконалювати знання, ціннісні установки у загальному полі професійної діяльності

Особистісний компонент. Досягти високого рівня готовності до роботи в команді неможливо без наявності в майбутнього фахівця відповідних особистісних якостей.

Визначаючи сутність даного компонента, дослідники приділяють увагу тим особистісним якостям педіатра, які дають змогу успішно співпрацювати в командних відносинах. Перш за все, це пов'язано з великим психоемоційним навантаженням, необхідністю приймати рішення в короткий проміжок часу з урахуванням дитячого віку пацієнта, частими стресовими ситуаціями, дефіцитом часу на корекцію власного стану.

Так, науковці виокремлюють такі особистісні якості: організованість, етичність, наполегливість, здатність до ризику, комунікабельність, почуття гумору (Р. Аблязов, Г. Падурець, І. Чудаєва [2]); емпатія, толерантність, здатність до рефлексії (К. Шахмаєва [298]); терпимість, самоконтроль, врівноваженість, відкритість, ініціативність, гнучкість мислення, стресостійкість, соціальна активність, толерантність, працездатність, самовідданість (А. Малишева [173, с. 54]); цілеспрямованість, комунікабельність, емпатія, ініціативність, креативність, прагнення до саморозвитку (М. Рискулова [235]).

З метою визначення основних особистісних якостей, що забезпечують ефективну роботу в команді, було проведено опитування серед викладачів, які забезпечують підготовку майбутніх педіатрів, сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, керівників медичних закладів. У цілому в опитуванні взяли участь 47

учасників. Респондентам пропонувалося ранжувати (від рангу 1 – найбільш важливої якості до рангу 20 – найменш важливої якості) якостей майбутніх педіатрів, що забезпечують ефективну роботу в команді (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Якості майбутніх педіатрів, що забезпечують ефективну роботу в команді

<i>Якість</i>	<i>Оцінка</i>
1. Комунікабельність	
2. Стресостійкість	
3. Організованість	
4. Емоційний інтелект	
5. Здатність до рефлексії	
6. Наполегливість	
7. Здатність до ризику	
8. Емпатія	
9. Відповідальність	
10. Контактність	
11. Толерантність	
12. Цілеспрямованість	
13. Здатність до самовдосконалення	
14. Лідерський потенціал	
15. Доброзичливість	
16. Скромність	
17. Соціальна активність	
18. Чуйність	
19. Креативність	
20. Адаптивність	

Отримані дані дозволили здійснити ранжування уявлень респондентів про якості майбутніх педіатрів, що забезпечують ефективну роботу в команді. Розміщення отриманих величин у порядку зменшення за принципом найбільш важливих особистісних якостей (ранг один – найбільш важлива якість, ранг 20 – найменш важлива якість), відображено на гістограмі (рис. 1.6). Як видно з рис. 1.7, найбільш важливими якостями майбутніх педіатрів є: доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність.

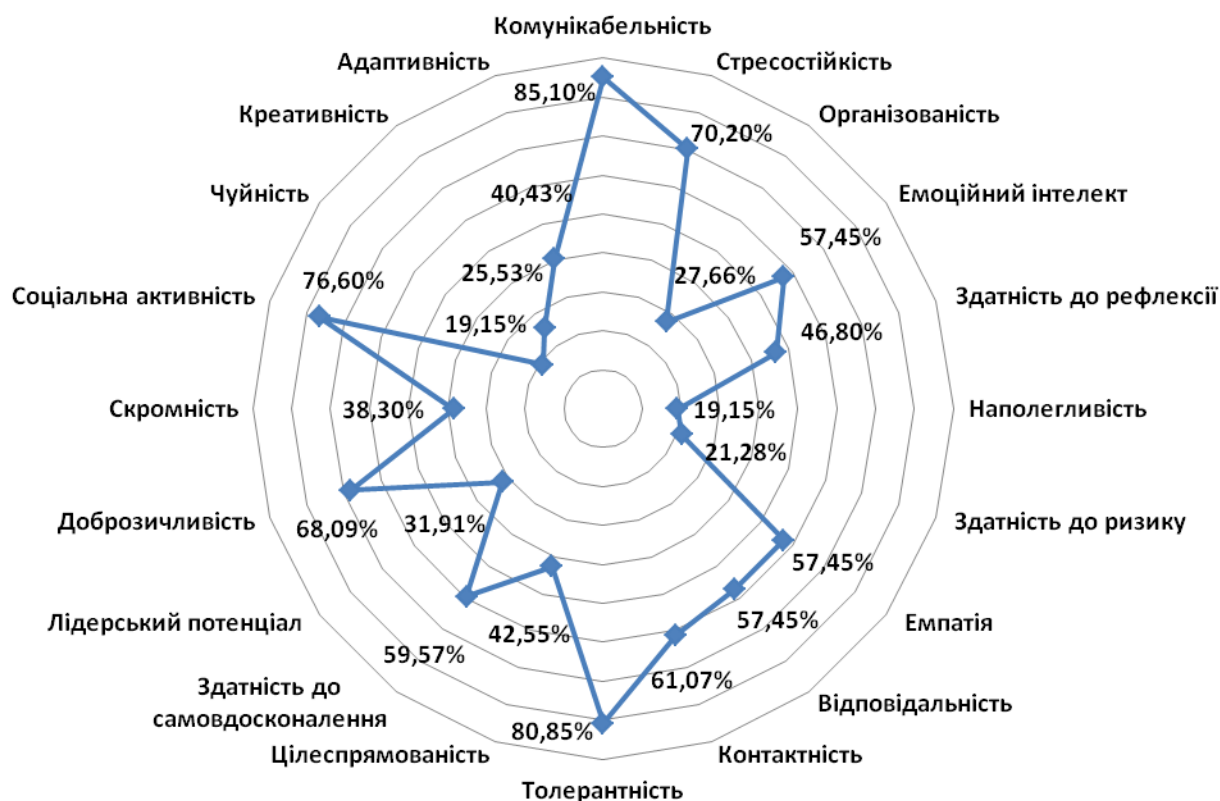


Рис. 1.6. Особистісні якості майбутніх педіатрів, що забезпечують ефективну роботу в команді (за результатами опитування респондентів)

За результатами опитування, саме ці 5 особистісних якостей стали складовими особистісного компонента готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Далі обґрунтуємо сутність кожної особистісної якості.

Перш за все необхідно зупинитися на такій якості як *доброзичливість*. На наш погляд, педіатри, у яких сформована така риса характеру є тими фахівцями, які здатні поступатися, ділитися, жаліти, клопотати, допомагати, підтримувати, співпереживати, співчувати членам команди.

Доброзичливість – це інтегративна якість особистості, утворена внаслідок синтезу моральних знань, моральної поведінки, моральних мотивів, почуттів і емоцій [220, с. 120]; ставлення до людини, орієнтоване на сприяння її благу, на здійснення добра; обов'язком кожної людини, який виражає миролюбність, дружність, готовність до співпраці [200]; повага, сприйняття та розуміння кожної

особистості, яка перебуває у взаємодії з іншими [211, с. 117]; ставлення до людини, орієнтоване на сприяння його благу, на вчинення добра [87]; особистісна якість, показниками якої є прояв турботи і уваги, співчуття, чуйності, емпатії; емоційно-позитивне ставлення до оточуючих [80, с. 131]; фундаментальне моральне поняття, що характеризується готовністю і здатністю особистості свідомо слідувати добру [218, с. 107]. Отже, доброзичливість є готовністю сприяти благополуччю інших; виявляється у відношенні до людства, орієнтованого на вираженість добра. Тому, на нашу думку, доброзичливість є обов'язком педіатра.

Вивчаючи феномен „доброзичливість” у контексті підготовки майбутнього педіатра до роботи в команді зазначимо, що це вільний свідомий вибір майбутнього педіатра, його власна позиція і активність щодо побудови доброзичливих відносин в команді, які складають його активну життєву позицію.

Формування команди та її розвиток неможливий без створення взаємин, заснованих доброзичливості. Доброзичливі взаємини між членами команди це – „турбота про потреби, запити і бажання людей, уважність до їхніх проблем, інтересів; співчуття до навколишніх, готовність прийти на допомогу” [218, с. 107]; загальна позитивно-емоційна спрямованість поведінки особистості в його взаєминах з іншими, яка виявляється в умінні співчувати, готовності надавати допомогу і вступати у взаємодію з іншими людьми [252]. Отже, доброзичливість майбутнього педіатра є одними з ключових елементів ефективної роботи в команді.

Наступною складовою особистісного компоненту готовності майбутнього педіатра до роботи в команді є *толерантність* – соціально важлива особистісна якість, що забезпечує комфортне спілкування з людьми.

Учені (А. Молчанова, Л. Залановська, О. Максимова та ін.) по-різному тлумачать толерантність, як-от: інтегративна якість особистості, що відображає активну моральну позицію і готовність до конструктивної взаємодії з людьми і групами незалежно від їх національної, соціальної, релігійної, гендерної приналежності, поглядів, світогляду, стилю мислення і типу поведінки; сприяє

успішному самоствердженню особистості та її самореалізації у суспільстві [183, с. 8]; здатність індивіда сприймати без агресії думки, що відрізняються від його власних, а також особливості поведінки та зовнішності інших індивідів [101]; мистецтво жити поруч з несхожими, прийняття іншого, це шлях до вирішення і недопущення конфліктів, мистецтво цивілізаційного компромісу [172, с. 174]. Отже, толерантність майбутнього педіатра ми пов'язуємо з активною моральною позицією з метою встановлення позитивної взаємодії і взаєморозуміння між членами команди.

Розглянемо головні принципи толерантності у роботі в команді: довірливе співробітництво – встановлення відносин взаєморозуміння і взаємної вимогливості в команді; екологія взаємовідносин – забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату в команді; формування почуття власної гідності, самоповаги, поваги до членів команди; „синергетизм, що забезпечує розвиток особистості, є його джерелом і рушійною силою; творчість, що забезпечує реалізацію варіативних підходів до встановлення толерантних відносин і аналізу ситуації взаємодії” [183, с. 14].

Таким чином, толерантність педіатра характеризується терпимістю до чужих думок, вірувань, поведінки, відмовою від домінування чи насильства, шанобливим ставленням до своїх колег, пацієнтів, підлеглих, врахуванням їх думки, знань, досвіду при прийнятті обґрунтованих медичних рішень. Сформованість у майбутнього педіатра толерантності забезпечує готовність до установки на компроміс, довіру, співробітництво, доброзичливість.

Наступною складовою особистісного компоненту є *соціальна активність*, яка виявляється у здатності майбутнього педіатра до цілеспрямованої взаємодії з соціумом, реалізації суспільних відносин як суб'єкта. Означене підтверджується тим, що лікарі мають різні стосунки з суспільством. Оскільки суспільство і його фізичне довкілля є важливими чинниками здоров'я пацієнтів, і лікарська професія в цілому, і окремі лікарі мають грати істотну роль у впливі на суспільну охорону здоров'я, медико-санітарну просвіту, охорону довкілля, на закони, що впливають на здоров'я та благополуччя громади, а також на показання свідків на судових

розглядах [43, с. 67].

Для нас важливими є погляди С. Чернети, яка стверджувала, що соціальна активність тісно взаємопов'язана, а деколи нерозривно пов'язана з такими поняттями, як діяльність, спілкування, соціальна відповідальність, життєва позиція, соціальна адаптація, соціалізація тощо [291, с. 178]. Тому поняття соціальної активності відображає характер функціонування індивідів і соціальних груп у суспільстві.

В. Косовець розглядає соціальну активність як складну структуру, яка характеризується потребою до дії, реалізується в соціально-значущій діяльності, спрямованій назовні, та якій притаманні соціально-ціннісні вчинки і поведінка; інтересами, що відображають особистісні утворення, які інтегрують раціональне й емоційне начало і які визначають спрямованість людини на предмети і явища дійсності, а також мотивами її дій [149, с. 86].

За свідченням О. Мазурик і Т. Єрескова, процес ефективної соціальної активності передбачає не тільки „діалог” між соціальними групами, які по-різному усвідомлюють свою відповідальність і участь у вирішенні соціальних проблем, що може виступати чинником попередження соціальних конфліктів, але й „форму” цього діалогу. Науковці, у свою чергу, виділяють три основні варіації (форми) соціальної активності: згода (у вигляді добровільної відданості соціальним реаліям); включеність (у вигляді можливості вільного виразу думок, але переважно ці думки сприймаються лише як „соціальний фон”); участь (у вигляді реалізації зацікавленими соціальними суб'єктами власних задумів у дії) [170, с. 72].

Соціальна активність майбутніх педіатрів передбачає критичне ставлення до дійсності, що означає постійну потребу самостійно осмислювати те, що відбувається в країні та світі, прагнення зробити життя кращим. У цьому аспекті особливе значення має соціальна активність педіатрів при соціально-значущих захворюваннях (зокрема, при туберкульозі) і в неонатології, оскільки на тлі кризової демографічної ситуації в Україні зростає пріоритетність питань охорони материнства і дитинства [140].

У результаті аналізу наукової літератури ми зробили наступний висновок: до соціальної активності майбутніх педіатрів у сфері надання медичних послуг і громадської діяльності відносяться такі категоріальні поняття як „Бути небайдужим до дитини”, „Безкорислива допомога”, „Бути корисним”, „Прагнення до розвитку і пізнання світу”; „Участь у заходах (громадських, медичних, соціальних тощо)”, „Робота в команді”.

Щодо поняття „соціальна активність майбутніх педіатрів”, то його можна сформулювати як комплексне поняття, яке включає в себе роботу в команді з метою участі в заходах громадського, медичного, соціального характеру, рухомого прагненням до розвитку і пізнання навколишньої дійсності.

Вагомою складовою особистісного компонента готовності майбутнього педіатра до роботи в команді є *стресостійкість*. Це зумовлено тим, що щодня в процесі професійної діяльності педіатри підпадають під дію стресу у зв'язку з постійним і безпосереднім контактом з хворими дітьми та їх батьками, які переживають психологічну кризу.

На думку П. Білецького [15, с. 29], Н. Водоп'янової [47, с. 114], Г. Нікіфорова [227], Ю. Карпук [169], М. Магдисюк [169], Є. Старченкової [47, с. 114], стрес лікарів викликаний низкою специфічних стрес-факторів: величезна відповідальність за життя й здоров'я пацієнтів, яка важким тягарем лягає на їхні плечі; велика кількість контактів з хворими людьми та їхніми родичами, постійне зіткнення з чужими проблемами і чужим болем, з негативними емоціями, які несуть негативну енергію; нерівномірний режим роботи з нічними та добовими чергуваннями, що порушує природні біоритми праці та відпочинку і негативно впливає на адаптаційні здатності організму; робоче середовище з новими факторами соціального ризику, такими як злочинність, наркоманія, безпритульність тощо; заробітна плата лікарів не відповідає ступеню їх соціальної відповідальності, що викликає почуття незадоволення своєю професією та пов'язані з цим фактом особистісні стреси.

Означені особливості професійної діяльності лікарів, зокрема педіатрів вимагають від таких фахівців психічної і фізичної стійкості у напружених

професійних ситуаціях, а саме сформованості такої особистісної якості як стресостійкість.

У психологічній літературі активно обговорюється поняття стресостійкості. Стресостійкість – інтегративна властивість особистості, що характеризується такою взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів психічної діяльності індивідуума, що забезпечує оптимальне успішне досягнення мети в складній емоційній обстановці [168]; прагнення до комфортного рівня функціонування, тобто як здатність до саморегуляції, відновлення оптимального стану і рівня діяльності в умовах, що змінилися [331; 363]; використання особистих, соціальних і культурних засобів і способів боротьби зі стресовою ситуацією і викликаними нею почуттями, як психологічні та фізіологічні здатності організму протистояти соціальним чинникам [322; 333; 346]. Стресостійкість забезпечує гармонійний зв'язок між усіма компонентами психічної діяльності в ситуаціях, що обумовлені емоціями, і тим самим сприяє успішному виконанню діяльності [29]; оптимально успішне досягнення мети діяльності в складному емотивному середовищі [103].

Отже, стресостійкість педіатра є комплексною властивістю особистості, що „передбачає наявність сформованих умінь протистояти впливу стрес-факторів, керувати власними емоційними станами, проявляти витримку” [214, с. 146] у професійній медичній діяльності. На нашу думку, стресостійкість майбутнього педіатра, по-перше, обумовлює значне підвищення рівня ефективності роботи в команді, по-друге, забезпечує кардинальні зміни способу та якості особистісного і професійного життя.

Розвинена стресостійкість педіатра забезпечує формування ефективної взаємодії в команді, досягнення згоди всередині колективу в умовах непередбачуваності.

Наступною складовою особистісного компонента є *комунікабельність* (від лат. *communicabilis* – „поєднувати, з'єднувати”) – здатність до (ефективного) спілкування, отримання задоволення від процесу комунікації.

Підвищення якості медичних послуг та їх задоволеності пацієнтами „в

сучасних умовах обмежень у фінансуванні, можна здійснити не тільки за рахунок раціонального і грамотного розподілу наявних коштів, а й за рахунок поліпшення взаємин медичних працівників і пацієнтів” [91], а саме звернення особливої уваги на комунікабельність педіатра: як уважно вислуховує пацієнта, його батьків, колег; чи забезпечив необхідним типом і обсягом інформації; чи виявив емпатію тощо.

Комунікабельність, як особистісна характеристика майбутнього педіатра є доволі важливою складовою широкої і складної проблеми – формування його готовності до роботи в команді.

У наукових працях поняття комунікабельність трактується по-різному: здатність, схильність до комунікації, до встановлення контактів і зв’язків [250]; готовність та вміння будувати контакт на різній психологічній дистанції – далекій та близькій та заключається в досягненні трьох рівнів адекватності партнерів – комунікативний, інтерактивний та перцептивний [207]; товарицькість як властивість характеру, вміння і бажання спілкуватися з людьми.

На думку Н. Бельської, комунікабельна людина: соціально активна та ініціативна, легко вступає в контакт з будь-якою людиною (немає сором’язливості, боязкості, збентеження, загальмованості), не має упередження щодо представників будь-якої соціальної групи; розуміє, про що говорити можна, а про що немає сенсу або небезпечно торкатися (тактовний); соціально витривала, що не втомлюється від спілкування, витримує великі (кількісно і якісно) навантаження, пов’язані зі спілкуванням, в тому числі, з „важким”, „незручним”; стресостійка у конфліктах, слабкочутлива до агресії партнера (відкритої і прихованої), або здатна конструктивно, або з малими втратами, від неї захиститися; має здатність до „зворотного зв’язку”; доречно і ефективно враховує соціальні конвенції, цінності, правила, традиції, умовності; здатна до переконливої демонстрації привітності, доброзичливості, чуйності; здатна налаштовувати партнера до себе і досягти за рахунок цього власних цілей [12, с. 25]. Таким чином, означений перелік здібностей і навичок є ідеальною моделлю комунікабельного педіатра.

У професійній діяльності педіатра також важливу роль відіграє вміння вислухати пацієнта, що є необхідним для формування контакту. Уміння зрозуміти хвору дитину, вислухати її батьків допомагає не тільки визначити стан дитини, але й сприятиме встановленню психологічного контакту між членами команди.

Комунікабельність поєднує в собі цілий набір навичок, такі як невербальне спілкування, активне слухання, управління емоціями, вміння відстояти свою точку зору і розуміння емоцій співрозмовника. Комунікабельний педіатр – легко встановлює контакти з членами команди, приємний в спілкуванні. Наприклад, характер професійного спілкування педіатра з хворою дитиною та її батьками впливає на перебіг хвороби та стан пацієнта. Це пов'язано з тим, що спілкування є найважливішим професійним інструментом, який педіатр застосовує при реалізації всіх етапів лікувального процесу. Отже, сформованість комунікабельності дозволяє майбутньому педіатру більш ефективно вирішувати лікувально-діагностичні та організаційні завдання в команді.

Показниками особистісного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді визначено: рівень сформованості доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.

У дослідженні нами виокремлено такі рівні сформованості особистісного критерію.

Високий рівень. Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями виявляють наявність і сформованість доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.

Достатній рівень. Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями інколи виявляють такі якості, як доброзичливість, толерантність, соціальну активність, стресостійкість, комунікабельність.

Низький рівень. Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями демонструють низький рівень сформованості доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.

Узагальнений опис критеріїв, показників готовності майбутні педіатрів до роботи в команді та їх рівневий диференціал наведено у табл. 1.5.

Таблиця 1.5

Критерії, показники та рівні сформованості готовності майбутні педіатрів до роботи в команді

Критерій	Показник	Рівень сформованості		
		Високий	Достатній	Низький
Мотиваційно-ціннісний		Магістранти мають яскраво виражену мотивацію до командної роботи; характеризуються інтерактивною спрямованістю; демонструють прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди; проявляють милосердя і готовність допомагати іншим людям; мають певну потребу у конструктивному спілкуванні.	Майбутні фахівці виявляють достатньо виражену мотивацію до командної роботи, демонструють особистісну інтерактивну спрямованість з частковим прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди; виявляють частково милосердя і готовність допомагати іншим людям, мають певну потребу у конструктивному спілкуванні.	Майбутні фахівці виявляють позитивне налаштування на командну роботу з переважно пасивним ставленням до командної діяльності, демонструють особистісну інтерактивну спрямованість, проте не прагнуть підтримувати гарні відносини з членами команди, частково проявляють милосердя і готовність допомагати іншим людям; мають неусвідомлену потребу у конструктивному спілкуванні.

Когнітивний	Повнота і глибина засвоєних знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді	У студентів сформовано чіткі уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Фахівці мають глибокі та дієві знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх регулювання. Вони розуміють етапи становлення ефективної команди та процеси групової динаміки. Креативно підходять до вибору технологій створення та розвитку команд.	У студентів сформовано уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Проте ці знання і уявлення іноді є неповними. Фахівці у більшості випадків мають глибокі та дієві знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх регулювання. Вони не завжди розуміють доцільність етапів становлення ефективної команди та процеси групової динаміки. Мають поодинокі проблеми у виборі технологій створення та розвитку команд.	У студентів сформовано погляди на сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі у загальному вигляді. Знання епізодичні, несистемні. Вони вбачають себе природними знавцями переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді та між командами, методи їх регулювання. Упевнені, що не потребують спеціальних знань щодо етапів становлення ефективної команди та процеси групової динаміки. Не розуміють доцільності вибору технологій створення та розвитку команд.
Діяльнісно-функціональний	Рівень розвитку умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді	Майбутні педіатри виявляють досконале володіння уміньми, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) та виявляють впевненість у їх застосуванні в практичній діяльності.	Магістранти володіють уміньми, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) за наявності певних помилок, копіюють стереотипний спосіб здійснення командної діяльності.	У магістрантів недостатньо розвинуті уміньми, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), дії спираються на наявний життєвий досвід, використання методу спроб і помилок.

Закінчення табл. 1.5

Особистісний	Доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність	Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями виявляють наявність і сформованість доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.	Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями інколи виявляють такі якості, як доброзичливість, толерантність, соціальну активність, стресостійкість, комунікабельність.	Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями демонструють низький рівень сформованості доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.
--------------	--	---	---	---

На підставі вищенаведених міркувань у дослідженні виокремлено низький, достатній та високий рівні сформованості готовності майбутні педіатрів до роботи в команді.

Низький рівень сформованості готовності майбутнього педіатра до роботи в команді характеризується позитивним налаштуванням на командну роботу з переважно пасивним ставленням до командної діяльності, особистісною інтерактивною спрямованістю, проте відсутністю прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди, частковим проявом милосердя і готовністю допомагати іншим людям; неусвідомленою потребою у конструктивному спілкуванні. У студентів сформовано чіткі уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Фахівці мають глибокі та дієві знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх регулювання. Вони розуміють етапи становлення ефективної команди та процеси групової динаміки. Креативно підходять до вибору технологій створення та розвитку команд. Майбутні педіатри виявляють досконале володіння вміннями, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) та виявляють впевненість у їх застосуванні в практичній діяльності. Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками,

викладачами й фахівцями виявляють наявність і сформованість доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.

Достатній рівень сформованості готовності майбутнього педіатра до роботи в команді характеризується достатньо вираженою мотивацією до командної роботи, особистісною інтерактивною спрямованістю з частковим прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди; частковим милосердям і готовністю допомагати іншим людям, певною потребою у конструктивному спілкуванні. У студентів сформовано уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Проте ці знання і уявлення іноді є неповними. Фахівці у більшості випадків мають глибокі та дієві знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх регулювання. Вони не завжди розуміють доцільність етапів становлення ефективної команди та процесу групової динаміки. Мають поодинокі проблеми у виборі технологій створення та розвитку команд. Магістранти володіють уміннями, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) за наявності певних помилок, копіюють стереотипний спосіб здійснення командної діяльності. Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями інколи виявляють такі якості, як доброзичливість, толерантність, соціальну активність, стресостійкість, комунікабельність.

Високий рівень сформованості готовності майбутнього педіатра до роботи в команді характеризується яскравою вираженою мотивацією до командної роботи; інтерактивною спрямованістю; прагненням підтримувати гарні відносини з членами команди; проявом милосердя і готовністю допомагати іншим людям; певною потребою у конструктивному спілкуванні. У них сформовано чіткі уявлення про сутність і принципи команди, рольові позиції в командній роботі. Фахівці мають глибокі та дієві знання щодо переваг і недоліків командної роботи, причин конфліктів, які виникають у команді і між командами, методи їх регулювання. Вони розуміють етапи становлення ефективної команди та процесу

групової динаміки. Креативно підходять до вибору технологій створення та розвитку команд. Майбутні педіатри виявляють досконале володіння уміннями, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) та виявляють впевненість у їх застосуванні в практичній діяльності. Магістранти у процесі командної роботи з однокурсниками, викладачами й фахівцями виявляють наявність і сформованість доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості, комунікабельності.

Підсумовуючи викладене вище, зазначимо, що здійснений у цьому підрозділі компонентно-структурний та рівневий аналіз досліджуваної готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді дав можливість більш чітко зрозуміти сутність даного феномена та конкретизувати його зміст.

1.3. Наукові підходи до професійної підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання

У даний час наша країна стоїть перед глобальними проблемами, які впливають на всі життєво важливі галузі, в тому числі медицину й освіту. Отже, означені проблеми також стосуються і медичної освіти, завдання якої – підготовка конкурентоздатних компетентних лікарів для вирішення не тільки теперішніх, а й майбутніх питань здоров'я української нації. Темпи сучасного розвитку суспільства прискорюються, диктуючи нові вимоги до традиційних професій, в тому числі й такій, як лікар-педіатр.

Підготовка висококваліфікованого лікаря-педіатра забезпечується формуванням загальних і професійних компетентностей в період навчання у закладі вищої медичної освіти. При цьому професійна підготовка майбутніх педіатрів являє собою творчий інноваційний процес, що об'єднує якісну теоретичну та практичну підготовку майбутнього дитячого лікаря [52, с. 64]; процес формування особистості, яка здатна до ефективної діагностики та лікування широкого спектру захворювань, що стосуються дітей, на основі

глибоких знань про нормальний розвиток і широкий спектр клінічних станів у немовлят, дітей та молоді; психологічної і педагогічної роботи з дітьми та з їхніми батьками, з іншими фахівцями медичної сфери. Отже, відповідальність педіатра перед суспільством надзвичайно висока.

Зауважимо, що професійна підготовка майбутніх педіатрів в Україні здійснюється у вищій і післядипломній системах освіти відповідно до Стандарту вищої освіти другого (магістерського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 228 Педіатрія (2018 р.). Стандарт містить обсяг кредитів ЄКТС, необхідний для здобуття відповідного ступеня вищої освіти; перелік компетентностей випускника; нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти, сформульований у термінах результатів навчання; форми атестації здобувачів вищої освіти; вимоги до системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти [57]. Отже, підготовка майбутніх педіатрів здійснюється в умовах магістратури закладів вищої медичної освіти й регламентується Законом України „Про вищу освіту” [100], Наказом Міністерства освіти і науки України № 99 від 10.02.2010 р. „Про Концепцію організації підготовки магістрів в Україні” [188], Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 35 від 24.02.2000 р. „Про затвердження Положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування” [189].

У Законі України „Про вищу освіту” магістратура визначається як другий ступінь триступеневої системи вищої освіти, де продовжують навчання випускники бакалаврських програм і дипломовані спеціалісти [100]. Нам імпонує точка зору, що магістерська підготовка – це не „отримання нової (додаткової) професії”, а процес набуття магістрантами додаткових знань і умінь під час навчання [158, с. 159].

Магістр медицини (фармації) – це завершений освітньо-кваліфікаційний рівень фахівця, який на основі повної вищої медичної (фармацевтичної) освіти або на основі кваліфікації бакалавра здобув поглиблені загальнокультурні, соціально-правові та спеціальні знання й уміння, має досвід їх застосування в

охороні здоров'я (фармації) та захистив на вченій раді вищого медичного (фармацевтичного) навчального закладу (факультету) магістерську роботу [189].

Варто зазначити, що у науковій літературі не має вказівок щодо того, коли необхідно вивчати теми, які розкривають особливості командної взаємодії педіатрів. Деякі дослідники (С. Кітчен (S. Kitchen), С. Костер (S. Coster), Е. Мірабо (E. Meerabeau), Т. Мурреллс (T. Murrells), І. Норман (I. Norman), Е. Субуду (E. Sooboodoo) та ін.) стверджують, що формування готовності до роботи в команді слід здійснювати на початку професійної медичної кар'єри, до формування негативних міжособистісних установок (наприклад, негативного моделювання ролей у клінічні роки), які можуть бути більш стійкими до змін [318]. Інші (А. Банерджі (A. Banerjee), Р. Букер (R. Booker), М. Вайнгер (M. Weinger), Д. Меркальдо (D. Mercaldo), А. Міллер (A. Miller), Д. Натаніель (D. Nathaniel), Х. Петрі (H. Petrie), Л. Раун (L. Rawn), Дж. Слагл (J. Slagle), Д. Франс (D. France) та ін.) стверджують, що навчання роботі в команді буде ефективним лише тоді, коли майбутні медичні фахівці вже мають належні клінічні знання та досвід [351; 310]. На наше переконання дорослі найкраще вчаться завдяки активній участі, саморефлексії і використанню мультимодальних (візуального, слухового і кінестетичного підкріплення) стратегій навчання, тому підготовку майбутніх педіатрів до роботи в команді необхідно здійснювати в умовах магістратури. Проте, незалежно від означених вище думок, всі дослідники проблем підготовки майбутніх медичних працівників вважають, що існує потреба у розробці кращих методів формування готовності до роботи в команді.

Для з'ясування стану наукової розробки питання, що досліджується, нами було вивчено дисертаційні роботи, присвячені професійній підготовці майбутніх педіатрів в умовах магістратури. Аналіз джерельної бази свідчить, що впродовж останніх десятиліть педагогічна спільнота активно досліджує проблеми підготовки майбутніх лікарів, зокрема педіатрів.

Так, серед таких робіт, що певним чином пов'язані з нашим дослідженням, можна виділити наукову розвідку Х. Цимбровської [289], яка розглянула методику формування у майбутніх лікарів-педіатрів професійно орієнтованої англійської

компетентності. Л. Цветкова [286] акцентувала увагу на проблемі комунікативної компетентності лікарів-педіатрів. Певний інтерес для нас становлять праці Н. Ульянової [274] – формування готовності майбутнього лікаря-педіатра до використання засобів фізичної культури для збереження репродуктивної функції у дівчаток-підлітків; Н. Гуляєвської [70] – методологічні основи системи соціально-педіатричної підготовки в медичному вузі й інші.

Проблема професійної підготовки майбутніх педіатрів у процесі магістерського навчання розглядається дослідниками в різних площинах: післядипломна підготовка педіатрів (В. Маркевич, М. Загородній [174]); соціальна орієнтація підготовки педіатра на післядипломному етапі (С. Мокія-Сербіна, В. Чечель, Н. Заболотна [181]); використання інтерактивних методів навчання у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді (І. Мельничук [176]); загальні основи педіатричної освіти України у XXI сторіччі (О. Волосовець, С. Кривопустов, О. Січкоріз та ін. [552]) та ін. Автори звертають увагу на те, що докорінним чином має змінитися процес підготовки майбутніх педіатрів. На їх думку, цьому повинна сприяти підготовка таких фахівців в умовах магістратури. Однак, незважаючи на значний інтерес дослідників, проблема підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді залишається актуальною.

Результати аналізу наукового доробку дослідників, присвяченого підготовці майбутніх педіатрів, дав змогу сформулювати висновок, що професійна підготовка майбутнього педіатра є складною поліфункціональною відкритою педагогічною системою, яка здатна забезпечити формування особистості майбутнього конкурентоспроможного фахівця (знання, уміння, навички, особистісні якості), готового до успішного здійснення професійної, командної діяльності.

До *третьої групи теоретичних засад* розвитку підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді відносимо сучасний досвід та напрями наукових пошуків щодо підготовки педіатрів до роботи в команді.

Визнаючи багатоаспектність цього питання, вбачаємо за доцільне виокремлення таких основних напрямів її висвітлення через:

– аналіз сучасної практики підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді в Україні та результати моніторингового опитування викладачів і студентів з метою встановлення можливості підготовки майбутніх педіатрів для роботи в команді;

– наукові праці, присвячені презентації поглядів зарубіжних та вітчизняних науковців на підготовку майбутніх лікарів до роботи в команді;

– наукові здобутки вчених, які присвятили свої дослідження підготовці до роботи в команді фахівців різних спеціальностей.

Щодо *першого напрямку* нашого дослідження, то необхідно звернутись до аналізу сучасної практики підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді в Україні. Для цього, в першу чергу, проаналізуємо зміст Стандарту вищої освіти підготовки на другому (магістерському) рівні за спеціальністю 228 Педіатрія. Так, Стандартом визначено такі цілі професійної підготовки майбутніх педіатрів: забезпечити академічну підготовку з фундаментальних і клінічних біомедичних наук та підготовку випускників до професійної діяльності лікаря-педіатра на відповідній первинній посаді шляхом набуття загальних та спеціальних компетентностей, сфера застосування яких описується визначеними переліками синдромів та симптомів захворювань, невідкладних станів, фізіологічних станів та захворювань, що потребують особливої тактики ведення пацієнтів; лабораторних та інструментальних досліджень, медичних маніпуляцій [257].

Даним стандартом також визначено перелік загальних і спеціальних (фахових) компетентностей, які мають бути сформовані у майбутнього педіатра під час навчання у вищому медичному закладі освіти. До переліку загальних компетентностей увійшли такі: здатність працювати в команді та навички міжособистісної взаємодії, а до переліку спеціальних (фахових) компетентностей включено наступні: здатність до визначення необхідного режиму навчання, праці та відпочинку здорових дітей та при лікуванні захворювань здатність до визначення характеру харчування при лікуванні захворювань, здатність до визначення тактики ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду, навички консультування з питань планування сім'ї та

медико-генетичного консультування, здатність до визначення тактики ведення осіб, що підлягають диспансерному нагляду тощо. Отже, враховуючи аналіз вищезазначених компетентностей, можемо констатувати, що Стандартом вищої освіти України зі спеціальності 228 Педіатрія передбачено підготовку майбутнього педіатра до роботи в команді.

З метою виявлення рівня підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді нами було:

– проаналізовано зміст освітньо-професійних програм „Педіатрія” у деяких закладах вищої медичної освіти України. Перелік закладів вищої освіти України, що здійснюють підготовку магістрантів за означеними програмами в Україні подано в додатку Б;

– проведене моніторингове опитування викладачів з метою встановлення можливості підготовки майбутніх педіатрів для роботи в команді (анкету подано у додатку Г);

– проведене моніторингове опитування майбутніх педіатрів з метою встановлення можливості підготовки до роботи в команді (анкету подано у додатку В).

Для того, щоб зрозуміти рівень уваги, яка приділяється підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді в українських закладах вищої медичної освіти, звернемося до аналізу змісту освітньо-професійних програм „Педіатрія” у деяких закладах вищої медичної освіти України. Перелік закладів вищої освіти України, що здійснюють підготовку магістрантів за означеними програмами в Україні подано в додатку Б.

Джерелами аналізу магістерських програм послуговували: інформація, розміщена на офіційних сайтах закладів вищої медичної освіти, випускних кафедр, друковані видання (анонси освітніх і наукових подій, статті, освітньо-професійні програми „Педіатрія” зі спеціальності 228 Педіатрія, програми навчальних дисциплін для підготовки магістрантів означеної спеціальності).

Аналіз загальних, професійних компетентностей і результатів навчання, які зазначені в освітньо-професійних програмах „Педіатрія”, дозволяє зробити такі

висновки: заклади вищої медичної освіти в освітньо-професійних програмах „Педіатрія” чітко визначають перелік загальних і спеціальних компетентностей формують відповідно до Стандарту вищої освіти України зі спеціальності 228 Педіатрія, не змінюючи і не доповнюючи його; аналіз навчальних планів також показав відсутність освітніх компонентів командної спрямованості, окрім однієї освітньої програми, в якій у циклі вибіркового навчання є курс „Комунікативні навички лікаря” (проте, це курс акцентує увагу лише на одному аспекті підготовки майбутнього педіатра до роботи в команді).

На підставі проведеного аналізу можна зробити висновок, що освітньо-професійні програми „Педіатрія”, які пропонують заклади вищої медичної освіти України, у більшості випадків, не орієнтовані на формування компетентностей, необхідних для роботи в команді. Проте, хронологічний аналіз довів, що принципами колективної роботи керуються викладачі, які навчають здобувачів за більшістю ОПП. Вбачаємо, що готовність до роботи в команді є важливим аспектом успішної практики майбутнього педіатра і має бути сформована ще під час базової професійної освіти.

Результати моніторингового опитування викладачів (34 особи) показали, що найбільш популярними серед викладачів виявились такі технології навчання: *технології дистанційного і ситуаційного навчання, ігрові, інтерактивні, діалогічні технології, тренінги тощо*. При відповіді на запитання „Як часто Ви використовуєте групові форми роботи на своїх заняттях?”, відповіді розподілились наступним чином: часто – 58,2%, рідко – 35,9%, ніколи – 5,9%. Наступне питання анкети було уточнюючим щодо попереднього. Викладачам необхідно було перерахувати групові форми, які вони використовують. Відповіді були наступні: *робота в парах, робота в малих групах, „круглі столи”, дебати тощо*.

Дуже цікавими для нас виявились відповіді викладачів на запитання № 4 „Як Ви вважаєте, є групові форми роботи більш-менш продуктивними, ніж індивідуальна робота студентів?”. Ми отримали різноманітні відповіді, тому розділили їх на такі категорії: так – 64,7%; ні – 11,8%; важко відповісти – 23,5%.

Відповіді на запитання „Як часто Ви організуєте роботу студентів у команді?” виявились досить суперечливими, тому що більшість викладачів плутали поняття „група” і „команда”. Проте при відповіді на запитання „Чи можете Ви назвати відмітні характеристики роботи в команді студентів?” викладачі дуже чітко зазначили ці характеристики. Наприклад, *учасники команди гостро відчують відповідальність за кінцевий результат своєї діяльності, справедлива система мотивації та стимуляції, зацікавленість членів колективу у встановленні і підтримці етичних зобов'язань відносно один одного, серед членів групи встановлюється певна взаємодовіра, закритість команди від стороннього впливу, заснована на колективних принципах ухвалення рішень і командної відповідальності за кінцевий результат організаційної роботи тощо.*

Стосовно досвіду роботи в команді результати виявились досить сумними: так – 23,5%; ні – 76,5%.

У ході аналізу відповідей на запитання № 8 отримали наступні результати: 79,4% викладачів вважають, що організація роботи студентів у команді сприятиме підвищенню якості навчання, відповідно 20,6% вважають, що навпаки.

При відповіді на останнє запитання „Як Ви вважаєте, чи мають дисципліни професійного циклу потенціал для формування готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів?”, всі викладачі були одностайні, що „так” (100%).

Моніторингове опитування викладачів показало, що викладачі використовують у своїй діяльності різноманітні технології навчання (технології дистанційного і ситуаційного навчання, ігрові, інтерактивні, діалогічні технології, тренінги тощо), проте різноманітність у групових формах відсутня. Більшість викладачів розуміють, що організація роботи студентів у команді сприятиме підвищенню якості навчання і всі дисципліни професійного циклу мають потенціал для формування готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів.

Також нам було цікаво з'ясувати погляди магістрантів стосовно їх уявлень щодо необхідності підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді. Так, результати опитування 55 магістрантів, які навчаються за освітньо-професійною програмою „Педіатрія” подано у таблиці 1.6.

Таблиця 1.6

**Результати анкетування майбутніх педіатрів щодо необхідності підготовки
майбутніх педіатрів до роботи в команді**

<i>Питання</i>	<i>Так</i>	<i>Ні</i>	<i>Не знаю</i>
1. Чи необхідно Вам в майбутній професійній діяльності вміння працювати в команді?	81,9%	3,6%	14,5%
2. Чи є у Вас досвід роботи в команді, отриманий у процесі навчальної діяльності?	10,9%	41,8%	47,3%
3. Чи вважаєте Ви, що робота в команді відрізняється від роботи в групі та колективі?	12,7%	18,2%	69,1%
4. Будь-яка людина зможе працювати в команді?	56,4%	32,7%	10,9%
5. Чи потрібні Вам додаткові знання для ефективної роботи в команді?	67,3%	3,6%	29,1%
6. Чи вважаєте Ви, що навчальні дисципліни професійного циклу мають потенціал у формуванні готовності до роботи в команді?	72,7%	7,3%	20%
7. Чи часто викладачі закладу вищої освіти використовують групові форми роботи в пізнавальній діяльності?	60%	30,9%	9,1%
8. Чи вважаєте Ви, що робота в команді дозволить краще зрозуміти досліджуваний матеріал?	69,1%	14,5%	16,4%
9. Чи вважаєте Ви, що робота в команді на заняттях допоможе Вам встановити відносини співробітництва з викладачем?	81,9%	3,6%	14,5%
10. Хотіли б Ви навчитись працювати в команді?	83,6%	0%	16,4%

Відзначимо, що більшість магістрантів стверджують, що сформованість вміння працювати в команді необхідно їм у майбутній професійній діяльності (81,9%), необхідні додаткові знання для ефективної роботи в команді (67,3%), навчальні дисципліни професійного циклу мають потенціал у формуванні готовності до роботи в команді (72,7%), робота в команді дозволить краще зрозуміти досліджуваний матеріал (69,1%), робота в команді на заняттях допоможе встановити співробітницькі відносини з викладачем (81,9%), хотіли б навчитись працювати в команді (83,6%). Проте, не зважаючи на такі високі показники відповідей на попередні запитання, все ж таки більшість магістрантів не розуміють різниці між групою і колективом (69,1%), не мають (не знають) досвіду роботи в команді під час організації навчальної діяльності (89,1%).

Підсумовуючи, зазначимо, що ми проаналізували сучасну практику підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді в Україні та результати моніторингового опитування викладачів і студентів з метою встановлення можливості підготовки майбутніх педіатрів для роботи в команді. Цей аналіз довів, що незважаючи на досить значну кількість досліджень в галузі підготовки майбутніх фахівців, зокрема майбутніх педіатрів, до роботи в команді, з педагогічної точки зору не вистачає теоретичних знань і практичного переосмислення даних питань.

Щодо *другого напрямку* нашого дослідження цікавим став зарубіжний досвід підготовки майбутніх лікарів до роботи в команді. Так, К. Колон-Емерік (C. Colon-Emeric), Е. МакКоннелл (E. McConnell), С. Пінейро (S. Pinheiro) [317] акцентували увагу на формуванні навичок скоординованої командної роботи медичного персоналу в неекстремних умовах, умовах тривалого перебування пацієнтів в лікувально-реабілітаційних центрах для людей похилого віку. Також у зарубіжній науковій літературі проведено кілька досліджень, в яких розкрито проблему формування готовності лікарів до роботи в команді у відділеннях первинної лікарської медико-санітарної допомоги [350], а також в стаціонарах тривалого перебування онкохворих [313].

Цікавим і достатньо обґрунтованим виявився американський досвід підготовки майбутніх медичних працівників до командної взаємодії. Наприклад, Департаментом охорони здоров'я та соціальних служб США була розроблена програма *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)* (Командні стратегії та інструменти для підвищення ефективності та безпеки пацієнтів) [338]. Означена програма (TeamSTEPPS) передбачає реалізацію командних стратегій та інструментів для підвищення ефективності та безпеки пацієнтів. Як зазначає Л. Томас (L. Thomas) і К. Галла (C. Galla), на сьогодні TeamSTEPPS впроваджено у 14 лікарнях, двох закладах тривалого догляду та амбулаторних зонах у системі охорони здоров'я. Науковці відмітили, що 32 150 членів медичної групи пройшли навчання за цією програмою [358].

TeamSTEPPS включає освітні та практичні модулі, проходження яких

дозволяє розвивати навички командної роботи, такі як взаємодопомога, комунікація медичного персоналу, здатність керувати і контролювати ситуацію. Вся інформація представлена у вигляді навчального курсу, вивчення якого передбачає таку етапність (див. рис. 1.7).

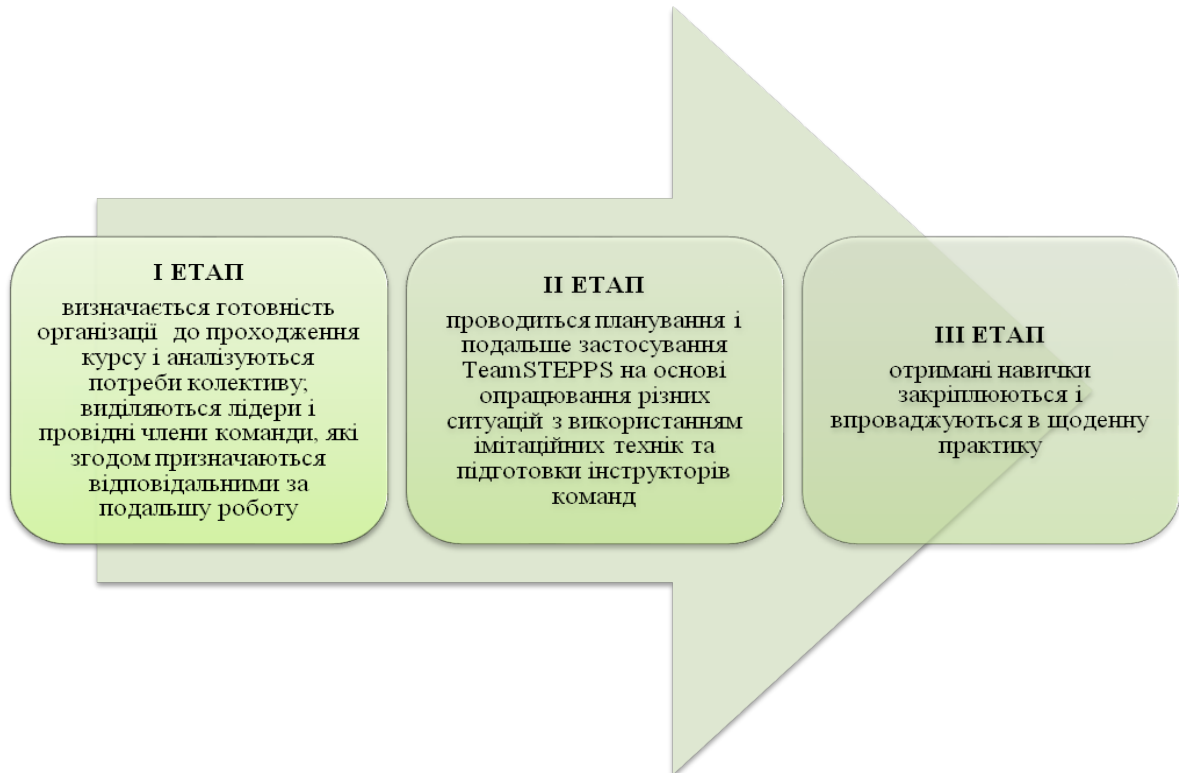


Рис. 1.7. Етапи реалізації програми TeamSTEPPS

Варто зазначити, що протягом реалізації зазначених етапів проводився постійний контроль ефективності командної роботи, а також розроблялися методи її поліпшення членами організації або ініціативної групи.

Програма TeamSTEPPS включає теоретичний курс, основні положення і додаткові матеріали. Головні принципи та поняття TeamSTEPPS розглядаються в теоретичному курсі, який також доступний у вигляді кишенькового путівника. Введення в базові принципи включає сім модулів („Вступ”, „Структура команди”, „Комунікація”, „Провідні команди”, „Ситуаційний моніторинг”, „Взаємна підтримка”, „Підведення підсумків та узагальнення”). Розділ додаткових матеріалів складається з модулів, призначених для інструкторів [175]. При цьому особливість програми TeamSTEPPS – онлайн доступ до всіх матеріалів і

досліджень командної роботи медичного персоналу для працівників різних галузей медицини.

Зазначимо, що під час апробації TeamSTEPPS в громадській лікарні було проведено опитування з питань сприйняття безпеки пацієнтів під час командної медичної допомоги до та після впровадження програми. Результати пілотних госпітальних досліджень демонструють значне покращення з 2007 року (до TeamSTEPPS) до 2010 року. Цінні уроки організаційного успіху в пілотній лікарні дозволили швидко розповсюдити TeamSTEPPS в інших закладах системи охорони здоров'я США.

Вагомим для дослідження став аналіз освітнього проєкту *Triad for Optimal Patient Safety (TOPS)* (Тріада оптимальної безпеки пацієнтів) – міждисциплінарний і багатоцентричний проєкт, спрямований на поліпшення культури безпеки в підрозділах за допомогою ініціатив в області комунікації і командної роботи. Зміст і цілі освітнього проєкту TOPS представлені у табл. 1.7.

Таблиця 1.7

Зміст і цілі освітнього проєкту TOPS

<i>Етап</i>	<i>Цілі, зміст</i>
Початковий етап (20 хв.)	<ul style="list-style-type: none"> – охарактеризувати культуру безпеки пацієнта; – визначити членів медичної команди; – зрозуміти роль командної роботи та спілкування у безпеці пацієнтів.
Відео „По-перше, не нашкодь” (18 хв.)	<ul style="list-style-type: none"> – оцінити роль „систем” та людей у сприянні медичним помилкам; – 15-хвилинна полегшена дискусія; – описати чи сприятиме ефективне спілкування та робота в команді зменшенню шкоди пацієнта
Навчальна лекція для медичних працівників (60 хв.)	<ul style="list-style-type: none"> – визначити ланцюжки помилок; – визначити конкретні навички спілкування та поведінку команди; – проілюструвати способи перекладу вищенаведених навичок у повсякденну практику

<p>Сценарії для малих груп (дві вправи по 45 хв. кожна)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – практика побудови SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation) (Ситуація – Передумови – Оцінка – Рекомендація); – інтеграція навички спілкування у сценарії клінічних випадків; – демонстрація, як неефективні або різні стилі спілкування впливають на догляд за пацієнтом
<p>Завершальний етап (20 хв.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – повторення того, як включити нещодавно сформовані навички у щоденну практику; – обговорення конкретних методів вдосконалення командної роботи та спілкування у медичній частині; – впровадження майбутніх ініціатив для сприяння розвитку мультидисциплінарної освіти

Аналіз змісту освітньої програми TOPS дозволив зробити декілька висновків щодо її важливості у формуванні готовності до роботи в команді медичного персоналу: по-перше, TOPS є мультидисциплінарною програмою, головний акцент якої зроблений на розвитку навичок комунікації між членами колективу і виробленні командної поведінки [307]; по-друге, враховуючи міждисциплінарність програми, вона призначена для підготовки працівників госпіталів, фармацевтів, терапевтів, медсестринського персоналу, педіатрів та інших медичних працівників; по-третє, ключовою ланкою програми є створення спільного форуму, за допомогою якого учасники дізнаються більше про міждисциплінарне спілкування і командну роботу.

Продовжуючи розкривати особливості освітнього проєкту TOPS, а також його значення у підготовці медичних працівників до роботи в команді, звернимось до змісту інноваційного тренінгу, який став частиною цього проєкту. Так, колектив авторів під керівництвом Н. Сегал (N. Sehgal) [353] розробили інноваційну 4-годинну програму навчання роботі в команді, призначену для всіх постачальників медичних послуг та персоналу стаціонарного медичного відділення. Особливістю цього тренінгу стало те, що його створення було вмотивоване переконанням, що для вдосконалення командної роботи потрібно об'єднати різні дисципліни для спільного освітнього досвіду. Означена думка є

важливою для нашого дослідження.

Ваговим виявився канадський освітній проєкт *Teams of Interprofessional Staff (TIPS)* (Команди міжпрофесійного персоналу), метою якого стало сприяння розвитку міжпрофесійної команди практикуючих медичних працівників, задоволеності членів команди, здатності ефективно працювати як індивідуально, так і в команді, а також покращення самопочуття пацієнтів [308]. TIPS включає такі теми, як розвиток культури команди, вирішення конфліктів, здатність до ведення переговорів і дискусій, а також застосування стратегій з розвитку командної роботи і висунення керівника, завданням якого буде вибір відповідної стратегії і визначення загальних цілей. У результаті, члени колективу медичного персоналу набувають навички і знання в галузі спільної робочої практики, покращують міжпрофесійні навички спілкування та спільної командної діяльності [175].

Отже, проаналізовані наукові розвідки свідчать, з одного боку, про достатню близькість до контексту нашого дослідження, а з іншого – вони розкривають ймовірні шляхи для вдосконалення освітнього процесу, спрямованого на формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Стосовно вітчизняного та російського досвіду підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді, то, на жаль, у науковій літературі майже відсутні такі праці. На нашу думку, це пов'язано з тим, що викладачі закладів вищої медичної освіти є практикуючими лікарями, і, зазвичай їх наукові дослідження мають суто медичний характер, а не педагогічний; не мають педагогічної освіти, хоча і здійснюють її; у більшості випадків формують власну педагогічну компетентність під час набуття досвіду викладацької діяльності.

Зазначимо, що у російській літературі ми знайшли декілька джерел, які розкривають необхідність впровадження командних методів роботи у підготовці майбутніх лікарів, проте, відсутні практичні аспекти здійснення цього процесу.

Так, К. Воробцова у науковій статті „Командний метод роботи в організаціях паліативної медичної допомоги“ подає зміст компетенцій, які повинні бути сформовані у всіх фахівців, що складають команду в медичних організаціях, а

саме: базові знання у всіх фахівців команди, що стосуються основ (теорії, технологій, практики) професійної діяльності кожного фахівця – учасника команди; вміння спільної постановки мети і визначення завдань для її досягнення в кожному конкретному випадку роботи з пацієнтом і на кожному етапі роботи з ним команди; вміння обирати й використовувати канали, форми і методи комунікації між фахівцями команди для обміну інформацією про пацієнта, обговорення остаточних і проміжних результатів наданої медичної, соціальної та інших послуг для їх корекції; знання, вміння і навички дослідницької роботи, яка стосується вивчення потреб пацієнтів у медичній, соціальній та інших видах допомоги, їх доступності, організації та якості, а також можливостей розширення сфер діяльності команд в медичних організаціях охорони здоров'я та установах суміжних систем; знання, вміння і навички розробки стратегії розвитку діяльності команди відповідно до мінливих потреб пацієнтів [53]. Науковець наголошує на тому, що запропонований перелік знань, умінь і навичок, необхідний всім фахівцям для успішної роботи в поліпрофесійній медичній команді. Формування означених компетентностей у майбутніх лікарів повинно здійснюватися на етапі їх навчання у вищій медичній школі, а також у процесі перепідготовки і підвищення кваліфікації.

К. Воробцова у науковій статті пропонує ознайомитись з досвідом підготовки майбутніх лікарів і професійних соціальних працівників до роботи в поліпрофесійних командах в установах і організаціях соціальної сфери у Московському державному медико-стоматологічному університеті ім. А.І. Євдокимова. Так, в програму підготовки майбутніх бакалаврів соціальної роботи включені дисципліни, націлені на формування знань, умінь і навичок медико-соціальної роботи в різних сферах охорони здоров'я (основи соціальної медицини, медико-соціальна експертиза та реабілітація, теорія медико-соціальної роботи тощо), а в програму підготовки майбутніх лікарів включено навчальну дисципліну „Основи соціальної роботи”, що дозволяє сформувати в студентів системні знання про соціальну роботу як професійну діяльність [53, с. 19]. Нам

імпонує така точка зору, і ми врахували її під час збагачення змісту навчальних дисциплін професійної спрямованості.

Окрім того, як зазначає К. Воробцова, крім отримання базових знань, що стосуються основ медичної діяльності (для майбутніх соціальних працівників) і соціальної роботи (для майбутніх лікарів), на практичних заняттях, а також в період практик на базі медичних організацій студенти опановують вміння і навички командного методу роботи [53, с. 19]. Проте, яким чином цей процес реалізується у статті не зазначено.

Отже, в результаті аналізу вітчизняного й російського досвіду встановлено, що формування готовності майбутнього педіатра до роботи в команді не є завданням професійної освіти і недостатньо представлено в педагогічній науці, в той час означений вид готовності отримав педагогічний статус у закордонних дослідженнях. Зарубіжні вчені стверджують, що формування готовності до роботи в команді у майбутніх педіатрів сприятиме ефективному пристосуванню фахівців до складного клінічного світу. Це дозволить їм впевнено взаємодіяти, особливо в складних обставинах, зі своїми колегами, керівництвом, батьками хворої дитини, а також сформувати почуття довіри і поваги до членів команди, що необхідно майбутнім педіатрам для досягнення успіху у професійній діяльності. Ці ідеї стали вагомими для підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді в закладах вищої медичної освіти.

Третім напрямом наукового пошуку, який здійснено у цьому підрозділі, став аналіз наукових здобутків вчених, які присвятили свої дослідження підготовці до роботи в команді фахівців різних спеціальностей.

Так, Ю. Михайлова і О. Гітман розробили модель формування компетенції „готовність до роботи в команді” під час навчання іноземної мови у ЗВО (концептуально-цільовий, змістовний, методичний, контрольний-оцінний компоненти) [179], яка також орієнтована на формування функціональних і змістових елементів, але процес розгорнуто в просторі іншомовної професійної комунікативної взаємодії.

У свою чергу І. Шалімова, запропонувала модель формування готовності керівника професійно-технічного навчального закладу до роботи в команді, що включала інформаційно-пізнавальний, рефлексивно-цілеутворювальний, творчо-пошуковий та розвивальний етапи [295, с. 281]. Наукові положення І. Шалімової нами враховано під час створення технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Вагомим виявилось дослідження Г. Малишевої, яка виокремила такі умови формування готовності до роботи в команді студентів-білінгвів: виявлення психологічних особливостей студентів-білінгвів, що впливають на розвиток їх комунікативних навичок, зняття психологічної напруги і емоційної скутості; використання педагогічних технологій: педагогіки співробітництва, ігрових технологій, проектної діяльності студентів; розширення простору командної взаємодії (забезпечення інтегративного взаємозв'язку аудиторної і позааудиторної діяльності (факультатив, конкурси, командні змагання тощо), у процесі якої удосконалюються отримані під час аудиторної діяльності навички готовності до роботи в команді (взаєморозуміння в колективі, почуття товариськості та взаємодопомоги, емоційна налаштованість) [173, с. 73].

На думку К. Шахмаєвої, комплекс педагогічних умов формування готовності до роботи в команді студентів технічного ЗВО повинен бути досить гнучким і динамічним, здатним розвиватися на кожному новому етапі професійного становлення студента в системі вузівської підготовки. При цьому дослідниця виділяє наступні педагогічні умови: оволодіння студентами діагностичним інструментарієм з вивчення власних особистісних якостей, командних ролей і міжособистісних відносин в групі; засвоєння студентами прийомів командної роботи на заняттях з використанням інтерактивних методів навчання; актуалізація досвіду командної взаємодії студентів на основі виконання інтеграційних курсових проектів і випускних кваліфікаційних робіт [298, с. 73]. Презентуючи педагогічні умови на основі практичних занять і курсового проектування з дисциплін „Технологія командоутворення і саморозвитку”, „Основи архітектури і будівельних конструкцій”, „Архітектура будівель” [298,

с. 119] К. Шахмаєва доводить їх ефективність у процесі формування готовності до роботи в команді студентів технічного ЗВО.

Ф. Адамова зазначає, що успішне формування готовності до командної роботи студентів технічних напрямків підготовки буде відбуватися за таких педагогічних умов: впровадження у навчальний процес студентів технічних напрямків підготовки онлайн-курсу „Основи проєктної діяльності”; засвоєння студентами прийомів командної роботи за рахунок вивчення онлайн-курсу „Основи проєктної діяльності”; мотивація студентів до участі у конкурсі проєктів при якісному виконанні кінцевого продукту і своєчасному завершенні курсу [3].

Отже, зазначене вище свідчить, що розвиток проблеми підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді у сучасному науковому розрізі здійснюється з поступовим нарощуванням. Вищезазначені думки враховували під час обґрунтування і реалізації технологій підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Під час дослідження змісту навчання з формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді було проаналізовано наукові здобутки А. Каплієнко, яка пропонує для підготовки майбутніх учителів-логопедів до командної роботи в умовах інклюзивної освіти впроваджувати такі дисципліни вільного вибору, як „Командна взаємодія в інклюзивному освітньому середовищі” та „Тренінг командної взаємодії в умовах інклюзії” [108, с. 283], К. Шахмаєвої, яка презентує зміст, структуру і програму спецкурсу „Технологія командоутворення і саморозвитку”, спрямованого на отримання студентами знань про принципи створення команди, умови успішної командної роботи [298, с. 119], а також Г. Малишевої, яка доводить ефективність факультативу „Командна робота”, метою якого є нівелювання стримуючих чинників для ефективної командної роботи [173, с. 12]. Глибоке вивчення запропонованих дослідниками матеріалів дозволило розробити спецкурс „Організація командної роботи в медичній організації”.

О. Філь запропонувала систему тренінгових програм „Формування психологічної готовності персоналу освітніх організацій до роботи в

конкурентоздатній управлінській команді” для формування психологічної готовності персоналу освітніх організацій до роботи в команді, яка охоплювала такі тренінги: „Тренінг позитивної мотивації до роботи в управлінській команді освітньої організації”, „Тренінг навичок виконання основних ролей та партнерської взаємодії в управлінській команді освітньої організації”, „Тренінг розвитку конкурентоздатності управлінської команди освітньої організації”. У дослідженні зазначено, що у процесі реалізації тренінгових програм використовувалися такі інтерактивні техніки: міні-лекції; метод незакінчених речень; „мозкові штурми”; робота в професійних малих групах; робота в парах („керівник-психолог”); групові дискусії; завдання з самодіагностики та самоаналізу; метод виконання творчих проєктів, підсумкові завдання по кожній темі (з використанням техніки „хаос” та ін.) тощо [278].

Підтвердження поглядів О. Філь щодо важливості впровадження тренінгів під час підготовки студентів до роботи в команді знаходимо в інших наукових працях. Так, багато науковців (П. Блешмудт, О. Колесніченко, І. Приходько, І. Прохор, С. Чижевський, І. Шалімова та ін.) акцентують увагу на тому, що формування навичок командної роботи, вмінь використовувати різні стилі поведінки і розподіляти ролі членів команди для виконання поставлених завдань, усвідомлення власних фізичних і психологічних можливостей та можливостей своїх товаришів, врахування їх під час командної роботи буде ефективним при впровадженні тренінгів командоутворення:

– тренінг „Створення команди”, розрахований на військовослужбовців-призовників до лав НГУ (С. Чижевський, І. Приходько, О. Колесніченко та ін. [292]);

– тренінг „Формування командного лідерства в університеті”, розрахований на майбутніх керівників закладів вищої освіти різних рівнів управління (І. Прохор [225]);

– тренінг „Психологія підготовки персоналу банківських структур до роботи в команді” (П. Блешмудт [18]);

– „Тренінг позитивної мотивації до роботи в управлінській команді освітньої організації”, „Тренінг навичок виконання основних ролей та партнерської взаємодії в управлінській команді освітньої організації”, „Тренінг розвитку конкурентоздатності управлінської команди освітньої організації”, розраховані на формування готовності керівного складу освітніх організацій до роботи команді (І. Шалімова [295, с. 280]).

Наукові розвідки щодо важливості тренінгів під час формування готовності до роботи в команді нами враховано під час створення тренінгу для майбутніх педіатрів „Ефективна взаємодія в команді”.

Отже, наукові розробки дослідників з питань формування готовності до роботи в команді обґрунтовують можливість її формування на основі використання потенціалу змісту освіти, відповідних різноманітних форм співпраці суб'єктів педагогічного процесу.

Дослідники також акцентують увагу на доцільності різних форм та методів навчання у підготовці до роботи в команді.

У вітчизняній і зарубіжній науковій літературі, присвяченій питанням забезпечення якості підготовки до роботи в команді [58; 235; 295] і підготовки майбутніх лікарів [201; 215; 263], особлива увага приділяється необхідності використання у навчальному процесі інноваційних освітніх технологій, які орієнтовані на стимулювання розвитку командних професійних навичок студентів.

Щодо **четвертого напрямку** дослідження, вважаємо за необхідне обґрунтувати доцільність інтерактивних методів навчання, обраних для вирішення поставлених завдань в експериментальному дослідженні.

З метою обґрунтування визначення сукупності методів інтерактивного навчання (змістово-діяльнісна складова технології) перш за все було враховано ідеї андрагогічної моделі інтерактивного навчання (С. Сисоєва [246]), тому що до магістратури за спеціальністю 228 Педіатрія відповідно до вимог стандарту вищої освіти вступають особи з повною вищою освітою, тобто дорослі люди.

На думку С. Сисоєвої, андрагогічна модель інтерактивного навчання –

організація спільної діяльності студентів і викладача, за якої: а) студент-дорослий в силу об'єктивних факторів (сформованість особистості, незалежне економічне, юридичне, соціальне й психологічне положення, великий життєвий досвід, наявність серйозних проблем, для вирішення яких необхідно вчитися, орієнтація на негайне використання отриманих у процесі навчання знань та умінь) відіграє провідну роль в організації процесу навчання, визначаючи разом з викладачем всі навчальні параметри процесу навчання: цілі, зміст, форми, методи та засоби навчання; б) викладач виступає як консультант, експерт з інтерактивної технології навчання, надаючи дорослому-студенту допомогу в організації процесу навчання [246, с. 46]. Отже, андрагогічна модель інтерактивного навчання передбачає організацію спільної діяльності магістрантів і викладача, при якій викладач є консультантом, експертом з реалізації інтерактивних методів навчання, надаючи магістранту допомогу у формуванні готовності до роботи в команді.

Сучасні інтерактивні методи навчання створюють можливість майбутнім педіатрам ефективно мислити та своєчасно приймати правильні рішення. Проблеми впровадження інтерактивних методів навчання у закладах вищої освіти досліджували вітчизняні та зарубіжні вчені: О. Башкір [9], Н. Волкова [48], Д. Губар [69], О. Єромасова [342], Р. Кутбіддінова [342], Т. Непомняща [69], М. Романова [342], В. Ягоднікова [304] та ін.

У вищезазначених наукових дослідженнях розкривається сутність таких понять як „інтерактивність”, „інтерактивні методи навчання”, „інтерактивне навчання”. Узагальнюючи погляди науковців зауважимо, що інтерактивні методи – це методи навчання, засновані на активній взаємодії всіх учасників навчально-виховного процесу. В свою чергу, інтерактивне навчання – це навчання, яке сконструйоване на взаємодії студентів з навчальним оточенням, навчальним середовищем, які слугують сферою засвоєння досвіду; розуміється як спільний процес пізнання, де знання вибудовується в спільну діяльність через діалог, полілог.

За Д. Губар і Т. Непомнящею, інтерактивне навчання – це співнавчання, взаємонавчання (колективне, групове, навчання у співпраці), де студент і

викладач є рівноправними, рівнозначними суб'єктами. Організація інтерактивного навчання, на думку вчених, передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання рольових ігор, спільне вирішення проблеми на основі аналізу обставин та відповідної ситуації [69].

При активному інтерактивному навчанні магістрант має можливість стати активним суб'єктом навчальної діяльності, вступати в діалог з викладачем та іншими учасниками педагогічного процесу, брати активну участь в пізнавальній діяльності, виконуючи творчі, пошукові та проблемні завдання. Саме тому, на нашу думку, готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді формується тільки в практичній діяльності за рахунок використання інтерактивних методів навчання.

Цікавими виявились загальні результати впровадження інтерактивних методів навчання, які було обґрунтовано Т. Паніною і Л. Вавіловою [202]. Науковці зазначають, що інтерактивні методи навчання:

- дозволяють інтенсифікувати процес розуміння, засвоєння і творчого застосування знань при вирішенні практичних завдань, що забезпечується за рахунок більш активного включення магістрантів у процес не тільки отримання, але і безпосереднього („тут і тепер”) використання знань;

- підвищують мотивацію і залучення магістрантів у процес вирішення обговорюваних проблем, що дає емоційний поштовх до їх подальшої пошукової активності, спонукає до конкретних дій;

- формують здатність мислити неординарно, по-своєму бачити проблемну ситуацію, виходити з неї; обґрунтовувати власні позицію, життєві цінності; розвивають уміння вислуховувати іншу точку зору, співпрацювати, вступати в партнерську взаємодію, виявляючи при цьому толерантність і доброзичливість по відношенню до своїх опонентів;

- дозволяють здійснити перенесення способів організації діяльності, отримати новий досвід майбутньої професійної діяльності, її організації, спілкування, переживань; забезпечують становлення та вдосконалення компетентностей через включення учасників освітнього процесу в осмислене

переживання індивідуальної та колективної діяльності для накопичення досвіду, усвідомлення і прийняття цінностей;

– забезпечують отримання результату для конкретного магістранта: досвід активного освоєння навчального змісту у взаємодії з навчальним оточенням; розвиток особистісної рефлексії; освоєння нового досвіду навчальної взаємодії, переживань; розвиток толерантності.

У зв'язку з вищезазначеним доходимо висновку про те, що під час реалізації кожного з інтерактивних методів навчання викладач має заохочувати магістрантів до інтерактивної взаємодії, стимулювати обговорення проблемних питань, підкреслюючи цінність відповіді кожного студента, залучати до організації навчально-виховного процесу, організовувати до досягнення особистісних цілей тощо. Отже, „використання інтерактивних методів навчання забезпечує повну участь студентів у навчальному процесі, що є основним джерелом навчання. Принципова відмінність традиційної та інтерактивної діяльності полягає в тому, що студент не лише переглядає та зміцнює свої знання, а й конструює та доповнює їх новим матеріалом” [327].

Зупинимося на найбільш доцільних для дослідження інтерактивних методах навчання, реалізація яких зможе забезпечити формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Діалогічно-дискусійні методи навчання. Їх вибір обумовлений наявним значним потенціалом трансформації освітнього процесу щодо розуміння, засвоєння й творчого застосування знань при вирішенні практичних завдань, що дає емоційний поштовх до наступної пошукової активності суб'єктів навчання [9; 69; 48; 137; 246; 304; 342 та ін.]

Застосування діалогічно-дискусійних технологій навчання трансформує навчальний процес у сферу інтерсуб'єктивності, де студент і викладач виступають як рівноправні, рівнозначні суб'єкти; надають можливість моделювати власні судження, індивідуальний стиль професійної взаємодії, способи самовираження через її різновиди, відчувати себе рівноправним співучасником різноманітної комунікативної й рефлексивної діяльності. Під час реалізації зазначених

технологій доцільним є використання різновидів зворотного зв'язку [137, с. 245].

Дефініція „діалог” передбачає спілкування, переговори, які ведуться між двома сторонами, що мають різні інтереси, але із загальним наміром прийти в перспективі до компромісного рішення [78, с. 257]. Цей тип навчання стимулює інтелектуальний розвиток майбутнього педіатра, „активізує його потенційні можливості, формує критичне мислення, уміння вести дискусію, аргументовано відстоювати свою точку зору і шанобливо ставитися до іншої думки” [299, с. 243], що сприяє формуванню компонентів готовності до роботи в команді.

Діалогічно-дискусійна форма організації навчання дає можливість кожному магістранту висловитися й викласти свою думку, спонукати до співроздумів, співпереживань. Позиція рівноправних учасників в діалозі вирішення проблеми сприяє формуванню професійно важливих якостей, культури поведінки, готовності до професійного спілкування [144].

У контексті формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді увага була зосереджена на *методах інформування*: індуктивна розповідь (на початку пропонується питання, відповідь на яке можна знайти у розповіді), дедуктивна розповідь (питання ставиться після повідомлення головної думки у розповіді); інструктивне роз'яснення (застосовується тоді, коли необхідно запам'ятати що-небудь, наприклад, при засвоєнні порядку дій), розмірковуючи роз'яснення (постановка питання „за” і „проти”, формуючи при цьому бажання знайти правильну відповідь).

З метою визначення основних командних ролей, що мають місце в групі, може бути задіяна техніка *мозкового штурму* з класичним розподілом функцій між учасниками, може бути організована робота у підгрупах із презентацією результатів на коло з подальшим напрацюванням спільної групової рольової структури, може бути запропонована готова рольова модель, наприклад за М. Белбіном [10], або модель, в якій ролі прив'язані не до професійних функцій, а до специфіки взаємодії, зокрема, продуктивною задля аналізу ціннісного змісту є авторська рольова структура, розроблена на основі характерних ознак команди і заведена в схему аналізу імпліцитних теорій командних взаємин.

Отже, в процесі впровадження діалогічно-дискусійних методів навчання студенти вчаться критично мислити, вирішувати складні проблеми на основі аналізу професійних ситуацій, зважувати альтернативні погляди, приймати обґрунтовані рішення, спілкуватися з викладачами, одногрупниками, практикуючими педіатрами.

Значну роль у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді відводимо **імітаційним методам навчання**. Найефективніший досвід навчання, на думку Д. Габа (D. Gaba), С. Говард (S. Howard), К. Фіш (K. Fish), Б. Сміт (B. Smith), Ю. Соуб (Y. Sowb) [326], є досвід, який набувають майбутні педіатри занурюючись в подію, що імітує реальний світ. Такі ситуації (коли вони супроводжуються структурованим аналізом досвіду) забезпечують активне засвоєння бажаних знань, навичок і умінь, та підвищують ймовірність того, що фахівці зможуть їх застосувати, коли зіткнуться з аналогічними реальними проблемами.

Вважаємо за доцільне розкрити сутність *симуляційних методів навчання*, як різновиду імітаційних. Симуляційне навчання (симуляція – від лат. *simulatio* – „удавання”) – це помилкове зображення хвороби або окремих її симптомів, при якому студент діє в імітованих умовах і знає про це; навчальний процес, при якому студенти усвідомлюють виконання дій в умовах, які моделюють реальні, з використанням спеціальних засобів-симуляторів” [16]. Отже, тільки в симульованих умовах студент отримує унікальну можливість відпрацювати рідкісні для його професійної діяльності види практичних навичок без шкоди для здоров'я пацієнта [303]. Зазначимо, що в даний час симуляційне навчання активно впроваджується в систему медичної освіти.

Симуляційні методи навчання в медичній освіті забезпечують можливість реалістичності імітаційних клінічних випадків, в яких роль пацієнтів грають роботи-симулятори, виключаючи небезпеку для здоров'я реальних пацієнтів. Клінічна симуляція може охоплювати цілий спектр навчальних цілей і завдань, наприклад, розширення теоретичних знань, розвиток технічних навичок, набуття професійних психологічних установок, комунікаційних навичок, вміння

правильно розподіляти завдання, надавати і отримувати підтримку членів команди [4].

Щодо важливості впровадження симуляційних методів навчання під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді, то варто зазначити, що під час застосування цих методів повинна бути сформована команда, в складі якої майбутні педіатри будуть надавати необхідну допомогу. „Необхідно пам'ятати, що одне з основних завдань симуляції навчання – навчання роботі в команді зі своїми колегами. Це дозволяє навчитися швидкому розподіленню ролей і обов'язків, прийняття власних рішень або беззаперечного підкорення старшому в команді та, в кінцевому підсумку, до ефективного і професійного вирішення проблеми пацієнта” [147, с. 53].

Тому, підготовка майбутнього педіатра до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання неможлива без використання імітаційного обладнання. При цьому основою формування клінічних сценаріїв є неігрова імітаційна активна методика *CBL (case-based-learning)*, за допомогою якої освітній процес будується на основі клінічного випадку (*case study*).

Проблематиці впровадження кейс-методу в галузь медичної освіти присвячені роботи Д. Девіса (D. Davies) [357], А. Дубей (A. Dubey) [324], С. Дубей (S. Dubey) [324], С. Екеоча (S. Ekeocha) [357], Л. Журавльової [99], І. Кудрі [248], Н. Лопіної [99], І. Скрипник [248], С. Сорокіної [248], Дж. Тістлтуейта (J. Thistlethwaite) [357], О. Шапошника [248], Т. Шевченка [248] та ін.

Зазначимо, що „кейс-метод”, „кейс-технологія”, „ситуаційна методика”, „розбір конкретних ситуацій”, „розбір реальних ситуацій або випадків”, „технологія / метод аналізу ситуацій”, „метод ситуаційного навчання”, „кейсовий метод навчання”, „професійно значущі проблемні ситуації” – всі ці назви використовуються в освітньому середовищі для позначення поняття „case study” [302] (кейс-метод).

Вибір кейс-методу в підготовці майбутніх педіатрів обумовлений тим, що „ніде більше, як біля ліжка хворого не можна визначити чи володіє лікар необхідними знаннями, вміннями та навичками. Однак далеко не завжди, і не

кожен приклад можна розглянути безпосередньо „на хворому”. Зокрема, це може бути пов'язано просто з відсутністю тематичних хворих під час вивчення певної тематики” [248, с. 373], у той же час існують інтерактивні методи навчання, які дозволяють майбутнім педіатрам розглянути реальну клінічну ситуацію, актуалізувати необхідні знання, сформулювати вміння збору, обробки і аналізу медичної інформації. Прикладом таких інтерактивних методів навчання є саме case study.

Науковці (Х. Барроуз, Т. Бігуняк, Є. Жукова, А. Калягін, Г. Павлишин, І. Погорелова, Т. Саварін) розкривають сутність кейс-методу як інтегрований заснований на обговоренні спосіб навчання, за допомогою якого в студентів формуються принципи як критичного мислення, так і командної взаємодії [215; 311]; педагогічна технологія, заснована на моделюванні ситуації або використанні реальної ситуації з метою аналізу даного випадку, виявлення проблем, пошуку альтернативних методів вирішення та прийняття оптимального вирішення проблеми [201, с. 67]. Отже, існує багато визначень поняття „кейс-метод”, проте більшість з них вказують на те, що кейс-метод – це метод навчання, який використовує опис реальних педагогічних, психологічних, медичних, економічних, соціальних та інших ситуацій.

Слід зазначити, що case-study виступає в освітньому контексті як технологія колективного навчання, складовою якої виступають робота в групі або підгрупі. Тому, ефективною формою організації вирішення кейсів є командна робота, при якій відбувається „делегування повноважень і відповідальності” членам команди [266]. Використання кейс-методу під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді сприяє формуванню клінічного мислення, заохочує творчу суперечку, значно стимулює магістрантів і дає їм відчуття задоволеності від навчальної діяльності.

Значну роль у підготовці майбутніх педіатрів відводимо *тренінгу* (це метод цілеспрямованих змін людини, спрямованих на особистісний і професійний розвиток через набуття, аналіз і переоцінку нею власного життєвого досвіду в процесі групової взаємодії [48, с. 85]; метод діагностики і корекції соціально-

перцептивних утворень особистості, заснований на інтенсифікації навмисного зворотного зв'язку в межах групового спілкування, організованого на суб'єкт-суб'єктних принципах [73, с. 116]), який орієнтований на використання активних методів групової роботи, передбачає послугування такими методами навчання, як дискусія, кейс-метод, вправи, рольові ігри, аналіз притч та ін.

Інтервенції, що задіюються в межах тренінгових заходів можуть бути згруповані у чотири основних напрямки, кожен з яких більшою або меншою мірою реалізується в конкретних процедурах. Ідеться про просвітництво членів команди – надання знань та розширення уявлень про команду, командну діяльність, командну взаємодію, причини, умови та механізми зростання ефективності команд; аналіз ситуації командного розвитку – вивчення особливостей взаємин та діяльності в команді в контексті пояснювальної моделі; оптимізацію взаємодії та діяльності в команді – відпрацювання та розширення спектру навичок, необхідних для застосування нових знань та емоційно-ціннісну підтримку взаємин у команді – стимуляцію емоційно-ціннісних процесів, що лежать в основі феноменів командної згуртованості, духу, культури.

Серед розмаїття існуючих видів для нас цікавими є такі тренінги: *медичний симуляційний* і *командний*.

Медичні симуляційні тренінги дозволяють відпрацювати клінічні ситуації і, як наслідок, підвищити готовність лікарів до надання невідкладної допомоги при загрозливих для життя ситуаціях. Основними вимогами проведення симуляційного тренінгу є: комунікація, ідентифікація проблеми (встановлення провідного синдрому), оцінка основних вітальних показників (у разі потреби і можливості), використання терапевтичних методів для усунення проблеми (ліки, хірургічні маніпуляції), перевірка ефективності використаних методів лікування, дебрифінг [99, с. 14]. Також для оцінки ефективності тренінгів зазвичай застосовуються наступні методи: відеофіксація при першому наданні медичної допомоги і після дебрифінгу, оціночні листи і думка експерта.

Щодо важливості застосування *дебрифінгу* під час медичного симуляційного тренінгу, то цей аспект підтверджується результатами досліджень у наукових

літературі. Так, дослідниками доведено, що проведення дебрифінгу значно підвищує ефективність симуляційних занять з кризових ситуацій (Г. Саволделлі (G. Savoldelli), В. Наїк (V. Naik), Дж. Парк (J. Park) [352]); тривалість збереження студентами отриманих знань і навичок (П. Морган (P. Morgan), Дж. Таршис (J. Tarshis), В. Леблан (V. LeBlanc) [348]). У свою чергу оціночний лист є документованим показником засвоєння протоколу надання допомоги при модельованій клінічній ситуації і включає в себе оцінку діагностичних і мануальних навичок, вміння працювати в команді [263].

Отже, медичний симуляційний тренінг є ідеальною формою накопичення і закріплення навичок невідкладної швидкої допомоги, що підтверджується останніми науковими даними доказової медицини, які характеризують пряму залежність виживання пацієнтів від якості маніпуляцій і навчання на манекенах зі зворотнім комп'ютерним зв'язком [329; 330; 344].

Зазначимо, що принципова перевага медичного симуляційного тренінгу перед традиційним практичним заняттям полягає у тому, що під час тренінгу відбувається розвиток здатності до самонавчання, комунікативних навичок, „формуванню здатності керувати і координувати дії інших членів команди, навичок взаємної підтримки і комунікації” [303, с. 176].

При підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді важлива роль відводиться *командним тренінгам*, які спрямовані на відпрацювання навичок роботи в команді.

Визначальними для дослідження стали погляди Є. Євдокімова і І. Пасечника, які зазначають, що зазвичай, щоб „притертися” один до одного, дізнатися слабкі та сильні сторони кожного, навчитися розуміти один одного без слів необхідна тривала спільна робота членів команди. Проте для майбутніх лікарів такий підхід не є оптимальним, оскільки сталість команди є важковідтворюваною [90].

Обрання технології тренінгу співвідноситься з принципами соціонормативної культури спілкування, суб'єктності, діяльності, динамічності, спрямованості навчання на вирішення завдань професійної сфери, цілісності й впорядкованості, несуперечності оскільки: під час проведення тренінгу створюються умови для

суб'єкт-суб'єктної взаємодії, самоаналізу й рефлексії без руйнування вже існуючих конструкцій особистості [361]; знімаються внутрішні обмеження, відкриваються нові можливості до самореалізації і розвитку творчого потенціалу особистості; відбувається врегулювання можливих конфліктів та узгодження особистих інтересів команди [279]; виявляються провідні для особистості професійно-значущі якості; відбувається оволодіння якостями, характерними для продуктивної команди [10]; здійснюється внутрішня інтеграція структурних компонентів готовності до роботи в команді (когнітивний, мотиваційний, операційний, особистісний, рефлексивний), з'ясовується ступінь їх прояву в конкретних умовах (реальних і модельованих).

Зазначене реалізується за допомогою спеціальних *вправ*. Зазначимо, що даний процес має обов'язково включати уяву і чуттєвий досвід суб'єкта. Особливу роль відіграють вправи, пов'язані з прийняттям рішення, коли сигнали, що сприймаються, порівнюються з еталонами, що зберігаються в пам'яті. В результаті прийом тренувальної інформації реалізується різними засобами, кожен з яких забезпечує пристосування до реальних умов і вимог. Отже, розвивається операційна сторона індивідуальних якостей.

Особлива цінність вправ в тому, що до них неможливо підготуватися і заздалегідь їм навчитися. Вони не мають єдино правильного рішення – кожного разу майбутнім педіатрам доводиться шукати його заново і завжди це рішення є власним. Таким чином студенти набувають безцінний досвід розкріпачення і спонтанності, переживають радість творчості, неповторність і різноманітність емоцій. Результатом такої роботи стає більш глибоке розуміння власних дій, розвиток гнучкості й толерантності, усвідомлення особистісних характеристик, їх прийняття та осмислення можливих наслідків їх прояву під час командної взаємодії; гармонізація і збалансованість особистості, взаємокомпенсації і взаємозамінність професійно важливих особистісних характеристик. На наш погляд, саме це і слід розцінювати як особистісне зростання майбутнього педіатра, підвищення рівня його готовності до роботи в команді.

Спільно вирішуючи конкретне завдання, учасники тренінгових вправ прагнуть до узгодженості і взаєморозуміння, стають ближче один до одного, починають розуміти: якими їх сприймають оточуючі, як виявляються їх особистісні якості [337], як реагують партнери на їх поведінку.

Досвід, набутий в спеціальній тренінговій групі, протидіє відчуженню, недовірі та безсиллю, допомагає вирішенню багатьох професійних та особистісних проблем, сприяє посиленню рефлексивної позиції майбутніх лікарів щодо професійно спрямованої діяльності, допомагає усвідомити себе як суб'єкта командної взаємодії. Слід відзначити, що за допомогою рефлексії здійснюється розвиток самосвідомості – це не лише пізнання себе, орієнтування у власній особистості, але й певне самоствавлення, що виявляється через співставлення рівня власних домагань з об'єктивними результатами діяльності, порівняння себе з іншими, еталоном.

Вибір тренінгу обумовлений такими положеннями. Тренінг є ефективною стратегією навчання студентів в медичному закладі вищої освіти; є системою концептуально, логічно, тематично й структурно пов'язаних занять, під час яких широко застосовуються методи інтерактивного навчання, основним їх результатом є формування або відновлення системи професійних умінь і навичок, розвиток необхідних професійно-особистісних якостей (у нашому випадку – формування готовності до роботи в команді).

Важливими для дослідження стали погляди М. Рискулової, яка наголошувала на важливості використання *інтегративно-фасетного методу* у підготовці студентів до роботи в команді. Вона пропонує таке визначення інтегративно-фасетного методу, як-от: метод підготовки студентів до колективної роботи в команді, покликаний керувати процесом формування колективних взаємодій студентів у вищій школі; повинен володіти узагальнюючими (інтеграційними) властивостями і в той же час враховувати різні грані (фасети) якісних характеристик досліджуваного процесу [236, с. 18]. У нашому дослідженні ми розглядаємо інтегративно-фасетний метод підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді як систематизовану сукупність практичних дій (аналіз,

планування, організація, контроль, коригування, оцінювання) командної взаємодії магістрантів у цілому і окремих дій кожного учасника.

Інтегративно-фасетний метод підготовки студентів до роботи в команді дозволяє фіксувати механізми і хід розвитку таких багатогранних складних систем, як колективна взаємодія студентів. Інтеграційна складова виступає результуючою узагальнюючою функцією методу і визначає його інтегративні, інваріантні властивості. Вона дозволяє виявляти якісні характеристики колективних взаємодій на основі складових їх компонентів, які взаємодоповнюють, розширюють і коригують один одного. Фасетна складова характеризує специфіку формування колективних взаємодій студентів у команді як багатогранного утворення [236, с. 20]. Обґрунтований М. Рискуловою метод підготовки студентів розширює існуючі наукові уявлення про механізм організації командної роботи.

Значну роль у формуванні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді відводимо *діловим іграм*, як імітаційному методу навчання. Вони займають ключове місце в розвитку пізнавальної активності й клінічного мислення майбутніх педіатрів та підвищують мотивацію магістрантів до оволодіння професійною майстерністю командної взаємодії.

Як правило, метою ділової гри є цілеспрямоване формування пізнавальної і професійної мотивації, системного мислення майбутнього лікаря-педіатра, навичок взаємодії у процесі вирішення складних клінічних випадків, що потребують командного рішення. Ділова гра будується на певних принципах, головними з яких є: принцип імітаційного моделювання конкретних умов і динаміки ситуації, принцип спільної діяльності, принцип діалогу в процесі спілкування, принцип імітаційного моделювання (враховує відтворення реальних умов професійної діяльності), принцип спільної діяльності (передбачає залучення в пізнавальну діяльність кількох учасників – студентів кількох груп).

Щодо застосування ділових ігор при підготовці майбутніх лікарів, то це зумовлено загальними цілями гри в медицині, а саме: занурювати студентів в атмосферу інтелектуальної діяльності, гранично близьку до професійної

практичної роботи лікаря в розпізнаванні хвороб і лікуванні хворих; вміння проводити диференціальну діагностику найкоротшим шляхом у мінімальний час і призначати оптимальну тактику лікування найбільш простими й доступними методами; сформувати оптимальний психологічний клімат спілкування із хворими й колегами по роботі; у якості контролю професійної підготовки служити бар'єром на шляху до ліжка хворого, пропускаючи до хворого тільки професійно підготовлених студентів [77]. У зв'язку з цим, від учасників ділової імітаційної гри вимагаються глибокі фахові знання, вміння аналізувати результати основних і додаткових методів дослідження, вміння вести діалог з „пацієнтом” (студентом, який виконує його роль) з урахуванням принципів етики та деонтології.

Важливими завданнями викладача стають виявлення певних компетенцій: знань клінічної картини і диференціальної діагностики захворювань, обстеження хворого, умінь опитати пацієнта та правильно зібрати анамнез життя і анамнез захворювання, умінь працювати в команді.

Отже, імітаційні методи навчання покликані підвищити ефективність професійної підготовки майбутніх педіатрів, рівень їх медичної майстерності, забезпечуючи їм найбільш ефективний і безпечний перехід до медичної діяльності в реальних умовах. При цьому означений вид інтерактивних методів навчання сприяє формуванню умінь спілкуватися з колегами, пацієнтами та їх батьками.

Важлива роль у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді належить **проектним методам навчання**, які є типовим прикладом інтерактивних методів навчання у вищій школі та „використовуються для організації колективної, командної роботи студентів, а також планування їх суспільно корисної діяльності і встановлення зв'язку досліджуваної теорії з практикою” [58, с. 24]. Тому проектні методи навчання дозволяють не тільки сформувати проектне мислення у студентів, а й уміння формувати команду, організувати її діяльність щодо розробки та реалізації конкретного проекту. Враховуючи ці особливості проектних методів навчання ми обрали їх для формування готовності майбутніх

педіатрів до роботи в команді.

Перевагами проєктних методів навчання під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді є проведення занять у проєктних командах, в яких всі члени команди активні, чітко усвідомлюють загальну мету, обговорюють, висловлюють власну точку зору, слухають один одного, намагаються задавати собі питання „Чому я так думаю?“, вчаться надавати підтримку один одному, виявляють високий рівень толерантності, допитливості, бажання пізнати більше і передати цю інформацію іншим членам команди.

Загальновизнано, що знання краще закріплюються в тому випадку, якщо вони набуваються у активній діяльності. При цьому бажано, щоб це були колективні дії, що дозволяють разом ставити цілі і завдання і вирішувати їх за допомогою командних методів роботи – *TBL (teambased learning)* [58, с. 24].

Teambased learning був запропонований Л. Мічелсеном (викладач факультету бізнесу Університету Оклахома) у 1970 р. За допомогою експериментального дослідження науковець довів, що люди навчаються не тільки при читанні та запам'ятовуванні, а дійсне розуміння досліджуваного матеріалу приходить у процесі застосування отриманих знань. На думку І. Колосової і Г. Рябової, навчання в команді сприяє кращому освоєнню навчального матеріалу, ніж робота поодиночці, та командна діяльність сприяє розвитку і вдосконаленню як поведінкових, так і професійних навичок [139, с. 125].

Ураховуючи вищезазначене, головною ідеєю *TBL* у нашому дослідженні було визначено перетворення групи студентів, яка навчається разом, „в згуртовану, ефективно діючу команду, здатну застосовувати і використовувати отримані знання для вирішення завдань” [139, с. 125] спільної навчальної діяльності.

Основною перевагою командних методів є можливість одночасного отримання знань від декількох студентів, взаємодія яких вносить у цей процес елемент принципової новизни: індивідуальне або персональне знання, різні погляди і позиції, які істотно збагачують загальне поле знань і сприяють формуванню професійних компетенцій студентів [184, с. 156]. Таким чином,

використання командного методу навчання у процесі підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді підтверджує свою ефективність: забезпечується активне залучення всіх магістрантів у процес навчання, розвиток у них умінь, що забезпечують ефективне виконання командної діяльності; командна робота дозволяє не тільки якісно і своєчасно реалізувати проєкт, але й підвищити рівень готовності до роботи в команді. Зазначимо, що впровадження *TBL* в системі вищої освіти підтверджує необхідність спільного навчання в малих групах і навчання в співробітництві (*cooperative learning*).

Тому, принагідно необхідно розглянути доцільність **методів кооперативного навчання**, які передбачають організацію навчання в невеликих групах, коли створюється можливість обговорення проблеми, доведення, аргументування власного погляду. Так, кооперація (лат. *cooperatio* – співробітництво) в рамках навчального процесу означає працювати спільно, об'єднуючи свої зусилля для розв'язання спільного завдання, при цьому кожен, хто кооперується, виконує свою конкретну частину роботи, і представляє її результати групі [229].

Перевагами кооперативного навчання, на думку Д. Джонсон, Р. Джонсон, є підвищення академічних результатів студентів; розвиток здатності критично мислити і нестереотипно сприймати інших людей; позитивний психологічний клімат у групі; прагнення студентів до співробітництва та конструктивної соціалізації; наявність емпатійної реакції, взаємопідтримки, симпатії та дружніх стосунків у колективі; позитивне ставлення студентів до навчання, викладачів та навчального закладу; особистісне зростання; високий рівень самоповаги та психічного здоров'я, яке виявляється в емоційній врівноваженості, усвідомленні особистісної індивідуальності, прояві довіри, оптимістичному сприйнятті світу й оточення [334].

Значну роль у формуванні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді відводимо **технології „Web 2.0”** – „колективний інтелектуальні ресурс, спільне створення інформації в мережі всіма користувачами” [251, с. 201]. Зазначимо, що з появою соціальних мереж і форумів почалася ера нової моделі

Інтернету – „Web 2.0”, яка сьогодні активно впроваджується в системі вищої освіти України.

На думку Г. Стеценко, принциповою відмінністю технології Web 2.0 від технологій Web 1.0 (першого покоління сервісів мережі Інтернет), є те, що її використання дає змогу не лише переглядати веб-ресурси мережі, а й завантажувати власні, здійснювати обмін цими ресурсами з іншими користувачами, діяти спільно з метою їхнього накопичення, брати участь в обговореннях та ін. [259]. Отже, педагогічна діяльність „викладача в освітньому середовищі, де застосовуються технології Web 2.0, полягає не у вивченні програми, а в організації різноманітної діяльності студентів в інформаційно-освітньому середовищі” [180].

Далі розглянемо деякі проєкти і рішення Інтернет-сервісів Web 2.0, які є, на нашу думку, незамінним інструментарієм у процесі підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді:

1. *Онлайнові соціальні мережі (Instagram, Facebook)* – це інтернет-програми, які допомагають людям спілкуватись та встановлювати зв'язки між собою, використовуючи набір інструментів. У цих соціальних мережах є можливість розміщувати найрізноманітніші матеріали: оголошення (використовується, коли необхідно за короткий час повідомити якомога більше магістрантів про зміни у навчальному процесі), опитування (дозволяє здійснювати опитування з найрізноманітніших питань чи пропозицій), фотоальбом (функція, що дозволяє розміщувати навчальний матеріал в малюнках, ілюстраціях, фотографіях), відео, матеріали для навчання (схеми, таблиці, текстовий матеріал, цікаві факти тощо).

2. *Сервіси мережевої комунікації (Viber, Telegram, Messenger)*, які дозволяють обмінюватися текстовими, голосовими та відеоповідомленнями, стікерами та фотографіями, файлами багатьох форматів; здійснювати відео- і аудіозвонкі, організувати конференції, розраховані на значну кількість користувачів групи і канали.

3. *Сервіс колективної роботи з контентом (сервіси Google, LearningApps.org)*. Найпопулярніші в освітній діяльності наступні сервіси Google:

Google Docs (дають можливість створювати текстові документи, формувати їх, редагувати, додавати зображення, малюнки, посилання та таблиці. Працювати над ними можна разом зі студентами), *Google Drive* (віртуальне сховище даних, яке дає можливість організації спільної роботи зі студентами; створювати спільні папки, в яких можна зберігати, додавати презентації, документи, таблиці, зображення), *Google Forms* (використовується для оцінювання та контролю самостійної роботи студентів), *Class Room* (надає можливість організовувати звичний навчальний процес через Інтернет; створювати класи і додавати студентів, відправляти їм завдання, яке вони виконують он-лайн), *YouTube*.

Акцентуємо увагу на *YouTube*, який є популярним відеохостингом, що надає послуги розміщення і перегляду відеоматеріалів. Зазначимо, що в навчальних цілях, магістранти використовують *YouTube* насамперед для повторення навчального матеріалу, який вони не зрозуміли. Також на цій відеоплатформі можна знайти багато інформації, яка допомагає майбутнім фахівцям виконувати домашні завдання, поглиблювати загальні знання та готуватися до іспитів.

LearningApps.org дозволяє зручно і легко створювати електронні інтерактивні вправи, вправи для пояснення нового матеріалу, для закріплення, тренінгу, контролю; допомагає організувати роботу колективу студентів, вибудувати індивідуальні траєкторії вивчення навчальних курсів, створити свій власний банк навчальних матеріалів.

4. *Сервіс для організації онлайн-конференцій та відеозв'язку (Zoom)* дозволяє організовувати спільні чати для переписки і обміну матеріалами – як загальні, так і приватні; проводити онлайн-конференції з відео високої якості і запрошувати велику кількість студентів; записувати як свої звернення, так і спільні розмови; під час конференцій та семінарів можна демонструвати матеріали на робочому столі свого комп'ютера, смартфона чи планшета; можна проводити необмежену кількість конференцій; конференції можна планувати і заздалегідь запрошувати учасників [193].

5. *Сервіси для створення презентацій (Canva, Beautiful.ai)* є альтернативою *Power Point*. *Canva* дозволяє створювати графічні заголовки і оформлення для

соціальних мереж, оформлення для документів, обкладинки для книг і альбомів, рекламні матеріали, логотипи тощо. Особливості Canva є робота в реальному часі кількох користувачів над одним або кількома проектами; створення та редагування GIF-анімацій та відео; онлайн-публікація готових проектів; експорт робіт в різних форматах тощо. Beautiful.ai самостійно адаптує контент на слайдах під обраний формат, допомагає додати анімацію графіків і переходів, а також рекомендує відповідні шаблони.

Резюмуючи вище викладене, варто зазначити, що технологія Web 2.0 є потужним методичним і дидактичним інструментарієм підвищення ефективності професійної підготовки, мотивації магістрантів до оволодіння знаннями. Це забезпечується тим, що всі сервіси Web 2.0 дозволяють здійснювати обмін знаннями відразу за кількома напрямками: „від викладача до студента”, „від студента до студента” та від „студента до викладача”, що відповідає критерію інтерактивності освітнього процесу.

До основних дидактичних можливостей технологій Web 2.0 для оптимізації підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді відносимо: наявність колосальної бази інформаційно-освітніх матеріалів, що забезпечують індивідуалізацію і диференціацію навчального процесу, самостійність і активність магістрантів; доступність засобів мережевої комунікації для організації форм аудиторної і позааудиторної роботи (наприклад, групової роботи над проектами) та комунікативної взаємодії між усіма членами начальної команди. Отже, перевагами інтерактивних методів навчання під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді є те, що магістранти мають можливість активно брати участь у навчальній командній діяльності, моделювати професійні медичні ситуації, виконують творчі та дослідницькі завдання, беруть участь у дискусіях з однокурсниками, обґрунтовувати власні погляди, обговорювати стратегії ефективної поведінки у процесі командної роботи.

Такі методи навчання стали основою змістово-діяльнісного компонента технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, що розглядатиметься у підрозділ 2.1.

Висновки до розділу 1

Аналіз медичної та психолого-педагогічної літератури, теорії та практики підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання дозволив сформулювати такі висновки.

У розділі 1 обґрунтовано теоретичні засади підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

На підставі аналізу державних та історичних документів, в яких окреслено основні вимоги до зазначених фахівців встановлено, що серед цих вимог фахівці акцентують увагу на доцільності співпраці педіатрів з лікарями інших спеціальностей і батьками хворої дитини, що зумовлює необхідність командної роботи педіатра.

Розглянуто сутність понять „підготовка”, „професійна підготовка”, „професійна підготовка майбутніх педіатрів”, „готовність”, „команда”, „робота в команді”, „готовність до роботи в команді”, що дало нам змогу сформулювати авторське визначення феномену „готовність педіатра до роботи в команді”.

Унаслідок наукового пошуку конкретизовано сутність понять „підготовка” (спеціально організований процес формування готовності до виконання майбутніх завдань) та „професійна підготовка” (система професійного навчання, яка відображає процес оволодіння знаннями, вміннями й навичками, необхідними для самостійної професійної діяльності), а також показано особливості професійної підготовки майбутніх педіатрів.

Вивчення генези понять „готовність” у психолого-педагогічній літературі дало можливість констатувати, що готовність є сукупністю мотиваційних, пізнавальних, емоційних і вольових характеристик особистості; загальний психологічний стан, що забезпечує актуалізацію можливостей; спрямованість особистості на виконання певних дій.

Установлено, що команда є групою людей або робочою групою, яка характеризується наявністю загальної мети, зацікавленістю у досягненні спільного результату, узгодженою роботою, розподілом ролей між членами

команди, професіоналізмом, партнерськими принципами взаємодії. Дефініція „робота в команді” розглядається в роботі як наслідок діяльності; якість, що визначає установку на професійні ситуації і завдання; активний стан особистості, що викликає діяльність. Командна робота в сфері медицини є професійною діяльністю групи фахівців, включаючи лікарів, медсестер та інших, включаючи соціальних працівників, дієтологів або фізіотерапевтів, які керують доглядом за певною кількістю пацієнтів, виступаючи як злагоджена група.

Визначено ключове поняття дослідження, а саме „готовність педіатра до роботи в команді”, яку розуміємо як стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, що дозволяє педіатру здійснювати ефективну командну діяльність в умовах медичного закладу завдяки наявності ціннісно-мотиваційного ставлення до командної роботи, сукупності знань і вмінь (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), що забезпечують ефективну роботу в команді, професійно важливих особистісних якостей (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність). Саме сформованість у педіатра готовності до роботи в команді як складного інтегративного професійно-особистісного новоутворення обумовлює ефективність міжособистісної і професійної взаємодії в команді, оцінювання якості обраних методів вирішення професійних завдань, демонстрацію гнучкості у стилях рольової поведінки, а також можливість підтримки і зміцнення згуртованості та довіри між учасниками команди. Опанування цього особистісного утворення забезпечує перевагу педіатра на ринку медичних послуг.

Виокремлено такі структурні компоненти готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діяльнісно-функціональний, особистісний, а також сукупність критеріїв та їх показників: мотиваційно-ціннісний (наявність мотивації до командної роботи, інтерактивної спрямованості, цінність допомоги і милосердя до інших людей, потреба у конструктивному спілкуванні); когнітивний (повнота і глибина засвоєних знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді); діяльнісно-професійний (рівень

володіння уміннями: комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); особистісний (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність), які корелюють з виокремленими компонентами готовності майбутнього педіатра до роботи в команді. Визначено рівні розвиненості досліджуваної готовності (низький, достатній, високий) та розкрито їх зміст.

На підставі аналізу поглядів зарубіжних та вітчизняних науковців на підготовку майбутніх педіатрів до роботи в команді, здобутків учених, які присвятили свої дослідження підготовці до роботи в команді фахівців різних спеціальностей, обґрунтовано сукупність інтерактивних методів навчання, які вбачаємо доцільними для вирішення поставлених завдань дослідження: діалогічно-дискусійні методи навчання; імітаційні методи навчання, проєктні методи навчання, методи кооперативного навчання, метод аналізу ситуацій (кейс-метод); методи коучингу; тренінги; технології Web 2.0.

Визначені теоретичні засади та уявлення про сутність та структуру готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді стали вагомими орієнтирами для обґрунтування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, практична реалізація якої гарантувала б досягнення поставлених цілей та вирішення завдань дослідження.

Матеріали, які ввійшли до розділу 1, опубліковано автором у наукових статтях і матеріалах конференцій [112; 113; 115; 117; 118; 119; 120; 122; 123; 124; 125; 126; 127; 130; 335; 336].

РОЗДІЛ 2. ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПЕДІАТРІВ ДО РОБОТИ В КОМАНДІ ЗАСОБАМИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ

2.1. Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання

У розділі 1 дисертації було визначено теоретичні засади підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, а саме: акцентовано увагу на державних та історичних документах, в яких конкретизовано вимоги до зазначених фахівців, здійснено аналіз фундаментальних наукових джерел, в яких конкретизовано основні дефініції дослідження, що дозволило визначити сутність, здійснити компонентно-структурний аналіз феномена готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, а також проаналізовано наукові пошуки щодо доцільності використання інтерактивних методів навчання у професійній підготовці майбутніх педіатрів. Отримані шляхом теоретичного аналізу наукові здобутки становлять достатню методологічно-теоретичну базу для розробки технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Технологізація навчального процесу дає можливість перетворити навчання у процес з гарантовано очікуваним результатом шляхом інтегрування досягнень науки і практики, а головне – відповісти на питання, як найкраще здійснювати освітню діяльність.

Результати аналізу наукової літератури (Г. Вишневська [40], С. Вітвицька [46], Д. Катарушкина [132], С. Криштоф [154], І. Прокопенко [206] та ін.) показали активне переосмислення педагогічних процесів із позицій технологічного підходу. Це пояснюється тим, що означений підхід передбачає інструментальне управління навчальним процесом і гарантоване досягнення поставлених навчальних цілей. Ураховуючи ці особливості, можна зазначити, що

„досліджуваний педагогічний процес розглядається як технологічний, завдяки чітко визначеній послідовності кроків, які спрямовані на досягнення запланованої мети, що дозволяє досягти результатів із заздалегідь заданими кількісними та якісними показниками та відповідає критеріям технологічності” [206, с. 49].

Значимість технологічного підходу до організації педагогічного процесу, на думку, Г. Селевко, полягає в тому, що це дає змогу: з більшою визначеністю передбачати результати і керувати педагогічними процесами; аналізувати і систематизувати на науковій основі наявний практичний досвід і його використання; комплексно вирішувати освітні та соціально-виховні проблеми; забезпечувати сприятливі умови для розвитку особистості; зменшувати ефект впливу несприятливих обставин на людину; оптимально використовувати наявні в розпорядженні ресурси; обирати найбільш ефективні та розробляти нові технології та моделі для вирішення виникаючих соціально-педагогічних проблем [240].

Визначальними для дослідження стали погляди І. Прокопенка [206, с. 50], який аналізуючи відмінність педагогічного дослідження, що здійснюється в контексті технологічного підходу від традиційного педагогічного дослідження, уточнює особливості першого. Так, особливостями технологічного педагогічного дослідження, на думку науковця, є такі:

- 1) предметом дослідження має бути певна педагогічна технологія (освітня, дидактична, виховна тощо);
- 2) визначення компонентів педагогічної технології здійснюється відповідно до критеріїв технологічності.

Охарактеризуємо ці особливості з огляду на тему нашого дослідження більш детально.

1. Предмет дослідження – педагогічна технологія.

Зауважимо, що вперше феномен педагогічної технології охарактеризував В. Беспалько, який сформував уявлення про педагогічну технологію як „про систематичне і послідовне втілення на практиці заздалегідь спроектованого навчально-виховного процесу” [13]. Науковець наголошує, що педагогічна

технологія є системою функціонування всіх компонентів педагогічного процесу, який збудовано на науковій основі, та який призводить до передбачуваного результату.

В. Віленський, П. Образцов, А. Уман [35] тлумачать феномен „педагогічна технологія” як закономірну педагогічну діяльність, яка реалізує науково обґрунтований проєкт дидактичного процесу і володіє більш високим ступенем ефективності, надійності та гарантованості результату, ніж це має місце при традиційних моделях навчання.

На думку О. Янкович, Ю. Беднарк, А. Анджеевська, педагогічна технологія – це алгоритм здійснюваних викладачем та студентами спільних дій, що систематично діагностуються і спрямовані на забезпечення відповідності результату визначеній меті [306, с. 7]. Проте, дане визначення не достатньо повно розкриває сутність дефініції „педагогічна технологія”, тому що науковці звужують суб’єктів технології тільки до викладачів і студентів, не враховуючи при цьому інших стейкхолдерів.

Український дослідник В. Єремєєв вважає, що педагогічна технологія є спеціально створеним, адекватним до потреб та можливостей особистості та суспільства процесом активного засвоєння теоретичних знань і практичних умінь у ході організаційно упорядкованої раціональної діяльності, яка спрямована на гарантоване досягнення запланованого результату [97].

Говорячи про педагогічну технологію, зазначимо, що дане поняття поєднує використання технічних засобів навчання із заздалегідь спланованим освітнім процесом. При цьому педагогічна технологія має ряд особливостей. Перш за все, вона базується на певній методологічній позиції автора, а отже, розробляється під конкретний педагогічний задум та згідно поставленої цілі для досягнення конкретного результату моделюється алгоритм взаємодії складників технології (педагогічні дії, комунікація). Педагогічна технологія повинна мати критерії, показники та інструментарій вимірювання результатів діяльності, за допомогою яких можна діагностувати її правильність.

Щодо складових та змісту технології навчання, то, на думку В. Беспалько, їх

можна визначити у такий спосіб: чітке, послідовне педагогічне, дидактичне розроблення цілей навчання, виховання; структурування, упорядкування, ущільнення змісту, інформації, що підлягають засвоєнню; комплексне застосування дидактичних, технічних, у тому числі і комп'ютерних, засобів навчання та контролю; підсилення, наскільки це можливо, діагностичних функцій навчання і виховання; гарантованість досить високого рівня якості навчання [14].

Підсумовуючи наведене, зазначимо, що педагогічна технологія є своєрідною технікою реалізації навчального процесу; процес розробки і оцінювання ефективних педагогічних систем, що включає постановку цілей, конструювання набору порцій навчального матеріалу, створення умов для негайного контролю якості його засвоєння (тобто тест або рейтинг) студентами, опис критеріїв оцінювання результатів навчання.

У дослідженні під *технологією підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання розуміємо сукупність методів, прийомів та засобів навчання, форм контролю і корекції, етапів (концептуальний, професійно-мотиваційний, змістово-діяльнісний та діагностико-результативний), що послідовно впроваджуються в освітній процес медичних закладів вищої освіти, забезпечують самореалізацію майбутніх фахівців у різних видах командної взаємодії та гарантують досягнення кінцевого результату*. Саме технологія дозволяє, за умови її якісної реалізації, забезпечити високий рівень сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

2. Компоненти педагогічної технології відповідають критеріям технологічності.

Дослідники (І. Дичківська [79], С. Криштоф [154], І. Прокопенко [206], Г. Селевко [240], С. Сисоєва [247] та ін.) акцентують увагу на критеріях технологічності (система вихідних положень щодо конструювання будь-якої педагогічної технології). Узагальнену характеристика означених критеріїв подано у таблиці 2.1.

Критерії технологічності

Назва	Зміст
Концептуальність	педагогічна технологія має розроблятися у межах певної педагогічної концепції
Системність	педагогічна технологія повинна володіти всіма ознаками системи: логікою процесу, взаємозв'язком всіх його частин, цілісністю
Цілеспрямованість	системоутворювальним компонентом педагогічної технології є цілі, згідно з якими мають визначатися всі інші її складові
Діагностичність	педагогічна технологія має містити діагностичні процедури, за допомогою яких можна визначити ступінь досягнення запланованих цілей у будь-який проміжок часу
Відтворюваність	можливість застосування (повторення, відтворення) педагогічної технології в інших однотипних освітніх установах, іншими суб'єктами
Надійність	упровадження педагогічної технології повинно забезпечити досягнення запланованих результатів усіма учасниками освітнього процесу
Коригованість	можливість постійного вдосконалення і підвищення педагогічної ефективності розробленої технології

Відповідно до *концептуального критерію* ми теоретично обґрунтували концептуальні основи розробки та впровадження в освітній процес технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, розробили систему вихідних положень, що обумовлюють сутність і особливості процесу її розробки та реалізації.

Щодо *критерію системності*, то авторська технологія представлена взаємозв'язком основних її елементів, якими є мета, завдання, методологічні

підходи, принципи, методи діагностики, зміст, методи, форми навчання, результат.

Згідно з *критеріями цілеспрямованості та діагностичності* сформульовано концептуальну мету технології (формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді), розроблено комплекс діагностичних процедур, спрямованих на визначення ступеня досягнення мети технології у будь-який проміжок часу.

Відповідно до *критерію відтворюваності* технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання передбачає можливість застосування (повторення, відтворення) у вищих медичних закладах освіти під час підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 223 Педіатрія, а також впровадження її іншими викладачами, які забезпечують процес професійної підготовки означених фахівців.

Щодо *критерію надійності*, то упровадження авторської технології забезпечить досягнення запланованого результату (сформована готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді) усіма магістрантами експериментальної групи.

Критерій коригованості технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання забезпечує можливість постійного вдосконалення і підвищення її педагогічної ефективності.

Спираючись на критерії технологічного підходу, нами встановлено алгоритм проектування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. У зв'язку з цим виокремлено такі етапи технології: *концептуальний* (визначення цілей, завдань, методологічної основи, принципів навчання; здійснення діагностики наявного у майбутніх педіатрів рівня сформованості готовності до роботи в команді; розробка та проведення навчально-методичного онлайн-семінару для викладачів); *професійно-мотиваційний* (передбачає формування в магістрантів особистісного сенсу щодо роботи в команді, ціннісного ставлення до формування готовності до роботи в команді, емоційно-ціннісного ставлення до взаємодії, допомоги іншій людині);

змістово-діяльнісний (моделювання змісту, форм та методів підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді); *діагностико-результативний* (передбачає контроль, самоаналіз, корекцію недоліків у формуванні досліджуваної готовності, діагностику кінцевого рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді).

З метою презентації технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання було використано моделювання.

Звернемо увагу на сутність поняття „модель”, яке у науковій літературі немає однозначного трактування: суб’єктивне відтворення у свідомості людини (групи людей) та зовнішнє відображення різними способами й формами найістотніших ознак, рис і якостей, які властиві конкретному об’єкту або процесу, які об’єктивно йому (об’єкту) притаманні і дають загальну уяву про феномен, що нас цікавить, чи його окремі складники [95, с. 180]; реально існуюча або подумки уявлена система, яка заміщаючи і відображаючи оригінал з певною метою, знаходиться з ним в стосунках подібності (схожості) [105]; штучно створений зразок у вигляді схеми, фізичних конструкцій, знакових форм або формул, який, маючи подібність до досліджуваного об’єкта (або явища), відображає і відтворює в більш простому вигляді структуру, властивості, взаємозв’язки і відношення між елементами цього об’єкта [74, с. 22]; тощо. Проте, у даному дослідженні використане класичне для теорії пізнання визначення моделі, надане В. Штоффом: „Модель – це подумки уявлена або матеріально реалізована система, яка, відбиваючи або відтворюючи об’єкт дослідження, здатна його замінити так, що її вивчення дасть нам нову інформацію про цей об’єкт” [300, с. 9].

Акцентуємо увагу на тому, що побудова моделі є моделюванням. Проблеми моделювання в педагогіці розглядали такі українські вчені, як Н. Брюханова [24], Н. Волкова [50], К. Гнезділова [61], Т. Гуменюк [72], О. Дубасенюк [85], Н. Корольова [146], О. Семенова [244], О. Столяренко [260], О. Тарнопольський [50], А. Теплицька [265] та ін.

Під моделюванням науковці розуміють: дослідження об’єктів пізнання на їх

моделях; побудова і вивчення моделей реально існуючих предметів, процесів або явищ з метою отримання пояснень цих явищ, а також для передбачення явищ, які цікавлять дослідника [237, с. 23]; метод дослідження явищ і процесів, що ґрунтується на заміні конкретного об'єкта досліджень (оригіналу) іншим, подібним до нього (моделлю) [245, с. 12].

Отже, метод моделювання посідає провідну роль у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді у закладах вищої медичної освіти, тому що застосування моделювання „...дозволяє прогнозувати розвиток педагогічного процесу, орієнтує педагогів на досягнення кінцевих результатів навчання, забезпечує засвоєння і ефективне використання нових технологій, розвиває системне бачення розв'язання проблем, служить дійовим фактором поліпшення якості роботи навчального закладу” [260, с. 9].

Моделюючи технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, спиралися на: Національну рамку кваліфікацій, затверджену Постановою Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 р. № 1341 [223]; Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78. Охорона здоров'я, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 117 від 25.03.2002 р. [81]; Рекомендації щодо формування загальних і професійних компетентностей, напрацьовані європейськими експертами в рамках реалізації ідей Болонського процесу [190]; Концепцію розвитку вищої медичної освіти в Україні, затверджену Міністерством охорони здоров'я України, Академією медичних наук України № 522/51 від 12.09.2008 р. [222]; Стратегію розвитку медичної освіти в Україні, затверджену розпорядженням Кабінету Міністрів України № 95-р від 27 лютого 2019 р. [262]; освітньо-професійні програми підготовки фахівців за напрямом 228 Педіатрія. Модель технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання наведено на рис. 2.1. Зупинимо увагу на її основних складових.



Рис. 2.1. Технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання

Концептуальний етап. Загальною метою технології визначено формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді. Відповідно до мети визначено такі завдання: стимулювання пізнавальної й професійної мотивації майбутніх педіатрів; оволодіння знаннями про команду, принципи її роботи, ролі в команді; відпрацювання умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); забезпечення розвитку особистісних якостей, які сприяють успішній роботі в команді (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність). Розробка технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання базується на таких *методологічних засадах*.

Системний підхід (І. Блауберг [17], Ю. Шабанова [293], Е Юдін [17] та ін.) дозволяє розглянути підготовку майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання як складну систему, що складається з елементів, що знаходяться у відносинах і зв'язках між собою і утворюють певну цілісність, єдність. Цей підхід передбачає обґрунтування структури готовності майбутнього педіатра до роботи в команді, а також розробку технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Діяльнісний підхід (О. Леонтьєв [161], Л. Фрідман [281] та ін.) заснований на положенні про те, що психіка особистості нерозривно пов'язана з його діяльністю і обумовлена діяльністю. При цьому діяльність розуміється як навмисна активність людини, що виявляється у процесі його взаємодії з навколишнім світом, і ця взаємодія полягає у вирішенні життєво важливих завдань, що визначають існування і розвиток людини [281].

Означений підхід у контексті нашого дослідження можна визначити як таку організацію освітнього процесу, за якої майбутній педіатр діє з позиції активного суб'єкта пізнання, в якого цілеспрямовано формуються уміння, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні). Саме через діяльність і в процесі діяльності майбутній педіатр формує готовність до роботи в команді.

Використання діяльнісного підходу будується з урахуванням впровадження інтерактивних методів навчання.

Компетентнісний підхід (О. Пометун [219], Г. Селевко [241], С. Фурдуй [282], О. Ходань [284] та ін.) передбачає, що в освітньому процесі показником якісного навчання в системі вищої медичної освіти є не отримання нових знань, умінь і навичок, а розвиток у майбутніх педіатрів практичних здатностей діяти та творчо застосовувати набуті знання й досвід у повсякденній та професійній діяльності. Загальною ідеєю цього підходу, на думку О. Ходань, є компетентнісно орієнтована освіта, спрямована на комплексне засвоєння знань та способів практичної діяльності, завдяки яким людина успішно реалізує себе в різних галузях своєї життєдіяльності [284, с. 233].

Особистісно орієнтований підхід (О. Дубасенюк [86], В. Ребенок [230], І. Якиманська [305] та ін.). Основою цього підходу є визнання індивідуальності, самоцінності кожної людини, її розвитку не як колективного об'єкту, але, перш за все, як індивіда, наділеного своїм неповторним суб'єктивним досвідом [305, с. 9]; розкриття та розвитку потенціалу особистості, ставлення до неї як до суб'єкта життєдіяльності [230]; визнання різноманітності змісту та форм навчального процесу, вибір яких здійснюється викладачем з урахуванням мети підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Синергетичний підхід (С. Вітвицька [45], В. Ільїн [151], В. Кремень [151], М. Овчинникова [195] та ін.). Досліджує цілісні системи в їх змінюваності й розвитку, педагогічні явища з урахуванням їх неоднозначності, суперечливості. Синергетичний підхід ґрунтується на домінуванні в освітній діяльності самоосвіти, самоорганізації, самоврядування і полягає в стимулюючому впливі на суб'єкт з метою його саморозкриття і самовдосконалення, самоактуалізації в процесі співпраці з іншими людьми і з самим собою.

Сутність синергетичного підходу до підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді полягає у „виявленні та пізнанні загальних закономірностей, що керують процесами самоорганізації суб'єктів навчально-виховного процесу” [45] у закладі вищої медичної освіти. Застосування цього підходу в навчанні

майбутніх педіатрів дає змогу скерувати власні дії майбутнього лікаря та дії колег, пацієнтів в складних, невизначених ситуаціях, готовність до прийняття складних, неординарних рішень.

Аксіологічний підхід (Ю. Асєєва [192], С. Вітвицька [44], Р. Винничук [38], Л. Нігосян [192] та ін.). Дозволяє розглядати освіту як соціально-педагогічний феномен, що знаходить своє відображення в основних його ідеях: універсальність і фундаментальність гуманістичних цінностей, єдність цілей і засобів, пріоритет ідеї свободи [38, с. 93]. Отже, аксіологічний підхід базується на визнанні ціннісних орієнтацій майбутнього педіатра як регуляторів його професійної діяльності, зокрема командної, розкриває механізм формування власних поглядів на підставі загальнолюдських та професійних цінностей. Зазначений підхід забезпечує появу бажання до формування та представлення власних поглядів та ідей, розробки та втілення стратегічних рішень.

Контекстний підхід (А. Вербицький [33], О. Попова [221], С. Тихолаз [268] та ін.). Передбачає врахування під час визначення змісту навчальної діяльності не тільки системи наукових знань, але й моделі фахівця, що репрезентує особливості медичної професії. Завдяки цьому знання сприймаються студентами не просто як набір певних наукових положень, а як засіб розв'язання професійних завдань. Такий підхід сприяє розвитку професійної спрямованості майбутніх лікарів, що не менш важливо, ніж засвоєння професійних знань, умінь і навичок [268, с. 167]. Сутність контекстного підходу до підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді полягає у трансформації навчальної діяльності магістранта у професійну діяльність фахівця.

Партисипативний підхід (Н. Титова [267], О. Фаст [276] та ін.). Упровадження партисипативного підходу у вищій освіті як одного з перспективних напрямів забезпечення якісної підготовки майбутніх фахівців спрямоване на подолання байдужості й пасивності викладачів при застосуванні стереотипних форм і методів провадження освітнього процесу в закладах вищої освіти; кооперацію (а не вплив) педагогів та студентів для підготовки, схвалення та спільного вирішення професійних завдань на основах суб'єкт-суб'єктної

взаємодії [267, с. 179]. Застосування партисипативного підходу у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді сприятиме обговоренню проблем, стимулюванню залученості магістрантів до співпраці на основі паритетності й міжособистісної комунікації.

Під час обґрунтування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання доцільно враховувати особливості освіти дорослих, які відображені у межах *андрагогічного підходу*, що „спонукає тих, хто вчиться, критично оцінювати рівень своїх знань, умінь і навичок, виявити недоліки в підготовці і спрямувати власні дії на їх усунення” [216, с. 70]. Застосування андрагогічного підходу до підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді зумовлює виявлення особливостей навчання дорослих в умовах магістратури.

Реалізація андрагогічного підходу в процесі підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання ми розглядаємо як „шлях реалізації положень теорії освіти дорослих на практиці, тому важливо дотримуватися певних організаційно-педагогічних умов, зокрема: перехід до андрагогічної моделі навчання; створення андрагогічного середовища; розробка й застосування андрагогічних технологій і методів навчання” [158, с. 214].

Спираючись на визначені методологічні підходи, наведемо *принципи навчання*, реалізація яких дозволить досягти очікуваних результатів.

Принцип студентоцентрованості (Т. Столяренко [261], О. Ігна [106] та ін.) передбачає створення сприятливої освітньої атмосфери для кожного магістранта, забезпечення його консультаційною підтримкою, стимулювання до творчої, пошукової та науково-дослідницької діяльності, залучення до організації навчального процесу.

Принцип особистісного цілеутворення магістранта (С. Вітвицька [46] та ін.). Професійна підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді відбувається на основі та з урахуванням їх особистих навчальних цілей. „Даний принцип спирається на глибинну якість людини – здібність постановки цілей своєї діяльності” [46]. Слід зазначити, що цей принцип повинен передбачати

необхідність усвідомлення цілей підготовки до роботи в команді, як самим магістрантом, так і викладачем.

Принцип інтерактивності (А. Косарєв [148], Ю. Устименко [275] та ін.). Передбачає організацію навчального процесу таким чином, що практично всі магістранти залучаються до процесу пізнання, мають можливість розуміти і здійснювати рефлексію з приводу того, що вони знають і розуміють. Спільна діяльність майбутніх педіатрів у процесі пізнання означає, що кожен член команди вносить свій індивідуальний внесок, відбувається обмін знаннями, ідеями, способами діяльності. При цьому основне місце в цьому процесі займає не окремих студент, а команда.

Принцип паритетності (В. Деляченко [75], Н. Кононец [141], М. Кононова [142] та ін.). В основі цього принципу закладені ідеї особистісно орієнтованого підходу до підготовки майбутніх педіатрів. Цей принцип „сприяє створенню сприятливого психологічного клімату між педагогом та студентом, надає можливість активно використовувати принципи толерантної поведінки в процесі навчання” [75]; вимагає суб’єктивної взаємодії в тандемі „викладач – магістрант”, де викладач не стільки вчить, скільки допомагає студенту вчитися самостійно, в результаті чого студент отримує знання, а викладач – майстерність [141, с. 89]. Отже, магістрант повинен бути максимально активний, а викладач – виступати в ролі консультанта і координатора.

Принцип доповнення, трансформації й інтеграції (Є. Балакірєва [8], Н. Пахомова [203] та ін.). Передбачає доповнення змісту професійної підготовки майбутніх педіатрів освітніми компонентами і темами, в яких розкриваються сутність і особливості командної роботи; розробку різних форм завдань, з обов’язковим визначенням їх місця при вивченні навчальних дисциплін, а також методичних умов ефективного використання; створення умов для вирішення професійних завдань на основі інтеграції інтерактивних методів навчання.

Принцип ситуативної обумовленості (З. Корнева [145] та ін.). Освітній процес будується на ситуаціях, які передбачають самовизначення магістранта і пошук їх вирішення. Реалізація принципу забезпечує активну участь магістрантів

у діяльності, що імітує реальні професійні ситуації.

Принцип діалогізації (Н. Денисенко [271], О. Троїцька [271] та ін.). Спрямовує процес навчання на вільний обмін думками двох і більше співрозмовників (студентів, викладачів, практикуючих педіатрів), у процесі якого відбувається поглиблене розуміння і взаєморозуміння, а також розвиток суб'єктів командної взаємодії. Завдання реалізації принципу діалогізації в підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді стає реальним в результаті впровадження діалого-дискусійних технологій навчання.

Принцип толерантності (Н. Круглова [155] та ін.) у загальному вигляді означає „... здатність переносити різноманітні відмінності (рівень матеріального достатку, рівень розвиненості моральної свідомості, рівень освіченості, вид світогляду, здатність висловлювати та обґрунтовувати власні судження, здатність формувати уявлення про щастя тощо) інших людей від себе самого” [155, с. 167]. Означений принцип передбачає поважне ставлення до суб'єктів навчально-виховного процесу, визнання і прийняття поведінки, переконань і поглядів інших людей, які відрізняються від власних.

Принцип рефлексії і предзахоплення (Е. Дантас (E. Dantas) [320], Р. Дауд (R. Daoud) [320], М. Консейсао (M. Conceição) [320], Р. Нодарі (R. Nodari) [320], А. Тротт (A. Trott) [320], А. Шаров [297] та ін.) „з'єднує минуле і майбутнє в людині, є основою розвитку і самовдосконалення людини; ... підкреслює особливості того, як відбувається відображення, безпосередньо або опосередковано” [297]. Цей принцип передбачає рефлексивне усвідомлення магістрантом своєї пізнавальної діяльності; розуміння того, чи досяг задуманої мети або головне приймати участь, при цьому орієнтація на майбутнє, на одержання необхідного результату відсутні. Отже, поточні дії магістрантів повинні упереджуватись і передбачатись.

Принцип флексибільності (Ю. Корольова [146], А. Петровський [209] та ін.) передбачає можливість адаптації завдань відповідно до підготовленості магістрантів, а також використання завдань, що враховують сучасні медичні тенденції, до яких прагнуть майбутні педіатри. Так, А. Петровський розглядає

особистісну флексибільність як здатність індивіда легко відмовлятися від невідповідних ситуацій або завдань, засобів діяльності, прийомів мислення, способів поведінки та виробляти або приймати нові, оригінальні підходи до розв'язання проблемної ситуації при незмінних цілях та ідейно-моральних підставах діяльності [209]. Отже, майбутніх педіатр з високим ступенем сформованості особистісної флексибільності є високоваріативною особистістю. При цьому використання принципу флексибільності в підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді сприяє підвищенню ролі самостійності магістрантів у прийнятті необхідних рішень, при виборі стратегії і тактики власного професійного розвитку.

Визначений перелік принципів навчання сприяє доцільному відбору змісту, форм, методів навчання. Важливим елементом концептуального етапу технології є попередня діагностика рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, яку можна ототожнити з констатувальною частиною педагогічного експерименту. Діагностика сприяє не лише вивченню якості освітнього процесу, але й виявленню його передумов, умов і результатів з метою оптимізації.

Ефективними вважаємо проведення установчого навчально-методичного онлайн-семінару (мета – оволодіння викладачами науково-педагогічними знаннями та навичками формування готовності магістрантів до роботи в команді) та тренінгу „Командний підхід в підготовці майбутніх педіатрів” (мета – засвоєння учасниками теорії і практики формування команд на принципах довіри, відкритості, ефективності комунікацій; формування умінь використання інтерактивних технологій навчання під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді) для викладачів, що здійснюють підготовку майбутніх педіатрів за спеціальністю 228 Педіатрія. На семінарі передбачено презентацію викладачам розроблених навчально-методичних матеріалів, розкриття теоретичних положень щодо готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, її структури, технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних технологій навчання. Завданнями тренінгу є засвоїти сутність понять „команда” і

„командний підхід”, типи команд, ознаки, що характеризують команду, відмінні ознаки понять „група”, „колектив”, „команда”, етапи формування команди, стадії її розвитку і перетворення в групу односторонців; формувати уявлення про інтерактивні методи навчання, які забезпечують формування готовності до роботи в команді; розвиток умінь використовувати інтерактивні методи навчання в підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді. Програма тренінгу представлена в дод. Д

Мотиваційно-професійний етап. Передбачає формування в магістрантів: особистісно-професійного сенсу щодо командної роботи; мотивів і ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість: професійної командної діяльності, потребу в колективних формах і спілкуванні; мотивів самовдосконалення власного рівня готовності до роботи в команді, цінностей та цілей командної взаємодії; емоційно-ціннісного ставлення до учасників команди та співпраці з ними. Без такого потужного імпульсу до діяльності досягти зазначеної в технології мети не можливо.

За твердженням А. Коломієць, мотив – комплекс стимуляторів, інтегрованих з потребами особистості, який спонукає її до діяльності [138]. Мотивами можуть виступати потреби, мотиви, настанови, цінності особистості

На переконання В. Винник мотив є спонукальною причиною, який додає поведінці людини певний напрямок і змушує діяти – саме так, а не інакше. Науковець зазначає, що мотив не тільки визначає поведінку людини, але великою мірою обумовлює кінцевий результат діяльності. Мотиваційна людина більш ефективно реалізує свою справу, а головне вона здатна на максимальну віддачу своїх духовних і фізичних сил, якщо цього вимагає досягнення поставленої мети [37, с. 40].

Нам імponує погляд В. Окуневої, яка зазначає, що необхідною умовою забезпечення теоретичної готовності, як початкового етапу підготовки студента до майбутньої роботи в команді, є актуалізація мотиваційно-ціннісного ставлення до командної діяльності [197]. На думку вченої, актуалізація мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до командної діяльності реалізується через зміст

освіти, який повинен відповідати наступним вимогам: створення умов для розвитку потреби до спільної діяльності; формування суб'єктивного досвіду спільної діяльності; забезпечення формування у студента професійно важливих якостей як члена команди.

Створення позитивної мотивації у навчальному процесі можливо за допомогою різноманітних прийомів та способів. Деякі з них мають організаційний характер, деякі суто дидактичний, але їх особливістю є те, що студент, слухач, отримує задоволення від власних навчальних досягнень, контролює свою навчальну діяльність, бачить перспективи подальшого професійного розвитку [26].

Технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання передбачає послугування такими способами і прийомами мотивування і стимулювання навчальної діяльності: *орієнтація на практичні навички* (максимальне наближення навчальної діяльності до реальних умов); *доведення і переконання* (пояснення необхідності навчального матеріалу для життєдіяльності та професійної діяльності); *прийом „Як?“, „Чому?“, „Навіщо?“* (отримання задоволення від навчальної діяльності, радість від набуття нових навичок; навчальна діяльність спрямована на отримання реальних досягнень); *ефект очікування* (організація проблемного навчання для того, щоб магістранти мали можливість самостійно дізнаватися про деяку інформацію; „таємниця є прекрасним мотиватором для будь-якої аудиторії” [26]); *опора на життєвий досвід магістрантів* (пробудження інтересу до нових знань і тим самим стимулювання поступального руху навчального пізнання; формуються нові поняття і встановлюються закономірності); *метод долаття перешкод* (активізація розумової діяльності магістрантів через створення спеціальних умов виконання завдань); *спонування до порівняння* (зіставлення та протиставлення фактів, явищ та їх узагальнення); *спрямування навчального процесу на дослідження* (орієнтування магістрантів на альтернативні джерела інформації, зовнішні посилання на відео, презентації, наукові дослідження з метою надання можливості магістрантів самостійно сформулювати і осмислити матеріали);

створення ситуації успіху (позитивний настрій; відчуття себе рівним серед рівних; усвідомлення особистісної цінності; можливість вільно висловлювати свою думку і вислуховувати інших); *забезпечення взаємодії магістрантів* (створення умов для ефективної дискусії, співпраці, колективного вирішення проблем); *закріплення позитивного враження* (підтримка позитивного враження магістрантів від заняття, теми, навчальної дисципліни); *рефреймінг* (погляд на ситуацію з іншого боку, під іншим кутом зору, пошук нового шляху розв'язання проблеми).

Зазначені способи і прийоми дозволяють вирішувати мотиваційно-ціннісні завдання забезпечення готовності майбутнього педіатра до роботи в команді. Формування мотиваційно-ціннісного ставлення до спільної діяльності в команді здійснювалось через інформування студентів про ситуацію на ринку медичних послуг (затребуваність командних працівників), наведення прикладів роботи успішних команд, розгляд прикладів неефективної командної роботи і індивідуальної роботи в команді, вивчення вимог роботодавців щодо особистісних якостей „ідеального командного медичного працівника”.

Змістово-діяльнісний етап. Спрямований на трансформацію змісту освітнього процесу в напрямі надання магістрантам знань й умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді.

Під змістом освіти, спираючись на думку Л. Онищук, будемо розуміти систему наукових знань, умінь і навичок, оволодіння якими забезпечує всебічний розвиток розумових і фізичних здібностей суб'єктів освітньої діяльності, формування їхнього світогляду, моралі та поведінки, підготовку до суспільного життя та праці [198, с. 47]. При визначенні змісту освіти майбутніх педіатрів урахували окреслені напрями його оновлення, а саме: фундаменталізація освіти (забезпечення умови для виховання гнучкого і багатогранного наукового мислення, різноманітних способів сприйняття дійсності, для створення внутрішньої потреби в саморозвитку та самонавчанні) [65]; врахування прогресивних ідей та практичних здобутків інших країн, які за останні роки досягли значних успіхів у реформуванні своїх освітніх систем, зокрема в галузі

медицини [228], у цьому аспекті значний науковий та практичний інтерес для нас становить досвід США (який охарактеризовано у пп. 1.3); націленість змісту медичної освіти на кінцевий результат, ставлячи за мету підготовку спеціалістів (лікарів), здатних інтегрувати свою роботу в діяльність усіх працівників сектору охорони здоров'я та інших професійних напрямів [228]; корінну зміну технології навчання, за допомогою більш ефективної організації пізнавальної діяльності, на основі найважливішої дидактичної властивості персонального комп'ютера, що забезпечує індивідуалізацію навчання, розвиток здатності добувати та використовувати знання, а не репродукувати інформацію [63, с. 16]; приймати самостійно професійні рішення на основі оволодіння визначеним колом функцій та завдань і мати широкий світогляд.

У процесі моделювання змісту навчання, реалізація якого сприятиме формуванню готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, враховано можливості інтеграції знань різних дисциплін фахової підготовки магістрантів. З цією метою через впровадження новітніх компонентів оновлено зміст навчальних дисциплін „Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби” (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Оновлений зміст навчальних дисциплін із метою підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді

Навчальна дисципліна	Зміст нових компонентів навчальної дисципліни
Педіатрія	Кейс „Онлайн-консультування дітей з респіраторною патологією”
	Ділові ігри „Підозра на гострий панкреатит у дитини. Вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики”, „Діагностика і лікування пневмонії у новонародженого”, „Операція замінного переливання крові”
	Неігрова імітаційно активна методика CBL (case-based-learning) „Надання невідкладної медичної допомоги при гострому епіглоттиті у дитини на догоспітальному етапі”

Дитячі інфекційні хвороби	Семінар у „малих групах” – „Диференціальна діагностика екзантем у дітей”
	Діагностичний алгоритм при паротитній інфекції. Виявлення характерних для епідемічного паротиту змін в органах і тканинах. Лабораторна діагностика
	Неігрова імітаційно активна методика CBL (case-based-learning) „Генералізована форма менінгококової інфекції”
	Семінари-кейси „Генералізована форма менінгококової інфекції”, „Надання невідкладної медичної допомоги при гострому епіглотиті у дитини на догоспітальному етапі”, „Невідкладні стани при гострих кишкових інфекціях у дітей”
Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія	Ділова гра „Діагностика гострого хірургічного захворювання у дитини”
	Командна взаємодія при роботі у відділенні екстреної медичної допомоги
	Системний підхід при наданні допомоги травмованій дитині
	Рольова гра „Дії медичного персоналу в нетипових ситуаціях”
Внутрішні хвороби	Семінар-рольова гра „Консиліум”
	Робота в парах (трійках) „Збір анамнезу захворювання у пацієнта з патологією бронхо-легеневої системи”
	Вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики
	Діагностика та лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонародженого

Підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді передбачає реалізацію таких інтерактивних методів навчання: діалогічно-дискусійні (дискусія, дебати, мозковий штурм, картковий штурм, круглий стіл); імітаційні (проблемні ситуації, кейс-метод, ділові та рольові ігри, case-based-learning), проєктні (індивідуальні і групові проєкти). Вагома роль відведена технологіям („акваріум”, „перевернутий клас”, робота в парах (трійках), робота в малих групах) кооперативного навчання та ін.

Реалізація різновидів професійно спрямованої діяльності, залучення магістрантів до активної командної взаємодії спочатку несвідомо, а потім і свідомо формувати в них уявлення про норми, цінності професійної діяльності в

сфері медицини, зокрема командної діяльності, способи поведінки і власну участь у ній. Саме це дозволяє надати процесу підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді інтерактивного характеру.

Отже, під час реалізації кожного з методів навчання, викладач має залучати майбутніх педіатрів до інтенсивної командної, інтерактивної діяльності, яка передбачає: наявність взаємної та колективної відповідальності в групі; діловитість спілкування; активність та особиста відповідальність кожного за результат діяльності команди; партнерство, взаємопідтримка та взаємозбагачення; створення умов для індивідуальної самореалізації членів команди; довіра членів команди один одному.

Також технологією передбачено гармонійне поєднання лекційних (інтерактивна лекція, динамічна слайд-лекція, відеолекція, лекція-дискусія, проблемна лекція), семінарських (семінар-дискусія, семінар-захист проєктів, інтерактивний семінар, семінар генерації ідей, семінар-картковий штурм, семінар-екскурсія) і практичних занять (тренінги).

Важлива роль відводиться розробленому авторському спецкурсу **„Організація командної роботи в медичній організації”**, який введено у навчальний план магістрантів експериментальної групи у другому семестрі (див. додаток Е).

Метою спецкурсу стало забезпечення загальної теоретичної підготовки майбутніх педіатрів з питань, пов'язаних зі змістом роботи в команді та формування складових готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів.

При вивченні дисципліни вирішуються такі основні завдання:

– забезпечення магістрантів знаннями теоретичних положень щодо командної роботи в медичних закладах;

– формування мотивів, ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість командної діяльності, потребу в конструктивному спілкуванні, інтерактивній взаємодії, а також спрямованості на милосердя і допомогу іншим;

- розвиток у магістрантів умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні);

- розвиток особистісних якостей (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність);

- практичне оволодіння технікою роботи в команді.

Програма спецкурсу розрахована на три кредити (90 год.), з яких: лекційних – 10 год., семінарських – 12, практичних занять – 14, індивідуальної роботи – 8, самостійної роботи – 46 год. Зміст спецкурсу включає два змістові модулі: „*Основи командної роботи в медичному закладі*” та „*Комунікації всередині команди*”. Кожний модуль містить відповідні теми та питання, які мають бути висвітлені.

Так, тема „*Група та команда: поняття та механізм. Основні ознаки команд*” передбачає розкриття таких питань: поняття і механізм групової динаміки; сутність поняття „група” та їх класифікація; зміст поняття команди, її ознаки та види; загальна характеристика основних моделей команди; ефективність командної роботи в медичному закладі; зміни в групах і формування команд; команда і група: спільне та відмінності; порівняльна характеристика роботи команд і груп; уподобання роботи в групах і командах.

Розкриття змісту теми „*Медична команда: переваги та недоліки*” передбачає акцентування уваги на таких питаннях: практика командної медицини; етапи створення медичної команди однодумців; командна культура медичної організації; модель групової медицини; співпраця, кооперація і координація – три сили, які підтримують практику командної медицини в клініці; медична команда як форма професійної команди.

Під час вивчення наступної теми „*Командна робота і сімейно-орієнтованість – запорука успіху*” увага магістрантів має акцентуватися на таких питаннях: сімейно-орієнтований підхід у лікарні; сімейно-орієнтована медицина: сучасний стан і майбутні напрями педіатричної допомоги; залучення родини пацієнта чи дитини до процесу лікування; практичні навички залучення родини до

лікування; міжнародні та українські практики з сімейно-орієнтованої медицини; принципи сімейно-орієнтованої медицини (повідомлення інформації, повага та врахування відмінностей, партнерство і співпраця, перемови, допомога в контексті сім'ї та суспільства).

Другий модуль „*Комунікації всередині команди*” містить дві теми. Значна роль має відводитися темі „*Особливості педіатричної комунікації в командоутворенні*”, в якій висвітлюватимуться такі питання: основи комунікативних навичок педіатра; критерії ефективної комунікації; позитивний ефект зворотного зв'язку; форми зворотного зв'язку: детальний огляд, короткий відгук; основні принципи повідомлення поганих новин батькам хворої дитини; правила комунікації на командних зборах; ознаки неготовності педіатра до відкритого і довірливого спілкування. Друга тема „*Інструменти для проведення ефективної комунікації*” передбачає розгляд таких питань: загальна характеристика інструментів педіатра для побудови ефективної комунікації в команді: встановлення меж; тон розмови, мовчання і паузи; поза, жестикуляція, зоровий контакт; відображення почуттів і думок; інформування; уточнення; нормалізація; валідізація; підтримка; релаксація; подяка.

Програмою спецкурсу передбачено поєднання лекційних (інтерактивна лекція, лекція-дискусія, динамічна слайд-лекція, проблемна лекція), семінарських (інтерактивний семінар, семінар генерації ідей, семінар-дискусія, семінар-картковий штурм, семінар-екскурсія, семінар-рефлексія) і практичних занять з використанням інтерактивних методів навчання: діалогічно-дискусійних (диспут, дебати, „мозковий штурм”, круглий стіл, кейс-метод („Генералізована форма менінгококової інфекції”, „Надання невідкладної медичної допомоги при гострому епіглоттиті у дитини на догоспітальному етапі”, „Невідкладні стани при гострих кишкових інфекціях у дітей”) (див. дод. З), імітаційних (ділові, рольові („Комунікації в команді. Правила командної роботи. Розподіл ролей в команді. Принципи роботи в команді”) (див. дод. К), тренінгових („Ефективна взаємодія в команді”, „Віртуальна симуляційна клініка”). Значна увага надається вправам („Цікава історія”, „Ми творимо”, „Історія розвитку вашої команди”, „Кабаре”,

„Схожі та різні”, „Секрет Джованні”, „Виміряємо один одного”, „Визначення етапів розвитку ефективної команди в медичному закладі”, „Рекламна візитівка медичної команди”, „Збір думок / ідей за допомогою модераційних карт”, „Диференційна діагностика гострого болю в животі у дитини раннього віку”, „Голосування\ранжування”, „Симптомокомплекс гострого запалення нирок у дітей”, „Аналіз поля сил Курта Левіна”, „Підписання електронної декларації з населенням, згідно впровадженню медичної реформи” та ін.).

Провідними різновидами лекцій вважаємо *проблемну лекцію, відеоконференцію, лекцію-дискусію, динамічну слайд-лекція.*

Проблемна лекція – вид лекції, який активізує особистий пошук студентів, пошукову та дослідну діяльність. Проблемна лекція визначається постановкою питань або завдань, що моделюють проблемну, „напружену” ситуацію, вирішення якої відбувається безпосередньо („на очах”) в ході викладу теми на основі залучення слухачів в діалогічні форми комунікації, які активізують пізнавальну діяльність [178, с.101]. Цей вид лекції сприяє подоланню пасивності, формуванню і стимулюванню пізнавального інтересу магістрантів до навчальної дисципліни; засвоєнню магістрантами теоретичних основ командної роботи; формування особистісного ставлення студентів до командної роботи.

Відеоконференція – це телекомунікаційна технологія, що забезпечує одночасну двосторонню передачу, обробку, перетворення та представлення інтерактивної інформації на відстані в режимі реального часу за допомогою апаратно-програмних засобів обчислювальної техніки [42]; сеанс зв'язку між викладачем і студентами, незалежно від їх місця розташування. Під час відеоконференції магістранти активно залучені в процес навчання, можуть задавати питання, відразу ж прояснювати деякі незрозумілі для них моменти [254]. Тому цей вид лекції вирізняється високим ступенем інтерактивності.

Лекція-дискусія є формою лекційного заняття, яка передбачає активність студентів, залучення до дискусії, більші можливості до запам'ятовування. Лекція-дискусія дає змогу більшою мірою, чим інші форми лекційного заняття, посприяти стимуляції мислення студента, а це, у свою чергу, забезпечує

найвищий рівень запам'ятовування навчального матеріалу [242, с. 74].

Динамічна слайд-лекція – це аудіо-візуальний спосіб представлення інформації, розділеної на кадри (слайди), із застосуванням програмно-технічних засобів, який орієнтований на підвищення якості навчання і значне збільшення інформаційної місткості, покращення наочності академічної лекції [59, с. 3]. Розробка слайд-лекції починається з педагогічного сценарію, на стадії написання якого необхідно виконати такі основні завдання: конкретизувати цілі використання слайд-лекції; провести аналіз логічної структури навчального матеріалу; обрати методи навчання; відібрати необхідний навчальний матеріал; провести синтез навчального матеріалу; розробити завдання для закріплення цього матеріалу [69]. Під час створення динамічної слайд-конференції передбачено використання Інтернет-ресурсу *Beautiful.ai*.

У процесі вивчення спецкурсу передбачено різновиди нетрадиційних семінарських занять:

– **інтерактивний семінар**. Передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання рольових ігор, спільне вирішення проблем на основі аналізу відповідної навчальної ситуації і виключає домінування одного учасника навчального процесу над іншим, однієї думки над іншою [167, с. 125];

– **семінар генерації ідей**. Передбачає розподіл магістрантів на пари і визначення в кожній парі наступних ролей: генератор і організатор. „При цьому генератор висловлює своє бачення проблеми, описує все, що йому відомо або невідомо за даною темою. Організатор ставить йому уточнюючі питання, заохочує висловитися, записує основні відповіді та отримані під час обговорення результати. Алгоритм фіксації результатів задається викладачем, наприклад: основні терміни та поняття за темою; схематичне або символічне відображення проблеми; питання, які виникають при роботі в парах, тощо. Через деякий час пари переходять від стану генерації до обговорення матеріалу, який було напрацьовано, а потім виступають перед усіма студентами” [167, с. 128]. Передбачено семінар генерації ідей „Сучасні підходи в комунікації „педіатр – батьки дитини”;

– **семінар-дискусія.** Є форма організації спільної (колективної) навчальної діяльності, що формує у магістрантів інтерес до дисциплін, стимулює до самостійного пошуку різного роду рішень, розвиває вміння складати логічні міркування і раціональні докази. Викладач пропонує для обговорення питання проблемного характеру, проводить дискусію, дає оцінку попереднього обговорення і підводить підсумки. Передбачено семінар-дискусію „Чи потрібна команда сучасним лікарям? Переваги та недоліки”;

– **семінар-картковий штурм.** Є різновидом мозкового штурму, під час якого всі ідеї записуються на окремих картках. Як правило, по 3–5 пропозицій від кожного магістранта. Всі пропозиції фіксуються на дошці, після чого розпочинається процес обговорення. Передбачено семінар-картковий штурм на тему „Що є перешкодами для сімейно орієнтованої медицини?”;

– **семінар-екскурсія.** Сприяє більш глибокому засвоєнню теми, розширює кругозір майбутніх педіатрів, знайомить магістрантів з новітніми досягненнями клінічної педіатрії. Об’єктом семінару-екскурсії є педіатричні відділення в клініці. Передбачено відвідування педіатричного кабінету з метою вивчення сучасного стану сімейно-орієнтованої медицини і напрямків педіатричної допомоги;

– **семінар-рефлексія.** Під час проведення такого семінару обговорюються основні результати проведених занять, аналізуються способи освітньої діяльності та особливості отриманої продукції. Студенти коротко висловлюють свої думки щодо порушених питань. Викладач та лідери малих груп фіксують узагальнені та систематизовані результати рефлексії. Потім відбувається колективне обговорення ключових проблем, виявлених під час індивідуальних виступів [167, с. 129].

Під час проведення семінарів різних видів доцільним є використання таких прийомів: постановка питання при викладі матеріалу, включення в нього окремих практичних вправ, ситуаційних завдань, звернення до наочних і технічних засобів навчання, спонукання до ведення записів, створення опорних конспектів тощо.

Упровадження кооперативного навчання сприяє підвищенню академічних результатів студентів; розвитку здатності критично мислити і нестереотипно

сприймати інших людей; забезпеченню позитивного психологічного клімату у групі; прагненню студентів до співробітництва та конструктивної соціалізації; наявності емпатійної реакції, взаємопідтримці, симпатії та дружнім стосункам у колективі; позитивному ставленню студентів до навчання, викладачів та закладу освіти; особистісному зростанню; високому рівню самоповаги та психічного здоров'я, яке виявляється в емоційній врівноваженості, усвідомленні особистісної індивідуальності, прояві довіри, оптимістичному сприйнятті світу й оточення [334].

Під час формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді акцентовано увагу на необхідності активної участі магістрантів у різних формах позааудиторної роботи, мета якої: створення умов для формування об'єктивної самооцінки, вміння спілкуватися з оточуючими, почуття відповідальності й обов'язку, порядності; цілеспрямовано і результативно вирішувати завдання особистісно орієнтованої підготовки студента до професійної діяльності, вдосконалювати пізнавальні інтереси та потреби, формувати звичку до систематичної безперервної роботи над собою, формувати основи особистісно-професійного самоменеджменту [71], тощо. Доведено, що позааудиторна робота повинна мати професійно спрямований характер, що дозволить магістрантам набути первинного практичного досвіду, сформувати навички самостійних дій [34], пошуку власного стилю роботи в команді.

У дослідженні перевага надається тренінгам, завдяки яким магістранти, навчаючись, отримують максимально можливий практичний досвід проведення маніпуляцій і досвід групової підготовки в галузі невідкладної педіатрії, координації роботи в команді та управління ресурсами в кризових ситуаціях. При проведенні тренінгу: створюються умови для формування впевненості майбутніх педіатрів у можливості запровадження набутого досвіду в реальну професійну сферу діяльності; розвиток навичок командної роботи і формування командного духу. Завдання тренінгів реалізуються за допомогою спеціальних вправ.

Особливу роль відіграють інтерактивні вправи, які є невід'ємною частиною сучасного навчання, що дає змогу викладачам і магістрантам „отримувати певну

інформацію систематизовано, мобільно та зручно, з використанням інноваційних технологій у навчанні, зокрема й у процесі вивчення різних дисциплін” [243].

У науковій літературі розроблено цікаві тренінги, якими доцільно послуговуватися у дослідженні (С. Блешмудт [18], О. Колесніченко [292], Л. Петровська [207], І. Приходько [292], І. Прохор [225], К. Фопель [279], С. Чижевський [292], І. Шалімова [295] та ін.). Такі наукові знахідки стали для нас вагомими під час розробки тренінгів.

З метою активізації формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді передбачено тренінги: командний тренінг *„Ефективна взаємодія в команді”* (мета – об’єднання учасників тренінгу в команду; отримання позитивних навичок взаємодії в команді; орієнтація на командну мету; підвищення лояльності до команди; покращення взаємин; покращення комунікації всередині команди), медичний симуляційний тренінг *„Віртуальна симуляційна клініка”*, метою якого є відпрацювання дій при рідкісних патологіях і таких, які загрожують життю хворої дитини; зниження стресу під час перших самостійних маніпуляцій; розвиток умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); розвиток клінічного і логічного мислення; розвиток мислення, заснованого на принципах доказової медицини.

Діагностико-результативний етап. Передбачає контроль, самоаналіз, корекцію недоліків у розвитку досліджуваної готовності; діагностику кінцевого рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді (діагностичний інструментарій описано у підрозділі 2.3). *„Діагностика забезпечує важливий компонент педагогічного процесу – зворотний зв’язок, тобто отримання інформації від студента до викладача, яка свідчить про хід учіння, труднощі й досягнення в оволодінні знаннями, розвиток умінь і навичок, пізнавальних та інших здібностей, якостей особистості в цілому”* [239, с. 13]. Отже, діагностування визначаємо як процес виявлення, оцінювання й аналізу реалізації технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. При цьому кінцевим результатом упровадження

презентованої технології має бути сформована готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Отже, у підрозділі 2.1 було розроблено і теоретично обґрунтовано технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. Її експериментальну перевірку буде здійснено у наступному підрозділі.

2.2. Реалізація технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання

Підрозділ 2.1 дисертаційного дослідження присвячено обґрунтуванню сутності технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. У підрозділі 2.2 представлено сутність етапів реалізації досліджуваної технології, яку було здійснено у процесі формувального етапу експерименту.

Перш за все зазначимо, що реалізація технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання потребувала застосування методологічних підходів (системний, діяльнісний, компетентнісний, особистісно орієнтований, синергетичний, аксіологічний, контекстний, партисипативний, андрагогічного), дотримання певних принципів (студентоцентрованості, особистісного цілеутворення магістранта, інтерактивності, паритетності, доповнення, трансформації й інтеграції, ситуативної обумовленості, діалогізації, толерантності, рефлексії і предзахоплення. флексибільності), а також здійснення попередньої діагностики рівня сформованості у магістрантів готовності до роботи в команді (констатувальний етап педагогічного експерименту). На даному етапі було проведено установчий навчально-методичний онлайн-семінар для викладачів, що здійснюють підготовку майбутніх педіатрів за спеціальністю 223 Педіатрія (мета – оволодіння науково-педагогічними знаннями та навичками формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді), де їм було надано

розроблені навчально-методичні матеріали, розкрито теоретичні положення щодо готовності до роботи в команді, її структури, технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. А також було проведено тренінг „Командний підхід в підготовці майбутніх педіатрів” (мета – засвоєння учасниками теорії і практики формування команд на принципах довіри, відкритості, ефективності комунікацій; формування умінь використання інтерактивних методів навчання під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді) для викладачів, що здійснюють підготовку майбутніх педіатрів за спеціальністю 228 Педіатрія. Програма тренінгу включала три теми: „Командна діяльність – інноваційний напрямок медичної освіти”, „Діалого-дискусійні технології у формуванні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді”, „Фасилітативні техніки у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді”. У процесі тренінгу викладачі сформувавши уявлення про інтерактивні методи навчання, які забезпечують формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді; розвинули вміння використовувати інтерактивні методи навчання в підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді. Програма тренінгу представлена в дод. Д. Допомогу, консультації забезпечували науково-педагогічні працівники кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та інноваційних технологій ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля”. Кураторами формувального етапу експерименту стали доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та інноваційних технологій Н. Волкова та аспірантка М. Карпова.

Зупинимо свою увагу на особливостях реалізації кожного етапу досліджуваної технології.

Мотиваційно-професійний етап. Його реалізація була спрямована на вирішення завдань формування в магістрантів: особистісно-професійного сенсу щодо командної роботи; мотивів і ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість: професійної командної діяльності, потреби в колективних формах і спілкуванні; мотивів самовдосконалення власного рівня готовності до роботи в команді, цінностей та цілей командної взаємодії;

емоційно-ціннісного ставлення до учасників команди та співпраці з ними.

Варто зазначити, що, на наше переконання, вже під час реалізації мотиваційно-професійного етапу технології важливо було не лише показати магістрантам вагомість формування готовності до роботи в команді, а одразу ж стимулювати їх до активної участі в різновидах навчальної, позанавчальної, командної діяльності, оскільки „будь-які наміри чи мотиви, не підкріплені конкретними діями, швидко зникають” [34]. З цією метою викладачі з перших днів навчання магістрантів під час організації освітнього процесу обирали методи і прийоми, які знімали зайву напругу, створювали приємні почуття й радісні переживання, забезпечували відсутність перевантаження і збереження психічного здоров'я особистості, забезпечували наявність пізнавального інтересу, потреби у набутті знань та умінь.

Так, для магістрантів було організовано зустрічі та круглі столи „Таємниці команди. Працюйте ефективно всією командою”, „Командна робота або великі справи не робляться однією людиною”, „Особливості командної роботи в педіатрії”, „Працюйте ефективно всією командою!”) з провідними науково-педагогічними кадрами закладів вищої освіти, які поділилися власним досвідом здійснення командної діяльності, встановлення і підтримки контактів, щоб забезпечити успішну роботу в команді, застосування основних методів і норм соціальної взаємодії для реалізації власної ролі в команді; створення і організації ефективної комунікації в команді, формування лідерських якостей, використання психологічних технологій роботи в команді.

З метою стимулювання до формування готовності до роботи в команді магістрантам пропонувалися вправи („Скринька практичної мудрості”, „Закон джунглів”, „Пляшка”, „Закон гармонії”, „Секрет Джованні”, „Театралізація”, „Допоможіть!” та ін.), що наведено у дод. Ж.

Так, під час виконання вправи „Закон джунглів” майбутні педіатри мали розділитися на дві групи. Учасники обох команд отримали завдання придумати та написати власні правила, які важливі для того, щоб команда була ефективною. Викладач акцентував увагу на тому, що магістранти повинні фіксувати всі ідеї,

що спадають їм на думку; нагадав про те, що приймаються всі думки, немає неправильних рішень і поглядів. На наступний етап магістранти презентували свої проєкти. У таблиці 2.3 запропоновані приклади правил, які пропонували магістранти.

Таблиця 2.3

Правила ефективної команди

<i>Команда I</i>	<i>Команда II</i>
1. Визначення ролі кожного члена команди	1. Бачити позитив у всьому (не витрачай енергію на негатив)
	2. Колективна відповідальність – загальна безвідповідальність
2. Завдання приймаються тільки від керівника (керівник – це роль)	3. Не знаєш – спитай. Не знати – це не погано
	4. Іноді краще зробити кілька справ на „добре”, ніж одне на „відмінно”
3. Тупий олівець краще гострої пам’яті (обов’язкова фіксація інструкцій, завдань тощо)	5. Бачиш тренд, зафіксуй, розкажи іншим
	6. Допомогайте один одному досягати мети
4. Відточуй майстерність	7. Дій в своїх цілях, в цілях команди
5. Повідомляти керівнику про всі проблеми і події для їх якнайшвидшої ліквідації і недопущення їх повторення	8. Час від часу став знак питання до своїх знань
	9. Будь-яку комунікацію закінчувати рішенням або домовленістю
6. Відпочивай, не чекаючи втоми	10. У будь-якій ситуації враховуй думку кожного
7. Не соромся давати і приймати зворотний зв’язок	11. Не створюй велосипед, скористайся успішними практиками
8. Не повинно бути паралельних дискусій (слухати один одного; поважаєте думку один одного)	12. Не соромся просити допомоги. Разом ми сильніші
	13. Формуй правильне враження з першого разу

На завершальному етапі за круглим столом магістранти за допомогою рефлексії акцентували увагу на труднощах, що виникали під час обговорення: відстоювання власної думки; чітке формулювання правила; загальна атмосфера та емоційний стан.

Виконання вправи „Закон гармонії” передбачав міні-виступ викладача, який наголошував на тому, що у цивілізованому соціумі існує неписаний закон гармонії спілкування і міжособистісних відносин: „Дозволяючи собі – дозволяй іншим. Забороняючи іншим – забороняй собі”. Було сконцентровано увагу магістрантів на тому, що виконання цього правила позбавляє людей від взаємних докорів, але поняття норми відносин і спілкування сприймається, розуміється, оцінюється особистістю суб’єктивно. Викладач поставив студентам риторичне питання „Яким же чином контролювати свої дії в тих чи інших ситуаціях спілкування?”. Це питання спонукало майбутніх педіатрів замислитись над тим, що люди не дозволяють іншим підвищувати на них голос, вказувати, критикувати, встановлювати заборони. Разом з тим, вони часом кричать на інших, лають і повчають їх, намагаються обмежити їх дії.

На наступному етапі цієї вправи магістранти розділили аркуш паперу на дві частини („Дозволю собі, забороняючи іншим” і „Забороняю іншим, дозволяючи собі”). У першій колонці майбутні педіатри фіксували вчинки, спрямовані на отримання переваги за рахунок оточуючих; у другій – перераховували, на які дії оточуючих накладаєте заборона, але дозволяється собі.

Під час дебрифінгу викладач з магістрантами намагались знайти відповідь на те, чи варто забороняти собі, бути вільним, щоб мати підстави засуджувати інших, а також чи варто дозволяти собі помилятися, що, забороняючи іншим, ви маєте на це право?

Розглянемо особливості проведення вправи „Знайомство з ким?” [310]. Це проста вправа з побудови команди. У цій вправі кожен член команди записує на двох картках два маловідомих факти про себе. Обрані факти повинні проливати світло на риси особистості або інші особисті сторони життя людини, не розкриваючи відразу особистість людини. Магістрантам повідомлялось, що більш незвичайні або суперечливі питання викликають кращі дискусії. Викладач наводив декілька прикладів таких фактів (наприклад, „Я потрапив до в’язниці під час літніх канікул” або „Я віддав дитину на усиновлення”). Викладач по черзі зачитував картки, а команда намагалась визначити, хто є автором картки. Члени

команди мали можливість вибирати, голосувати або намагатися досягти консенсусу. Завданням магістранта, якого ідентифікували як автора, було промовчати, спробувати ввести команду в оману, або визнати себе автором. Викладач пропонував магістрантам висловити власні почуття, коли їх ідентифікували.

На цьому етапі ефективність виявив *метод коучингу* як метод розкриття потенціалу магістрантів з метою максимального підвищення його ефективності; стимулювання самонавчання й інтересу до навчання, руху до усвідомленості, розвитку сильних сторін, що дозволяє зробити процес викладання більш цікавим і ефективним. Особливого значення для магістрантів набувала позиція викладача, який підтримував діалог, задавав ефективні питання, уважно вислуховував відповіді магістрантів. Під час такого ефективного діалогу відбулося розкриття потенціалу майбутніх педіатрів, підвищилася мотивація до командних форм роботи.

Під час реалізації **змістово-діяльнісного етапу** технології було враховано можливості інтеграції знань різних дисциплін фахової підготовки майбутніх педіатрів („Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби”).

Так, вивчення магістрантами дисципліни „Педіатрія” передбачало акцентування уваги на засвоєнні таких питань: „Онлайн-консультування дітей з респіраторною патологією”, „Підозра на гострий панкреатит у дитини. Вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики”, „Діагностика і лікування пневмонії у новонародженого”, „Операція замінного переливання крові”, „Надання невідкладної медичної допомоги при гострому епіглоттиті у дитини на догоспітальному етапі”. Викладачі реалізовували такі методи навчання: діалогічно-дискусійні (дискусія, мозковий штурм, круглий стіл); імітаційні (case-based-learning, імітаційно-рольові та ділові ігри). Реалізація цих методів навчання забезпечувала безпосередній контакт викладача з аудиторією, формування вміння переконувати, аргументовано доводити свою позицію, а також терпляче слухати і розуміти думку й емоційний стан співрозмовника.

З метою формування ціннісного ставлення магістрантів до формування готовності до роботи в команді доцільними виявилися наступні прийоми: закріплення позитивного враження (підтримка позитивного враження магістрантів від заняття і теми: „Чи відчуваєте ви, що працювали сьогодні не дарма?“, „Наскільки вам було цікаво виконувати завдання?“, „Що в організації навчальних занять ви б залишили без змін?“), уточнення (магістрантам пропонують відповісти на запитання: „Могли б ви пояснити?..“, „Чи правильно я вас зрозуміла, що ви говорите про...?“, „Який сенс ви вкладаєте в фразу...?“, „Чи правильно я вас почула, що...?“). Такі прийоми було використано під час проведення мозкового штурму „Онлайн-консультування дітей з респіраторною патологією”.

Пропонуємо розглянути наш досвід використання *ділових ігор* у формуванні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді. Розкриємо впровадження трьох ділових ігор під час вивчення навчальної дисципліни „Педіатрія”:

1. „*Підозра на гострий панкреатит у дитини. Вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики*” (2 год.) – практичне заняття „Захворювання підшлункової залози у дітей”.

2. „*Діагностика і лікування пневмонії у новонародженого*” (2 год.) – практичне заняття „Лікування пневмонії у дітей, раціональна антибіотикотерапія”.

3. „*Операція замінного переливання крові*” (2 год.) – практичне заняття „Гемолітична хвороба плода та новонародженого”.

Що стосується першої та другої ділових ігор, то вибір тем обумовлений тим, що участь в діагностиці цих ургентних станів можуть приймати лікарі багатьох спеціальностей: педіатрів, інфекціоністів, неонатологів, лікарів швидкої медичної допомоги, дитячих хірургів. Від їх злагодженої командної роботи та взаєморозуміння, в кінцевому підсумку, залежить життя пацієнта.

Завдання означених ділових ігор є: занурення магістрантів в атмосферу інтелектуальної діяльності, гранично близьку до реальної професійної діяльності педіатра при лікуванні дитини в екстремальних умовах; створення спеціальних

умов при правильних і помилкових діях магістрантів, постановка завдань, які передбачають альтернативу; формування уміння створювати оптимальний психологічний клімат при спілкуванні з хворою дитиною, її батьками, колегами.

У грі брали участь від 7 до 9 магістрантів (кількість учасників залежало від обраного сценарію, який імітував реальну життєву ситуацію). Ролі та функції визначалися інструкцією, яку учасник отримував напередодні гри для підготовки. Викладач заздалегідь пропонував майбутнім педіатрам необхідну для підготовки до ділової гри літературу. Роль „батька” або „матері” при цьому виконував викладач. Це обумовлено тим, що викладач при цьому мав можливість за допомогою окремих фраз змінити ситуацію. Наприклад, „мама” сказала: „... Я згадала!! Позавчора у мого сина був рідкий стул, коли він був у бабусі...” або „... син почав кашляти тиждень тому...”. Означені фрази докорінно змінювали діагностичний ланцюжок.

Завданнями викладача при організації зазначених ділових ігор було: сформувати у майбутніх лікарів діагностичні, організаційні та лікувальні навички, які допоможуть їм у майбутньому надавати допомогу дітям з розглянутою патологією; концентрувати увагу магістрантів на реальних труднощах командної роботи: встановлення контакту з схвильованими родичами дитини і колегами, вирішення протиріч в позиціях лікарів щодо визначення раціональної тактики лікування, обґрунтування необхідності госпіталізації дитини, виконання наказів, які можуть суперечити один одному; виступати в якості генератора ситуацій, що відображають імовірнісний характер розвитку подій; направляти розвиток сценарію по найбільш вигідному для досягнення цілей гри напрямку; контролювати ігровий режим, вирішувати проблемні питання гри, оцінювати якість роботи магістрантів.

Метою ділової гри „*Операція замінного переливання крові*” (навчальна дисципліна „Педіатрія”, цикл „Неонатологія”) є оволодіння майбутніми педіатрами під керівництвом викладача навичками надання невідкладної допомоги новонародженим в ситуаціях максимально наближених до дійсності. У сучасній неонатології існують екстрені ситуації, в яких швидке прийняття

рішення і точне виконання маніпуляцій не тільки рятує новонародженого, але й впливає на якість його подальшого життя. Одним з таких станів є білірубінова інтоксикація. Продемонструвати групі студентів операцію замінного переливання крові, тим більше дати можливість виконати цю процедуру кожному студенту не є можливим, тому, що екстрена ситуація, як правило, не прогнозована та потребує швидких злагоджених дій медичного персоналу.

Дана гра за цільовою спрямованістю є ситуаційною та відноситься до ділових ігор з проблемними ситуаціями, які виникають в ході самої гри. За ступенем „закритості” – імітаційна. Метою гри є оволодіння практичними навичками проведення операції замінного переливання крові новонародженої дитини; формування готовності до роботи в команді, оволодіння методами конструктивного вирішення конфліктних ситуацій.

Спочатку магістранти були ознайомлені з організацією проведення гри, інвентарем, який буде застосований. Викладач розподілив майбутніх педіатрів на команди по 3 гравця. Решта магістрантів виконували роль експертів. Такий метод дозволив студентам побачити власні помилки, а решті групі уникнути повторення помилок в ситуаційних завданнях, які вони будуть виконувати, а з іншого – можливість відпрацювання злагоджених командних дій в групі. Разом з тим, багаторазове мануальне й зорове повторення сприяло кращому запам'ятовуванню теми заняття.

Вивчення дисципліни „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія” було збагачене розглядом таких питань: „Командна взаємодія при роботі в відділенні екстреної медичної допомоги”, „Діагностика гострого хірургічного захворювання у дитини”, „Системний підхід при наданні допомоги травмованій дитині”, „Дії медичного персоналу в нетипових ситуаціях”.

Найбільш ефективними з погляду формування готовності до роботи в команді, як показали наші дослідження, виявилися такі форми занять: *семінар-„круглий стіл”* (створення менш формальної обстановки, можливості для особистого включення кожного магістранта у спілкування, підвищення мотивації до командної взаємодії, включення невербальні засоби спілкування); *семінар-*

„панельна дискусія” (спочатку у міні-групах (4–6 учасників) обговорюється проблема специфічності ранньої діагностики захворювання, а потім магістранти висловлюють свої позиції всій групі); *симпозіум* (магістранти виступають з індивідуальними повідомленнями щодо командної взаємодії при роботі в відділенні екстреної медичної допомоги, після чого відповідають на питання аудиторії); *семінар „Акваріум”* (особливий варіант організації обговорення, при якому, після нетривалого групового обміну думками, по одному представникові від команди беруть участь в публічній дискусії); *семінар-взаємонавчання* (розглядається 4–5 тем, але кожен магістрант особливо глибоко вивчає одну проблему; майбутні педіатри сідають попарно відповідно до своєї теми і за визначений час викладають зміст проблеми, обговорюють проблемні моменти, доходять спільної думки; після цього змінюють партнера); *семінар-колоквіум* (проводиться з метою перевірки засвоєння інформації, отриманої на заняттях, повторення і закріплення знань і їх оцінка). Під час проведення занять магістранти у процесі діалогічного спілкування вчилися: обговорювати проблеми, активно приймати участь у колективній пізнавальній діяльності, проявляти свій творчий потенціал, використовувати життєвий досвід, вчилися вести суперечку, відстоювати свою точку зору, володіти способами здійснення логічних операцій.

Особливу зацікавленість у магістрантів викликали динамічна слайд-лекція „Командна взаємодія при роботі в відділенні екстреної медичної допомоги” і практичне заняття „Системний підхід при наданні допомоги травмованій дитині”.

На лекції майбутнім педіатрам були розкриті наступні теми: „Швидка, акуратна, заснована на фізіологічних принципах допомога”, „Підготовка до трансферу для кінцевої допомоги у випадку необхідності”, „Командна взаємодія для оптимальної та безпечної допомоги постраждалій дитині”.

Під час лекції викладачі використовували прийоми і способи, які допомагали підтримувати увагу, інтерес і активність магістрантів до навчального матеріалу, а саме: встановлення більш тісного контакту з аудиторією, використання елементів бесіди, постановка питань „Зрозуміло?”, „Як ви вважаєте?”, „Чому ви так думаєте?” тощо; використання таких тез і питань, як „Прошу звернути увагу”,

„Підкреслюю”, „Розглянемо більш складне питання”; використання ефекту подиву; використання при викладі матеріалу цікавих історичних подій; зв'язок змісту занять з особистим досвідом; створення умов, за яких викладач як би опинився в скрутному становищі, „не знає”, „забув”, як далі діяти, і запрошує магістрантів разом подумати, знайти вихід з положення, що створилося; висновок повідомляється не повністю (або взагалі не робиться) і надає магістрантам можливість зробити його самим.

На практичному занятті „Системний підхід при наданні допомоги травмованій дитині” магістранти характеризували функції членів команди, які надають першу медичну допомогу травмованій дитині у кімнаті травми або реанімаційній зоні. Приклад складу команди, запропонований для аналізу магістрантами подано у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Склад команди медичних працівників при наданні допомоги травмованій дитині у кімнаті травми

<i>Член команди</i>	<i>Функції</i>
Лідер „команди” (лікар-педіатр або лікар з медицини невідкладних станів, хірург травми) (Л)	<ul style="list-style-type: none"> – керує членами команди при наданні допомоги; – призначає ролі та завдання; – приймає рішення про втручання та відділення госпіталізації (відправити додому, відділення невідкладної допомоги, КТ, ангіографія, операційна, морг); – забезпечує проведення первинного та вторинного обстеження; – аналізує дані обстеження та на основі цього визначає стратегію надання допомоги (об’єм, послідовність і т.д.).
Інтенсивіст (політравматолог, лікар з медицини невідкладних станів, анестезіолог, анестезистка) (І)	<ul style="list-style-type: none"> – забезпечує адекватну прохідність верхніх дихальних шляхів; – вентиляцію; – оксигенацію.

Медсестра (М)	<ul style="list-style-type: none"> – реєструє дані обстеження, наприклад життєві ознаки; – моніторить активність у trauma room.
Асистенти (А)	<ul style="list-style-type: none"> – виконують спеціальні завдання: зняття одягу, забезпечення в\в доступу, проведення інфузійної терапії, забір аналізів крові, сечі тощо; – моніторить загальну активність у trauma room.

Наступним завданням майбутніх педіатрів було визначення і схематичне зображення за допомогою комп'ютерної техніки, зон відповідальності членів команди (див. рис. 2.2), взаємодії збору і фіксації інформації (див. рис. 2.3), загального керівництва означеним процесом (див. рис. 2.4).

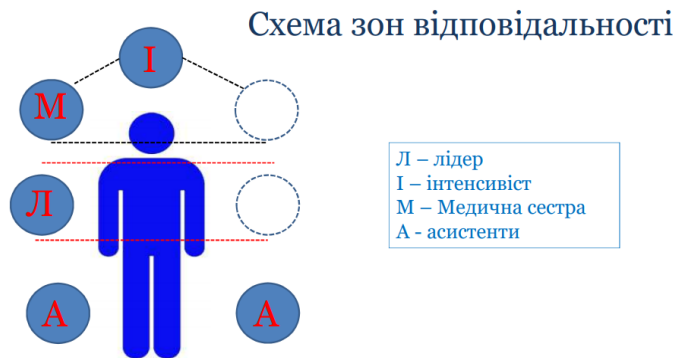


Рис. 2.2. Схема зон відповідальності членів команди при наданні допомоги травмованій дитині у кімнаті травми



Рис. 2.3. Схема взаємодії збору і фіксації інформації членами команди при наданні допомоги травмованій дитині у кімнаті травми



Рис. 2.4. Загальне керівництво процесом при наданні допомоги травмованій дитині у кімнаті травми

Після того як магістранти побудували вищезначені схеми, викладач повідомив їм наступне завдання, яке полягало у тому, що групам необхідно було запропонувати варіант розміщення команди при наданні допомоги травмованій дитині у кімнаті травми. Варіанти запропоновані майбутніми педіатрами подано на рис. 2.5.

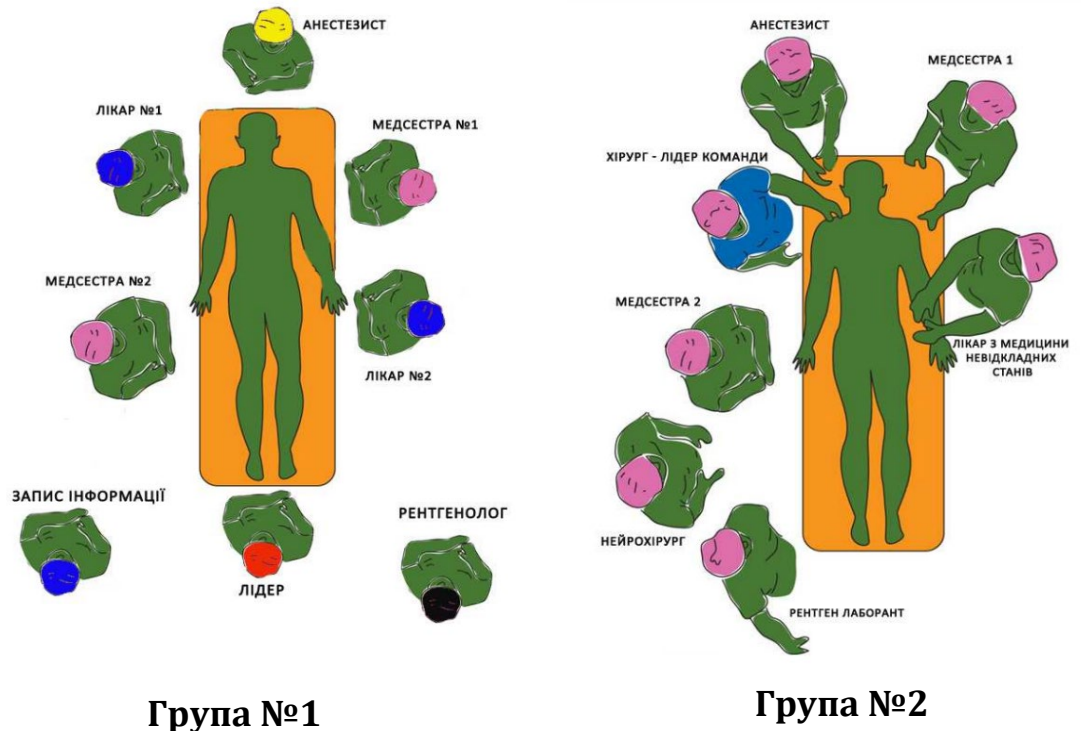


Рис. 2.5. Варіанти розміщення команди при наданні допомоги травмованій дитині у кімнаті травми

Означене практичне заняття сприяло формуванню вмінь працювати в команді та обирати засоби спілкування і способи впливу на партнера по спілкуванню, налагодженню взаємодії в команді, використанню на практиці навичок ефективного спілкування, взаємодії з різними типами опонентів, дотриманню етикету професійного спілкування.

Вивчення дисципліни „Дитячі інфекційні хвороби” було збагачене розглядом таких питань: „Диференціальна діагностика екзантем у дітей”, „Діагностичний алгоритм при паротитній інфекції. Виявлення характерних для епідемічного паротиту змін в органах і тканинах. Лабораторна діагностика”, „Генералізована форма менінгококової інфекції”, „Генералізована форма менінгококової інфекції”, „Надання невідкладної медичної допомоги при гострому епіглотиті у дитини на догоспітальному етапі”, „Невідкладні стани при гострих кишкових інфекціях у дітей”.

Вивчення дисципліни „Внутрішні хвороби” було збагачене розглядом таких питань: „Збір анамнезу захворювання у пацієнта з патологією бронхо-легеневої системи”, „Вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики”, „Діагностика та лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонародженого”.

Цікавою виявилась ділова гра „Консиліум”. Ця ділова гра була спрямована на: формування магістрантами досвіду спілкування в сфері медичної практики; оволодіння соціальними нормами формальної комунікації; формування позитивної установки на впровадження інновацій; коригування індивідуального стилю командної взаємодії; розвиток навичок колективного прийняття рішення в умовах конструктивної взаємодії і співпраці.

Для проведення гри було заздалегідь підготовлено клінічний матеріал: рентгенограми, ЕКГ-плівки, дані лабораторних досліджень, спірограми, результати Ехо-ГК, ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та інше відповідно до клінічної ситуації, щоб за бажанням учасників можна було б їх надати. Роль кожного учасника не обговорювалась попередньо, а випадково, шляхом жеребкування, визначалась у процесі гри. Викладачем було запропоновано наступні ролі: хвора дитина, матір хворої дитини, батько хворої

дитини, лікар приймального відділення, педіатр, кардіолог, пульмонолог, гастроентеролог, ревматолог, гематолог, лікар-діагност, експерт страхової медицини, керівник клініки тощо. Тим магістрантам, які отримали картки „хвора дитина”, „матір хворої дитини”, „батько хворої дитини”, було повідомлено клінічну ситуацію. При огляді „хвора дитина” – капризна, в той час „батьки” повідомили про жалоби дитини. У цьому випадку перевіряється підготовка учасників з роллю батьків з урахуванням викладу необхідної інформації. Наступний етап – огляд „пацієнта”. „Педіатр” використовував найпростіші методи дослідження: загальноклінічне лабораторне дослідження, ЕКГ, рентгенографія органів грудної порожнини. Крім того, він на цьому етапі зупинився на формулюванні попереднього діагнозу та прийняв рішення щодо запрошення вузьких спеціалістів. Кожен запрошений спеціаліст оглядав „пацієнта” з точки зору патології серцево-судинної системи (кардіолог), органів дихання (пульмонолог) тощо. Кожен „лікар” формулював свій діагноз. Колегіально „спеціалісти” прийняли рішення про госпіталізацію пацієнта у відповідне відділення і призначили лікування. Оцінка підготовленості учасників гри на цій стадії була заснована на володінні інформацією про клініку захворювання, вміння вести грамотний діагностичний пошук та трактувати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Нарешті, на останньому етапі гри доповів „страховий експерт”, який з самого початку спостерігав за всіма учасниками і робив відповідні позначки для себе про допущені помилки в роботі спеціаліста кожного рівня. „Страховий експерт” визначав як було проведено діагностику (достатня, надмірна або недостатня кількість досліджень використовувалася, добре чи ні, було призначено лікування тощо). Викладач оцінював роль кожного учасника у дискусійній формі з аудиторією. Слід значити, що подібні ділові ігри можна використовувати для перевірки знань студентів у рамках різних тем.

Під час проведення занять з дисципліни „Внутрішні хвороби” ми послуговувались діалогами і дискусіями. При цьому прагнули залучити весь колектив магістрантів до вивчення теоретичного матеріалу. Намагалися, щоб

підготовка до кожного завдання мала колективний характер, а магістранти не були пасивними слухачами і спостерігачами. Для цього ми використовували різні прийоми кооперативного навчання („акваріум”, „перевернутий клас”, робота в парах (трійках), робота в малих групах), це дало змогу майбутнім педіатрам ретельно та глибоко розкрити окремі аспекти обраних тем. Магістранти під час публічного виступу доповнювали відповіді один одного, що сприяло формуванню культури професійного спілкування.

Наведемо приклад методу „Акваріум” (тема „Діагностика та лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонародженого”), сутність якого полягає в поділі магістрантів на 2–4 групи. Спочатку члени однієї групи розміщувались в центрі аудиторії, утворивши при цьому внутрішнє коло; учасники цієї групи починали обговорювати проблему *діагностики та лікування атрезії дванадцятипалої кишки у новонародженого*, а всі інші спостерігали за обговоренням. Після 3–5 хвилин обговорення група, яка сиділа в колі, займала свої звичні місця, а викладач пропонував аудиторії відповісти на запитання: „Чи погоджуєтесь ви з думкою групи? Чи достатньо вона аргументована? Який з аргументів більш переконливий?”. Наступний етап цього заняття - кожна група по черзі будувала своє обговорення проблеми в „Акваріумі”.

Особливу зацікавленість у магістрантів викликав онлайн-круглий стіл „Мультидисциплінарний підхід до лікування – командна гра на результат” (тема „Вибір оптимальної діагностичної та лікувальної тактики”), проведений з провідними лікарями м. Дніпро, м. Запоріжжя, м. Тернопіль. Серед учасників круглого столу були невролог Л. Кононюк, кардіолог В. Тітаренко, педіатр, дитячий нефролог Г. Сеніна. Магістранти ознайомились з важливістю застосування міждисциплінарного підходу під час лікування хворої дитини, що передбачає взаємодію лікарів багатьох спеціальностей у веденні одного пацієнта.

У другому семестрі увага магістрантів була зосереджена на авторському спецкурсі „Організація командної роботи в медичній організації”, метою якого стало забезпечення загальної теоретичної підготовки майбутніх педіатрів з питань, пов'язаних зі змістом роботи в команді та формування складових

готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів. Зазначимо, що під час викладання спецкурсу використовували *проблемну лекцію, відеоконференцію, лекцію-дискусію, динамічну слайд-лекцію*. Також під час семінарських і практичних занять активно послуговувались інтерактивними завданнями та вправами (див. дод. М.), а також притчами (див. дод. Л).

Наприклад, під час вивчення теми „Медична команда: переваги та недоліки” ми використали групову дискусію „Чи потрібна команда сучасним лікарям? Переваги та недоліки”. Метою цієї дискусії було обговорення поняття „медична команда” та визначення переваг і недоліків створення медичних команд. Викладач пропонував магістрантам наступні запитання: „Опишіть свої уявлення про медичну команду. Чи знайоме вам це поняття?”, „На вашу думку, в чому полягають причини створення медичних команд?”, „У чому різниця між поняттями „група лікарів”, „колектив лікарів” та „команда лікарів”?”.

Під час вивчення спецкурсу вагоме місце було відведене виконанню спеціальних вправ („Історія розвитку вашої команди”, „Цікава історія”, „Ми творимо”, „Дискусія”, „Знайомство з ким? ”, „Місія в Бурунді” та ін.), якими послуговувалися під час вивчення кожної теми спецкурсу залежно від поставлених цілей (дод. Ж). Зазначимо, що даний процес мав обов’язково включати уяву і чуттєвий досвід магістрантів. Особлива роль була відведена вправам, пов’язаним із командоутворенням, які застосовувались з метою підвищення рівня довіри і взаємодопомоги між магістрантами. У результаті застосування методу вправ сприяло засвоєнню магістрантами соціального досвіду командної взаємодії, формування у них системи вмінь і навичок, що забезпечують ефективну роботу в команді. Отже, відбувався розвиток діяльнісно-функціональної складової готовності до роботи в команді.

Цікавим виявився досвід використання рольових ігор та дискусій, які використовувались під час реалізації кооперативного навчання. Магістрантам для обговорення пропонувались наступні теми: взаємодія лікаря і пацієнта, імунізація. На практиці це виглядало у такий спосіб:

1. Тема: *відносини лікар-пацієнт*. Дискусія: які плюси і мінуси наявності

комп'ютерів у кабінеті лікаря і доступу до комп'ютерів для пацієнтів під час спілкування між лікарем і пацієнтом? Рольова гра: підготуйте і проведіть гру, яка демонструє негативний і позитивний зв'язок між лікарем і пацієнтом в клінічних умовах.

2. Тема: *імунізація*. Дискусія: чи слід імунізувати всіх дітей від коклюшу до вступу до школи? Рольова гра: підготувати пробний судовий розгляд в суді. Дитина померла від ускладнення захворювання, від якого вона не була імунізована. Батьки були звинувачені.

Означені вправи забезпечили набуття комунікативних, лідерських та командних навичок майбутніх педіатрів, здатності бачити проблеми з різних точок зору.

Рольові ігри дозволили магістрантам краще зрозуміти відносини між лікарем і пацієнтом; надали їм чітку картину того, яким повинні бути їх відповіді як лікарів в реалістичних, серйозних, складних професійних ситуаціях; навчили працювати у важких умовах, які можуть виникнути, коли майбутні педіатри почнуть власний професійний шлях.

Під час ділових і рольових ігор активно застосовували методи (*„Навчаємось разом”*, *„Пилка”*, *„Пилка-2”*, *„Навчання у команді”*, *метод організації дослідної групової роботи студентів*) і прийоми (*„Три кола цілепокладання”*, *„Три кроки: подумай – поділися з партнером – запропонуй команді”*, *„Placemat”*, *„Нумерація студентів”*) кооперативного навчання. Були сформовані групи, які займалися діагностичною та лікувальною діяльністю. Так, перша група складалась з трьох магістрантів, завдання яких полягало у інтерпретації типових скарг хворої дитини, або її родичів, та певних діагностичних маніпуляцій, методів лікування на загально-лікарняному етапі. При цьому завдання першого магістранта полягало у відображенні типових скарг, анамнезу захворювання та життя при епідемічному паротиті, тобто йому відводилася роль хворого. Другий магістрант виконував роль педіатра, тому він повинен був практично відобразити алгоритм об'єктивного обстеження, постановки діагнозу та призначення лікування, визначивши подальшу тактику відносно результатів обстеження хворої дитини.

Третій магістрант виконував роль лікаря-лаборанта, в обов'язки якого входило детально інтерпретувати загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові. Серед магістрантів також обирався один учасник, який виступав експертом (оцінював доцільність використання тих чи інших методів лікування та діагностики). Після закінчення семінарського заняття члени груп та викладач обговорювали помилки, які були виявлені під час інтерактивної гри. Слід зазначити, що майбутні педіатри мали можливість змінювати роль, по черзі перебуваючи на всіх трьох позиціях.

Для навчання майбутніх педіатрів командній взаємодії нами була використана технологія „*перевернутий клас*”, яка поєднує традиційну форму навчання в медичному ЗВО з інтерактивною. „Перевернутий клас” (flipped classroom) – це педагогічна технологія, яка складається з двох взаємопов'язаних етапів: позааудиторної навчальної діяльності студентів з використанням онлайн-курсів, що включають відеоінструкції викладача, і подальшого аудиторного інтерактивного, переважно командного, навчання. Мета заняття: розробити і впровадити модель інтегрованого „перевернутого класу”, яка забезпечить впровадження інновацій в традиційну медичну освіту.

Розроблена модель складається з трьох взаємопов'язаних етапів. Перший етап – лекційне заняття, яке включає традиційне викладання найбільш значущих аспектів теми і наступний блок командної роботи з використанням оціночних бланків з негайним зворотним зв'язком. Другий етап – онлайн курс для позааудиторної самостійної роботи [157], який включає відеоматеріали для збагачення знань студентів, наприклад, відео концептуальні карти [341], і відеоінструкції для демонстрації алгоритмів набуття практичних умінь і навичок, а також тести для самоконтролю. Третій етап – практичне заняття, на якому здійснюється контроль набутих знань з використанням інтерактивної системи опитування та тестування, обговорення питань, які викликали труднощі, і реалізація активних командних методів навчання, метою яких є досягнення запланованих результатів навчання.

Технологія „перевернутого класу” сприяла формуванню у майбутніх педіатрів готовності до постійного оволодіння новими знаннями, здатності брати на себе відповідальність, працювати в команді та допомагати поєднати інновації, але при цьому не втратити переваг традиційної медичної освіти.

Таким чином, упровадження у навчальний процес майбутніх педіатрів технології „перевернутий клас” та ділової гри забезпечило моделювання багатосторонньої комунікації, що дало можливість врахування багатьох думок, рішень та поглядів на розв’язання проблемної ситуації.

Для навчання майбутніх педіатрів нами були розроблені інтерактивні вправи за допомогою інтернет-сервісу мультимедійних дидактичних вправ LearningApps.org. Так, було розроблено інтерактивне завдання „Рольова структура команди” (тема „Група та команда: поняття та механізм. Основні ознаки команд”) з використанням шаблону „Знайди пару”. У цьому завданні до кожної з ролей потрібно дібрати певні особливості в назві та змісті (рис. 2.6).

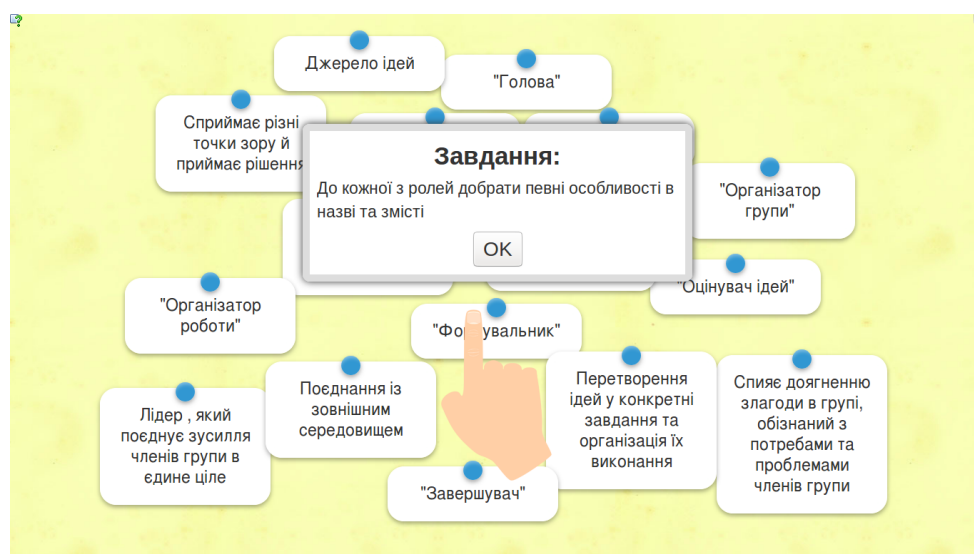


Рис. 2.6. „Рольова структура команди”

Інший шаблон, який ми використали для створення вправи з навчання командній роботі це – „ПАЗЛ”. З допомогою цього шаблону розроблені завдання „Команда” та „Експертна оцінка команди” (рис. 2.7, 2.8)



Рис. 2.7. Вправа „Команда”



Рис. 2.8. „Експертна оцінка команди”

Крім зазначеного, магістрантам було запропоновано підготувати проєкт „Вивчення досвіду роботи медичних команд” (див. дод. П), орієнтований на опрацювання досвіду роботи медичної команди на прикладі клініки Mayo.

Результатом виконання проєкту стали: мультимедійна презентація з інформацією пошукової роботи; рольова гра, базою для якої є досвід закордонної клініки; рекомендації для клінік України, заснований на закордонному досвіді.

До основних переваг запропонованого нами проєкту визначено: інтеграція знань, набутих магістрантами у процесі вивчення різних дисциплін; вирішення реальних професійних завдань і застосування отриманих теоретичних знань на практиці; можливість продемонструвати власні творчі здібності, проявити себе, самоствердитися у навчальному середовищі; підвищення згуртованості студентської команди і рівня відповідальності кожного за доручену справу; набуття майбутнім педіатрами комунікативних навичок, необхідних для роботи в команді; можливість навчитися працювати в умовах невизначеності та долати реальні ризики.

У процесі вивчення навчальних дисциплін „Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби” і спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації” викладачі та магістранти обирали зручний для спілкування вид зв'язку – Zoom, Google Classroom, Telegram, Messenger, Instagram, Viber, e-mail. Під час таких чат-семінарів магістранти брали активну участь, підкріплювали власні відповіді певними аргументами та обґрунтуванням.

Важливою для дослідження стала участь магістрантів у різних формах **позааудиторної роботи** з метою формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Під час позааудиторної роботи ефективними виявились медичний симуляційний тренінг *„Віртуальна симуляційна клініка”* і командний тренінг *„Ефективна взаємодія в команді”*.

Організація медичного симуляційного тренінгу *„Віртуальна симуляційна клініка”* мала декілька особливостей: для проведення занять використовувались навчальні кімнати, обладнані екранами і мультимедійними проекторами; оптимальним числом магістрантів у групі було визначено – 6–8 осіб; тривалість навчання – 6 год. Організація навчання у *„Віртуальній симуляційній клініці”*

відбувалася за такими темами: „Обструкція нижніх дихальних шляхів”, „Закрита черепно-мозкова травма”, „Електротравма”.

Наведемо приклад симуляційного заняття на тему „Обструкція нижніх дихальних шляхів”.

Симуляційне заняття було поділено структурно на 6 етапів:

1. *Вихідне тестування* (15 хв.). На цьому етапі визначався рівень підготовки майбутніх педіатрів за тематикою симуляційного заняття. Викладач за допомогою етапу „вихідне тестування” мав можливість оцінити загальний рівень підготовки магістрантів, виявити найбільш проблемні питання і скорегувати проведення брифінгу. Так, тестування проводилось за допомогою Google Forms (див. рис. 2.9).

Тест «Обструкція нижніх дихальних шляхів»

Опис форми

Прізвище, ім'я

Текст запитання з короткими відповідями

Ефективними додатковими дослідженнями при підозрі на обструкцію нижніх дихальних шляхів є:

Візуалізація грудної клітини за допомогою рентгенографії

Комп'ютерна томографія

Всі відповіді правильні

Остаточний діагноз вимагає проведення _____, що дозволить дослідити дихальні шляхи і оцінити ступінь ураження, характер виділень

діагностичної бронхоскопії

комп'ютерної томографії

діагностичної біопсії

Рис. 2.9. Скріншот тесту „Обструкція нижніх дихальних шляхів” через GoogleForms

2. *Брифінг* (від 30 хв. до 1 год. 30 хв.) продився у формі лекції з елементами дискусії, супроводжувався показом слайдів. Під час брифінгу викладач: розбирав зі студентами причини, клінічні ознаки, невідкладна допомога при гострій обструкції нижніх дихальних шляхів, а також патофізіологічну основу дій членів групи; знайомив з симуляційним обладнанням аудиторії, яка імітує палату медичної установи; розповідав про особливості роботи з цим обладнанням; демонстрував наявні в розпорядженні магістрантів витратні матеріали та медичне обладнання, які можуть знадобитися їм у процесі роботи; характеризував особливості роботи на роботі-симуляторі дитини („анатоμο-фізіологічні” особливості).

3. *Симуляційний тренінг*, який передбачав відпрацювання маніпуляційних навичок на роботі-симуляторі дитини при гострій обструкції нижніх дихальних шляхів. Спочатку викладач демонстрував правильну техніку виконання маніпуляції (виконання прямої ларингоскопії чи бронхоскопії; торакотомія і пряме видалення стороннього тіла при неуспішних трахеобронхоскопічних маніпуляціях; клінічне динамічне спостереження за пацієнтом та обстеження органів черевної та грудної порожнин на предмет механічного пошкодження цих органів після виконання прийому Геймліха) і далі контролював відтворення дій магістрантом. Якщо маніпуляція вимагала наявності двох виконавців (наприклад, бронхоскопії – лікар і медсестра), то при виконанні бронхоскопії двома магістрантами відпрацьовувались уміння, що забезпечують ефективну роботу в команді.

Під час торакотомії до команди були підключені ще магістранти (хірург, анестезіолог), при цьому на перший план виходили питання взаємодії всередині команди. Як правило, на цьому етапі виявляються активні та пасивні члени команди. Тому завданням викладача на цьому етапі було сформувати лідерські якості у пасивних і навчити підпорядковуватись більш пасивних магістрантів.

При відпрацюванні техніки виконання маніпуляції створювались умови, які забезпечували максимальну реалістичність ситуації. Для цього застосовувались додаткові чинники психоемоційного навантаження: деякі магістранти повинні

були грати роль батьків, завданням яких було створювати напружену атмосферу, кричати, постійно щось перепитувати, імітувати плач тощо. Крім того, додатково на психоемоційний стан майбутніх педіатрів впливали такі зовнішні фактори: виття сирени, включені блимавки. Магістранти при цьому повинні були проявити стресостійкість, швидкість та правильність оцінки обстановки.

4. *Дебрифінг*. Цей етап передбачав аналіз симуляційного заняття на основі серії питань. Викладач організував процес дебрифінгу таким чином, щоб магістранти мали можливість сконцентруватись на ключових питаннях і визначили причинно-наслідкові зв'язки подій. Спочатку викладач обґрунтував результати заняття в цілому, а також розібрав помилки і шляхи їх усунення.

Ми спостерігали, що на цьому етапі у майбутніх педіатрів вже накопичилась втома та їх реакція на зауваження не завжди була об'єктивна. Деякі магістранти сприймали сприймати критику як причіпки. Тому викладач намагався організувати дебрифінг не у формі монологу викладача, а у формі керованої дискусії. Ефективність дебрифінгу підвищувалась при наявності демонстрації відеозапису проведеного тренінгу. При перегляді відео магістранти самостійно визначали неточності у своїй роботі, що сприяло закріпленню знань з теми.

Зазначимо, що всі учасники брали активну участь в дебрифінгу, відповідали на запитання викладача, коментуючи при цьому свої дії, розповідали про труднощі, які виникли в процесі програвання клінічного сценарію.

5. *Заключне тестування і підведення підсумків* були спрямовані на оцінку магістрантами і викладачем власних успіхів і невдач.

6. *Анонімне анкетування* передбачало оцінку магістрантами пройденого тренінгу. Відмітимо, що більшість майбутніх викладачів, як правило, оцінили пройдений медичний симуляційний тренінг позитивно і виявили бажання продовжити симуляційне навчання.

Активно послуговувались *стратегією „скеффолдінгу”*, основною характеристикою якої є „згасаюча допомога” з боку викладача в ході самостійної роботи студента. „Скеффолдінг” – це метафора, що описує особливий тип процесу інструктування, яка має місце в ситуаціях взаємодії викладача та

студентів за рішенням навчальних завдань [6, с. 13]. Означена стратегія використовувалась викладачем на початку тренінгу достатньо часто.

Під час медичного симуляційного тренінгу атмосфера була вільною і позитивною. Магістранти мали можливість здобути клінічний досвід у віртуальному середовищі без ризику для пацієнта. Проте основне завдання медичного симуляційного тренінгу було не тільки імітувати реальні умови професійної діяльності в навчанні, але й „забезпечити можливості для відтворення або імітації тих протиріч, з якими стикається фахівець на шляху пізнання та професійної діяльності, сформувати здатність до командної взаємодії” [16, с. 18].

Під час командного тренінгу *„Ефективна взаємодія в команді”* (див. дод. Н) магістранти мали усвідомити необхідність та цінність загальних цілей та роботи на спільний результат; сформувати вміння організовувати сумісну діяльність, визначати особисту роль в команді, вагомість на шляху досягнення загальних цілей; досягати взаєморозуміння, злагодженості членів команди, рольової гнучкості; розкрити потенціал команди в цілому та кожного її учасника; оволодіти технологіями прийняття спільних рішень.

Тренінг включав міні-лекції, дискусії, мозковий штурм, роботу в парах, тренувальні та проєктні вправи, спрямовані на підвищення рівня довіри в групі, виявлення лідерів, формування умінь спілкування в команді, групової підтримки в нестандартних ситуаціях, прийняття ефективних рішень в команді, постановки та вирішення завдань в ситуації конкурентної боротьби, аргументації та переконання, активного слухання, розв’язання конфліктних ситуацій.

Під час проведення тренінгу магістранти були ознайомлені з поняттям „команда” (спільне виділення її сутнісних характеристик, порівняння даного поняття з іншими об’єднаннями людей), динамікою розвитку групи в команді, загальними принципами командної роботи і ефективним спілкуванням в команді, способами розподілу командних ролей в групі, ефективного планування спільної діяльності. Дана інформація надавалася за допомогою *міні-лекцій* „Сутність поняття „команда””, „Командні ролі”, „Зміст та види конфліктів”, *дискусії* „Як ви

вважаєте, в чому цінність спілкування?”, *теоретичних довідок*, зокрема „Навіщо ми потрібні один одному або п’ять видів позитивної взаємозалежності в команді”, „Основні умови ефективної командної роботи”, „Ефективна комунікація як основна умова успіху командної роботи”.

Тренінг включав вправи (див. дод. Ж), які забезпечували формування мотиваційно-ціннісного компонента готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді: „Скринька практичної мудрості” (формування мотивації на подальшу роботу), „Пляшка” (розвиток комунікативних навичок), „Ріпка” (усвідомлення раціональності розподілу командних ролей та обов’язків), „Лампа Аладіна” (розвиток рефлексії, мотивація до подальшої роботи), „Театралізація” (набуття досвіду конструктивної поведінки в конфліктній ситуації, розвиток вміння аналізувати власні дії, пошук конструктивних рішень), „Жахливий секрет” (створення в групі атмосфери довіри і взаємної підтримки), „Допоможіть!” (оцінка взаєморозуміння в команді), „Побоювання” (створення в групі атмосфери довіри), „Дискусія” (розвиток вміння розуміти одне одного, працювати в команді, йти на компроміс, в дискусійній формі актуалізувати основні відмінності групи і команди) та інші.

Крім зазначеного даний тренінг містив тренувальні вправи, які майбутні педіатри виконували за зразком, інструкцією, за завданням без зразка й докладних указівок викладача: „Клубок” (зняття емоційної напруги, навчитися діяти спільно), „Нескінченний ланцюжок” (передбачає формулювання альтернативної позиції стосовно дискусійної проблеми, прогнозування наслідків індивідуальних професійних позицій і рішень для окремих осіб), „Регулювання емоційного напруження” (спрямована на формування навичок вербального регулювання емоційного напруження під час професійного спілкування), „Переговори” (сприяє формуванню вмінь встановлювати контакт з членами команди, створювати сприятливу атмосферу, пробуджувати інтерес до обговорюваного питання).

Після проведення серії вправ обов’язковою була рефлексія: Що відбулося? Що Ви помітили? Що Ви відчували? Що Ви думаєте з приводу даної вправи? Яким чином Ви це зможете використати в професійній діяльності?. Магістранти

мали продовжити фразу: „Чесно кажучи ... ”. Така діяльність сприяла формуванню в учасників навичок самоаналізу.

Після проведення тренінгу варто було виявити його ефективність. Для цього, насамперед, необхідно було виділити певні уміння і навички, які можуть бути розвинені в ході тренінгу „Ефективна взаємодія в команді” та провести їх діагностику до та після тренінгу з метою відстеження динаміки змін. Для діагностики були обрані уміння: організовувати сумісну діяльність, визначати особисту роль в команді; уміння „психологічно вірно” надати допомогу в спілкуванні; уміння досягати взаєморозуміння, злагодженості членів команди; уміння вести діалог та уміння реалізовувати технології прийняття спільних рішень. Дані уміння є складниками діяльнісно-функціонального компоненту готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Отже, можна зробити висновок, що тренінг „Ефективна взаємодія в команді” є інтерактивною технологією навчання, яку можна використовувати у професійній підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Ще однією формою позааудиторної роботи став *семінар-екскурсія*. Під час його реалізації магістранти знайомились з новітніми досягненнями клінічної педіатрії. Об’єктом семінару-екскурсії стали педіатричні відділення державних і приватних клінік м. Запоріжжя, м. Дніпро, м. Тернопіль. Майбутні педіатри відвідували педіатричні кабінети з метою вивчення сучасного стану сімейно-орієнтованої медицини і напрямків педіатричної допомоги.

Діагностико-результативний етап технології було реалізовано наприкінці формувального етапу експерименту. З цією метою здійснено діагностику рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді (діагностичний інструментарій описано у підрозділі 2.3) і виявлено недоліки в рівні сформованості досліджуваної готовності з метою включення магістрантів у самодіагностику, корекційну роботу над собою, власними якостями й поведінкою. Отримані результати наведено у підрозділі 2.3.

2.3. Хід, аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження

З метою підтвердження результативності обґрунтованої і впровадженої технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних технологій навчання на етапі контрольного дослідження нами застосовувалися методи якісного та кількісного аналізу результатів формувального експерименту. Основне завдання констатувального експерименту полягало у виявленні змін рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді в експериментальній та контрольній групах після реалізації розробленої технології, порівняння результатів констатувального та контрольного етапів експерименту.

Базою для проведення цього дослідження стали заклади вищої освіти: ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля”, Запорізький державний медичний університет МОЗ України, ДЗ „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я”, ДЗ „Дніпровська медична академія МОЗ України”, Одеський національний медичний університет, Харківський національний медичний університет МОЗ України. Експериментальне дослідження відбувалося за такими етапами: констатувальний, формувальний і контрольний.

Констатувальний етап експерименту було спрямовано: на вивчення та аналіз стану проблеми дослідження; формулювання гіпотези, мети і завдань; встановлення кількісного і якісного складу учасників експерименту (науково-педагогічні працівники, куратори академічних груп, магістранти, які навчаються за освітньо-професійною програмою „Педіатрія” зі спеціальності 228 Педіатрія); проведення первинної діагностики з метою отримання вихідних даних щодо рівня сформованості готовності до роботи в команді.

Формувальний етап експерименту передбачав здійснення експериментальної перевірки гіпотези, практичне впровадження розробленої і теоретично обґрунтованої технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді

засобами інтерактивних методів навчання.

Тривалість формувального етапу експерименту становила два роки (2018/2020 н. р.). До експерименту було залучено 208 магістранти, які є здобувачами другого (магістерського) рівня зі спеціальності 228 Педіатрія. Вони були поділені на дві групи: експериментальна – 103 осіб; контрольна – 105 осіб (працювала за традиційною навчальною програмою), а також 15 викладачів вказаних закладів вищої освіти.

Контрольний етап експерименту передбачав: моніторинг результатів експериментального дослідження; опис ходу і результатів дослідження; математичну і статистичну обробку даних; експертні оцінювання; оформлення результатів наукового пошуку, визначення перспектив подальших досліджень.

Вірогідність результатів дослідження: забезпечується методологічною і теоретичною обґрунтованістю основних положень дисертаційної роботи; відповідністю методів дослідження його меті й завданням; упровадженням у педагогічну практику основних результатів дослідження; кількісним і якісним аналізом теоретичних та емпіричних здобутків; обговоренням отриманих результатів на засіданнях кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля”, міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях.

Розкриємо сутність розробленої методики діагностики рівня сформованості у магістрантів готовності до роботи в команді.

Діагностика складових готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів відбувалася за допомогою впроваджуваних методик діагностування.

Так, рівень розвитку **мотиваційно-ціннісного критерію** готовності до роботи в команді визначався за такими показниками: *рівень мотивації командної роботи, інтерактивної спрямованості, цінності допомоги і милосердя до інших людей, потреби у конструктивному спілкуванні.*

Оцінювання рівня мотивації командної роботи здійснювалося за допомогою тесту „Формування позитивної групової мотивації” [56, с. 158] (дод. Р.1). Тест містить 25 факторів (позитивних і негативних), які дозволяють оцінити рівень

сформованості мотивації. Магістранти оцінювали ці фактори і обирали відповідний бал (від 7 до 1). Результати діагностування диференціювалися за рівнями: високий рівень мотивації (152–175 балів), достатній рівень мотивації (75–151 балів), низький рівень мотивації (25–74 балів).

Рівень інтерактивної спрямованості виявляли за допомогою методики діагностики інтерактивної спрямованості особистості (Н. Щуркова, Н. Фетіскін) [277], що наводиться у дод. Р.2. Магістрантам необхідно було заповнити анкету з готовими відповідями, позначеними літерами „а”, „b” і „с”. Головна увага акцентувалась на тому, що магістранти повинні були обрати не ту відповідь, яка вважається бажаною або правильною, а ту, яка більшою мірою цінна для респондентів. Кожна відповідь, яка співпала з ключем, оцінювалась в 1 бал. Отримані бали підсумовувались, а сума збігів була показником рівня інтерактивної спрямованості. За результатами виокремлено три рівні інтерактивної спрямованості: 24 бали і вище – високий рівень; 14–23 бали – достатній рівень; 13 балів і менше – низький рівень.

Рівень цінності допомоги і милосердя до інших людей було виявлено за допомогою методики „Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова” [25] наведеної у дод. Р.3. Даний опитувальник спрямований на дослідження особистості та її відносин. Магістранти відповідали на 66 питань. Відповідати потрібно було „так” або „ні”. Ступінь вираженості кожної з ціннісних орієнтацій особистості визначалася за допомогою ключа, представленого у бланку відповідей. Відповідно цьому підраховувалась кількість позитивних відповідей у категорії „допомога і милосердя до інших людей”. Отримані дані диференціювалися за рівнями: високий – (5–6 балів), середній – (3–4 бали), низький – (0–2 бали).

З метою виявлення *рівня потреби у конструктивному спілкуванні* було використано методику Ю. Орлова „Діагностика потреби у спілкуванні” (див. дод. Р.4), яка передбачає відповідь „так” або „ні” на 33 твердження. Кожна відповідь, яка співпала з ключем, оцінювалась в 1 бал. Отримані бали підсумовувались, а сума збігів була показником рівня потреби у спілкуванні. Від

22 до 33 балів – *високий рівень*; від 12 до 21 балів – *достатній рівень*; від 0 до 11 балів – *низький рівень* потреб у спілкуванні.

Загальний рівень розвитку мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів визначався як середнє арифметичне кількісних значень кожного показника даного критерію.

Визначення **когнітивного критерію** здійснювалося завдяки виявленню у магістрантів рівня знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді як середнє арифметичне значення коефіцієнтів обсягу, повноти й глибини засвоєння знань.

Повнота знань характеризується її обсягом, якістю окремих одиниць, а глибина – кількістю усвідомлених магістрантами причинно-наслідкових зв'язків між знаннями. З метою перевірки повноти відповідних знань послуговувалися такою формулою [186]:

$$K_n = \frac{N + N_1 \cdot 0,8}{N_0}, \quad K_n < 1$$

де

K_n – коефіцієнт засвоєння знань;

N_0 – можлива кількість повних і правильних відповідей магістрантів;

N – кількість правильних і повних відповідей;

N_1 – кількість правильних і неповних відповідей.

Якщо елементи знань засвоєні у повному обсязі, то $K_n=1$. За умови відсутності результату $K_n = 0$.

Глибина засвоєння змісту знань щодо знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді визначалася на основі встановлення причинно-наслідкових зв'язків (установлені повністю, частково, не встановлені) за формулою:

$$R_n = \frac{R + R_1 \cdot 0,8}{R_0}, \quad R_n < 1$$

де

R_n – глибина засвоєння змісту;

R_0 – можлива кількість правильно виділених причинно-наслідкових зв'язків;

R_1 – кількість правильних і неповно виділених причинно-наслідкових зв'язків.

Під час проведення дослідження діагностовано рівень осмислення відповідних знань і встановлення зв'язку між знаннями та вміннями здійснення певної діяльності. Із цією метою послуговувалися такою формулою:

$$K_{\text{порівняння}} = \frac{N_1}{N_2},$$

де

$K_{\text{порівняння}}$ – коефіцієнт ступеня порівняння (знаходження ознак подібності або відмінності);

N_1 – кількість виділених подібних ознак відмінності;

N_2 – загальна кількість ознак.

Загальний рівень когнітивного критерію визначався як середнє арифметичне кількісних значень кожного з вищезазначених показників. Було виокремлено три рівні: низький ($K_1 < 0,7$); достатній ($0,7 < K_2 \leq 0,9$); високий ($0,9 < K_3 \leq 1$).

Діяльнісно-функціональний критерій визначався за рівнем розвитку у майбутніх педіатрів умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні). Діагностика рівня розвитку у магістрантів вищезазначених умінь здійснювалася експертами, у ролі яких виступили майбутні педіатри (самооцінювання) та викладачі закладів вищої освіти з начальних дисциплін Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби” та спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації” (всього було залучено 5 викладачів-експертів).

Експертами для оцінювання рівня розвитку відповідних видів умінь використовувались наступні методи: самоаналіз (експерт-студент) і експертне спостереження (експерти-викладачі). Так, майбутнім педіатрам пропонувалась авторська методика „Шкала самооцінки рівня розвитку умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді” (див. дод. С.1), а викладачам авторська методика

„Шкала оцінки експертами-викладачами рівня розвитку умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді” (див. дод. С.2). Експерти визначали рівень розвитку кожного виду умінь (всього 20) за 5-бальною шкалою від 1 (найнижчий рівень) до 5 (найвищий рівень), де „5” – виявляються постійно; „4” – виявляються часто; „3” – виявляються випадково; „2” – виявляються рідко; „1” – невиразні, випадкові. Щоб визначити загальний рівень розвитку умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді експерти підсумовували бали.

Рівень розвитку умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді виражається відповідним коефіцієнтом ($K_{роз}$), який вираховувався за формулою:

$$K_{роз} = \frac{n}{a}, \quad \text{де}$$

$K_{роз}$ – коефіцієнт розвитку умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді магістрантами;

n – кількість набраних за оцінкою експертів балів з усіх можливих;

a – максимальна кількість можливих балів.

Межі коефіцієнта розвитку у майбутніх педіатрів умінь, які що забезпечують ефективну роботу в команді наведено в табл 2.5.

Таблиця 2.5

Значення коефіцієнта розвитку умінь	Рівень
$0,8 \leq K_{роз} \leq 1$	Високий
$0,5 \leq K_{роз} \leq 0,79$	Достатній
$0,2 \leq K_{роз} \leq 0,49$	Низький

Особистісний критерій діагностували за такими показниками: *доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність.*

Для діагностики *доброзичливості* було використано Діагностика доброзичливості (за шкалою Д. Кемпбелла) – дод. Т.1. За даною методикою результати, що дорівнюють 6 балам або більші за 6, свідчили про високий рівень доброзичливого ставлення до інших. Фахівець з такими балами переважно

схильний проявляти зацікавленість та ініціативу у спілкуванні, підтримувати, захоплювати і хвалити співрозмовника. Результати 6 балів і вище – високий рівень доброзичливого ставлення до інших; в межах від 3 до 5 балів – індикатори достатнього рівня доброзичливості. Низькі результати – менше 2 балів – засвідчують низький рівень розвитку доброзичливості.

З метою діагностування *толерантності* було використано експрес-опитувальник „Індекс толерантності” (Г. Солдатова, О. Кравцова, О. Хухлаєв, Л. Шайгерова [253]) – дод. Т.2, призначену для виявлення готовності постійно і з гідністю сприймати будь-яку особистість або подію. Рівень толерантності визначався за такими показниками: 132–100 бали – високий рівень толерантності; 99–61 – достатній рівень; 60–22 – низький рівень толерантності.

Для визначення рівня *соціальної активності* послуговувалися методикою „Вимір соціальної активності академічної групи” (тест Ю. Платонова) [212] (адаптовано М. Карповою) – дод. Т.3, яка призначена для оцінки готовності групи до досягнення групових цілей в процесі спільної взаємодії; активного, зацікавленого дієвого відношення членів групи до соціальної взаємодії; чуттєвого ставлення до членів групи; задоволеності членів групи ступенем реалізації висунутих цілей, здатності групи узгоджено і швидко мобілізувати емоційно-вольовий потенціал для протидії різного роду деструктивних впливів; здатності групи до спільного досягнення результату діяльності, до створення відносин взаємодопомоги і підтримки; рівня прояву спільності, єдності цілей та інтересів, внутрішньогрупових норм і традицій; рівня самоорганізації групи, ступінь старанності, дисципліни, вимогливості до себе та інших. Рівень розвитку соціальної активності визначався за такими показниками: 356 балів і вище – високий рівень розвитку соціальної активності, від 170 до 355 балів – достатній рівень розвитку соціальної активності; 170 і менше балів – низький рівень розвитку соціальної активності.

Для діагностики *стресостійкості* було використано тест „Аналіз стилю життя” (Бостонський тест на стресостійкість) [301] – дод. Т.4. За даною методикою майбутнім педіатрам необхідно було відповісти на питання, виходячи

з того, наскільки часто ці твердження вірні для них. Рівень стресостійкості визначався за такими показниками: високий – менше 15 балів – висока стійкість до стресових ситуацій; достатній – від 15 до 40 балів – нормальний рівень стресу; низький – більше 40 балів – висока вразливість до стресу.

З метою діагностування *комунікабельності* було використано методика „Оцінка рівня комунікабельності” (В. Ряховського [226]) – дод. Т.5, призначену для оцінки рівня товарищкості, комунікабельності майбутніх педіатрів, їх здатності встановлювати, підтримувати і зберігати хороші особисті та ділові взаємини з оточуючими людьми. Рівень комунікабельності визначався за такими показниками: високий рівень (19–24 бали – достатня міра товарищкості; 14–18 балів – студент з нормальним рівнем комунікабельності); достатній рівень (25–29 балів – респондент характеризується замкнутістю, мовчазністю, віддає перевагу самотності, тому у нього мало друзів; 9–13 балів – респондент достатньо товарищкий (іноді навіть понад міру); 4–8 балів – такий респондент, швидше за все, „хлопець-друга”); низький рівень (30–32 бали – особистість характеризується відсутністю комунікаційних навичок; 3 бали і менше – комунікабельність респондента носить нездоровий характер).

Критерії, показники та рівні сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, методи діагностики наведено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Критерії, показники і рівні сформованості складових готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді за методикою діагностики

Методика діагностики	Показники	Рівень		
		Високий	Достатній	Низький
<i>Мотиваційно-ціннісний критерій</i>				
Тест „Формування позитивної групової мотивації” [56]	Мотивація до командної роботи	152–175 балів	75–151 балів	25–74 балів
Методика діагностики інтерактивної спрямованості особистості (Н. Щуркова, Н. Фетіскін) [277]	Інтерактивна спрямованість	24 бали і вище	14–23 бали	13 балів і менше

Закінчення табл. 2.6

Методика „Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова” [25]	Цінність допомоги і милосердя до інших людей	5–6 балів	3–4 бали	0–2 бали
Методику „Діагностика потреби у спілкуванні” (Ю. Орлов)	Потреба у конструктивному спілкуванні	22 до 33 балів	12 до 21 балів	від 0 до 11 балів
<i>Когнітивний критерій</i>				
Метод експертних оцінок	Обсяг, повнота й глибина засвоєння знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді	від 0,9 до 1	від 0,7 до 0,9	менше 0,7
<i>Діяльнісно-функціональний критерій</i>				
Метод експертних оцінок	Уміння, що забезпечують ефективну роботу в команді	від 0,8 до 1	від 0,5 до 0,79	від 0,2 до 0,49
<i>Особистісний критерій</i>				
Діагностика доброзичливості (за шкалою Д. Кемпбелла) [157]	Доброзичливість	6 балів і вище	від 3 до 5 балів	менше 2 балів
Експрес-опитувальник „Індекс толерантності” (Г. Солдатова, О. Кравцова, О. Хухлаєв, Л. Шайгерова [253])	Толерантність	132–100 балів	99–61 бал	60–22 бали
Методика „Вимір соціальної активності академічної групи” (тест Ю. Платонова) [212] (адаптовано М. Карповою)	Соціальна активність	356 балів і вище	від 170 до 355 балів	170 і менше балів
Тест „Аналіз стилю життя” (Бостонський тест на стресостійкість) [301]	Стресостійкість	менше 15 балів	від 15 до 40 балів	більше 40 балів
Методику „Оцінка рівня комунікабельності” (В. Ряховського [226])	Комунікабельність	19–24 бали, 14–18 балів	25–29 балів, 9–13 балів, 4–8 балів	30–32 бали, 3 бали і менше

Наведемо результати діагностики рівнів сформованості готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів, отримані під час констатувального й контрольного етапів експерименту з метою з’ясування ефективності реалізації на практиці технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами

інтерактивних методів навчання.

Щодо констатувального етапу, то діагностика *мотиваційно-ціннісного* критерію готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів потребувала дослідження низки показників: рівень мотивації командної роботи; рівень інтерактивної спрямованості; рівень цінності допомоги і милосердя до інших людей; рівень потреби у конструктивному спілкуванні.

Результати діагностики рівнів розвитку складових мотиваційно-ціннісного критерію наведено у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Рівень розвитку складових мотиваційно-ціннісного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді

Рівень	Група			
	КГ (105 осіб)		ЕГ (103 особи)	
	Кількість	%	Кількість	%
Мотивація командної роботи				
Високий	21	20	20	19,42
Достатній	35	33,33	37	35,92
Низький	49	46,67	46	44,66
Інтерактивна спрямованість				
Високий	22	20,95	21	20,39
Достатній	37	35,24	40	38,83
Низький	46	43,81	42	40,78
Цінність допомоги і милосердя до інших людей				
Високий	23	21,9	22	21,36
Достатній	40	38,1	39	37,86
Низький	42	40	42	40,78
Потреба у конструктивному спілкуванні				
Високий	21	20	24	23,3
Достатній	47	44,76	40	38,84
Низький	37	35,24	39	37,86

Аналізуючи дані, зазначимо, що на констатувальному етапі експерименту за результатами тесту „Формування позитивної групової мотивації” виявлено, що лише 21 магістрант (20%) контрольної групи та 20 (19,42%) експериментальної групи мають високий рівень мотивації командної роботи. Для них характерне стимулюванням себе та інших людей до досягнення певних успіхів в процесі командної діяльності, тривале виконання обов'язків, пов'язаних з командною роботою. Достатній рівень зазначеної потреби виявлено у 35 (33,33%) магістрантів КГ та 37 (35,92%) ЕГ відповідно. Низький рівень переважає у 49 (46,67%) магістрантів КГ та 46 (44,66%) у ЕГ.

За результатами дослідження рівня інтерактивної спрямованості (Методика діагностики інтерактивної спрямованості особистості (Н. Щуркова, Н. Фетіскін) [277]) виявлено, що високий рівень інтерактивної спрямованості (орієнтація, прагнення підтримувати гарні відносини з членами команди в навчальній та професійній діяльності) має незначна кількість магістрантів контрольної та експериментальної груп, відповідно 22 (20,95%) та 21 (20,39%), достатній рівень мають 37 (35,24%) магістрантів КГ та 40 (38,83%) ЕГ, низький – 46 (43,81%) КГ та 42 (40,78%) ЕГ.

Для з'ясування рівня цінності допомоги і милосердя до інших людей використано методику „Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова” [25]. За результатами аналізу виявлено лише 21,9% магістрантів контрольної групи та 21,36% магістрантів експериментальної групи, що продемонстрували високий рівень цінності допомоги і милосердя. Достатній рівень зазначеної цінності виявлено у 40 (38,1%) магістрантів КГ та 39 (37,86%) – ЕГ відповідно. Низький рівень переважає у 42 (40%) магістрантів КГ та 42 (40,78%) – ЕГ.

Діагностування рівня потреби у конструктивному спілкуванні здійснювалося за допомогою методики „Діагностика потреби у спілкуванні” (Ю. Орлов). На підставі аналізу отриманих результатів встановлено, що 21 (20%) магістрант КГ та 24 (23,3%) ЕГ виявили високий рівень потреби у конструктивному спілкуванні. Достатній рівень продемонстрували 47 (44,76%) магістрантів КГ та 40 (38,83%)

ЕГ. Низький рівень виявлено у 37 (35,24%) магістрантів КГ та 39 (37,86%) ЕГ.

Узагальнені результати рівня розвитку мотиваційно-ціннісного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, виявленого під час проведення констатувального етапу експерименту, наведено у табл. 2.8 і рис. 2.10.

Таблиця 2.8

Рівень розвитку мотиваційно-ціннісного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді

Рівень	Група			
	КГ (105 осіб)		ЕГ (103 особи)	
	Кількість	%	Кількість	%
Високий	22	20,71	22	21,12
Достатній	40	37,86	39	37,86
Низький	43	41,43	42	41,02

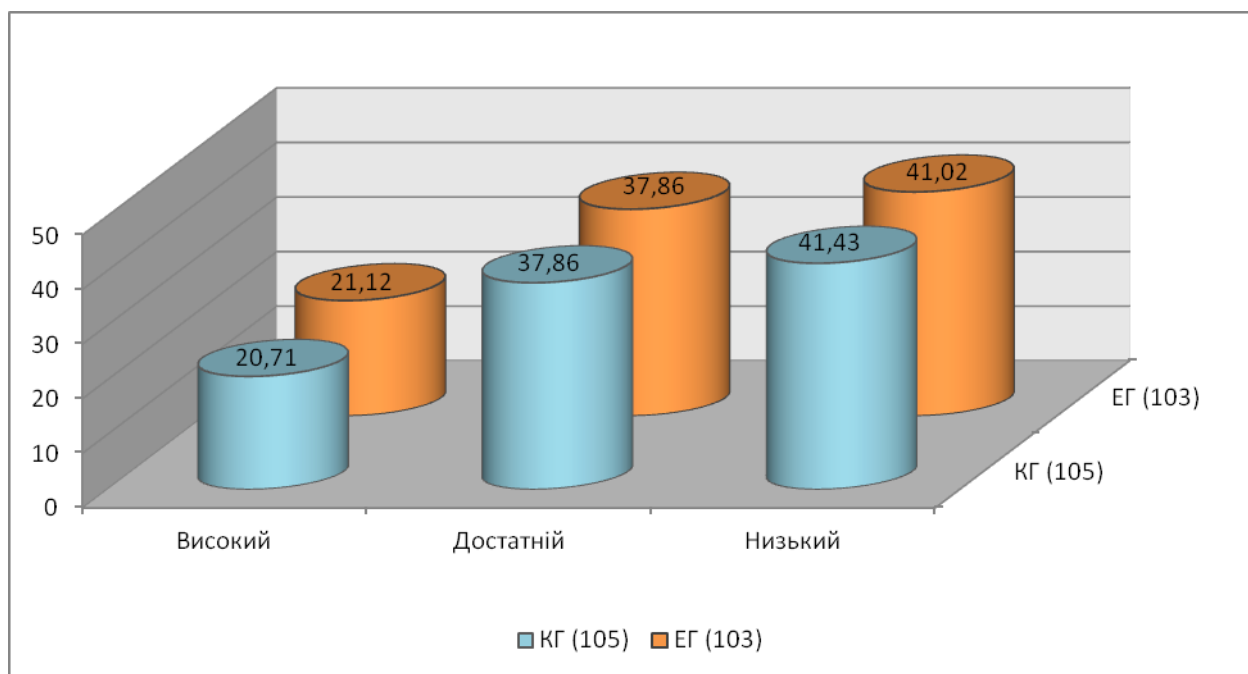


Рис. 2.10. Показник мотиваційно-ціннісного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді магістрантів контрольних та експериментальних груп на констатувальному етапі (у %)

Окремо відзначимо, що високий рівень розвитку мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді виявлено лише у 20,71% магістрантів КГ та у 21,12% – магістрантів ЕГ. Щодо достатнього рівня, то його продемонстрували 37,86% магістрантів КГ та 37,86% – в експериментальній групі. Низький рівень виявлено у 41,43 та 41,02% магістрантів відповідно.

Наступним завданням констатувального етапу експерименту стало виявлення рівня розвитку когнітивного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді (визначається як середнє арифметичне значення коефіцієнтів обсягу, повноти й глибини засвоєння знань). Вихідні дані щодо показників когнітивного критерію готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп наведено у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Вихідні дані щодо показників когнітивного критерію готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп

Група	Рівень розвитку складових когнітивного критерію					
	Високий		Достатній		Низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Повнота засвоєння знань</i>						
Контрольна	25	23,81	30	28,57	50	47,62
Експериментальна	26	25,24	30	29,13	47	45,63
<i>Міцність засвоєння знань</i>						
Контрольна	24	22,86	33	31,43	48	45,71
Експериментальна	22	21,36	36	34,95	45	43,69
<i>Коефіцієнт ступеня порівняння</i>						
Контрольна	21	20	36	34,29	48	45,71
Експериментальна	19	18,45	34	33,01	50	48,54

Аналізуючи дані, наведені в табл. 2.9, зазначимо, що 25 (23,81%)

магістрантів КГ та 26 (25,24%) ЕГ на підставі аналізу контрольних робіт, бесід продемонструвати повні знання щодо сутності понять „команда”; „командоутворення”, „командна взаємодія”, „робота в команді”, відмінностей індивідуальної роботи від роботи в команді; типології, функцій, тактик командної взаємодії тощо. Достатній рівень виявлено у 30 (28,57%) магістрантів КГ та 30 (29,13%) – ЕГ. Низький рівень за показником „повнота засвоєння знань” показали 50 (47,62%) магістрантів КГ та 47 (45,63%) – ЕГ.

Щодо міцності засвоєння знань, то виявлено такі результати: високий рівень показали 24 (22,86%) магістрантів КГ та 22 (21,36%) – ЕГ; достатній – 33 (31,43%) магістрантів КГ та 36 (34,95%) – ЕГ; низький – 48 (45,71%) магістрантів КГ та 45 (43,69%) – ЕГ.

Діагностика рівня осмислення знань магістрантів і встановлення зв'язку між знаннями та вміннями здійснення командної діяльності дозволила виявити такі значення коефіцієнта ступеня порівняння: високий рівень – 21 (20%) магістрантів КГ та 19 (18,45%) – ЕГ; достатній – 36 (34,29%) магістрантів КГ та 34 (33,01%) – ЕГ; низький – 48 (45,71%) магістрантів КГ та 50 (48,54%) – ЕГ. Отримані результати ще раз продемонстрували необхідність цілеспрямованої роботи з формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді. Узагальнені результати наведено у табл. 2.10 і рис. 2.11.

Таблиця 2.10

Рівні розвитку когнітивного готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп

Рівень	Група			
	КГ (105 осіб)		ЕГ (103 особи)	
	Кількість	%	Кількість	%
Високий	23	22,22	22	21,68
Достатній	33	31,43	33	32,36
Низький	49	46,35	48	45,95

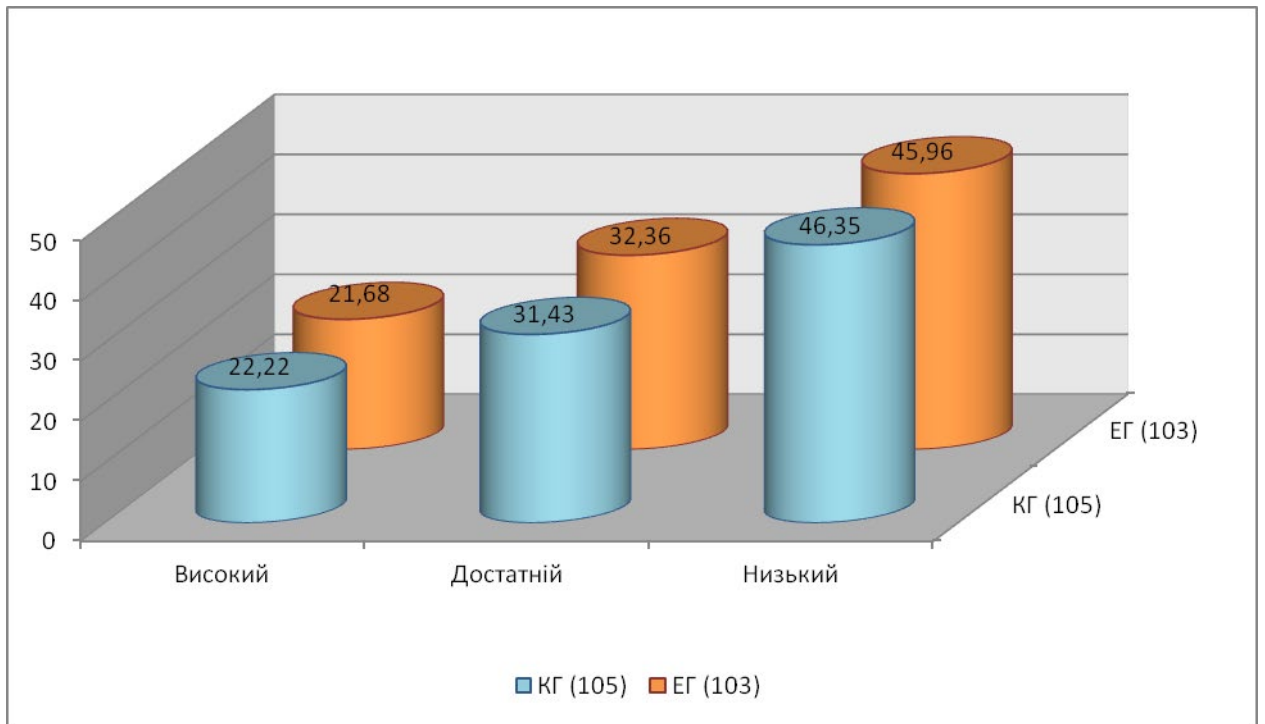


Рис. 2.11. Показник когнітивного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді магістрантів контрольних та експериментальних груп на констатувальному етапі (у %)

Аналіз даних табл. 2.10 і рис. 2.11 показав, що на початку експерименту магістранти показали досить низькі результати діагностики когнітивного критерію. Майже половина респондентів виявили низький рівень знань щодо змісту та особливостей реалізації командної роботи в сфері медицини.

Оснoву діяльнісно-функціонального критерію становила сукупність умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні). Діагностика рівня розвиненості у магістрантів умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді здійснювалася викладачами ЗВО (група експертів – 5 викладачів), які протягом навчального року спостерігали за магістрантами, здійснювали опитування, заповнювали аналітичні карти рівня сформованості умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді; підсумовували самооцінки магістрантів щодо розвитку зазначених умінь. Отримані результати наведено у табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Вихідні дані щодо сформованості умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп

Група	Рівень					
	Високий		Достатній		Низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Комунікативні уміння</i>						
Контрольна	22	20,95	40	38,1	43	40,95
Експериментальна	23	22,33	41	39,81	39	37,86
<i>Організаційно-координувальні уміння</i>						
Контрольна	19	18,1	34	32,38	52	49,52
Експериментальна	17	16,5	36	34,95	50	48,54
<i>Перцептивно-регулятивні уміння</i>						
Контрольна	19	18,1	32	30,48	54	51,43
Експериментальна	20	19,42	35	33,98	48	46,6
<i>Предметно-інформаційні уміння</i>						
Контрольна	23	21,9	38	36,19	44	41,9
Експериментальна	21	20,39	40	38,83	42	40,78

Аналізуючи дані табл. 2.11, можемо відзначити, що рівень сформованості досліджуваних груп умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді – різний. Найбільш розвинутими у магістрантів виявилися комунікативні та предметно-інформаційні уміння. Високий рівень встановлено у 22 (20,95%) магістрантів КГ та 23 (22,33%) – ЕГ (комунікативні уміння), 23 (21,9%) магістрантів КГ та 21 (20,39%) – ЕГ (предметно-інформаційні уміння). Натомість більшість магістрантів продемонстрували низький рівень сформованості зазначених умінь: 43 (40,95%) магістрантів КГ та 39 (37,86%) – ЕГ (комунікативні уміння); 44 (41,9%)

магістрантів КГ та 42 (40,78%) – ЕГ (предметно-інформаційні уміння).

Щодо організаційно-координувальних умінь, то виявлено, що лише 19 (18,1%) магістрантів КГ та 17 (16,5%) – ЕГ володіють на високому рівні даними уміннями, демонструють високий рівень їх сформованості під час роботи в команді. Відзначено той факт, що 49,52% магістрантів КГ та 48,54% ЕГ показали низький рівень сформованості організаційно-координувальних умінь, тому майже не виявляють їх під час роботи в команді.

Аналогічну ситуацію спостерігали під час діагностики перцептивно-регулятивних умінь (позитивно-стійко сприймати „значущого іншого” на основі емпатії, толерантності, довіри, встановлювати продуктивно-комфортні „суб’єкт-суб’єктні” ділові відносини, абстрагуватися від особистих симпатій/антипатій, пристосовуватись до стресових впливів, знаходити компроміси і шляхи вирішення конфліктних ситуацій, відповідно обраної стратегії обирати доцільну тактику роботи в команді, виражати довіру команді). Майже половина досліджуваних магістрантів мають низький рівень розвитку даних умінь (51,43% – КГ; 46,6% – ЕГ). 32 (30,48%) магістрантів КГ та 35 (33,98%) ЕГ володіють окремими перцептивно-регулятивними уміннями, проте не завжди можуть виявити їх під час роботи в команді. Високий рівень перцептивно-регулятивних умінь виявлено лише у 18,1% магістрантів КГ та 19,42% – ЕГ.

Узагальнені результати діагностики діяльнісно-функціонального критерію наведено у табл. 2.12 і рис. 2.12.

Таблиця 2.12

Рівні сформованості діяльнісно-функціонального критерію готовності магістрантів до роботи в команді контрольної та експериментальної груп

Рівень	Група			
	КГ (105 осіб)		ЕГ (103 осіб)	
	Кількість	%	Кількість	%
Високий	21	19,76	20	19,66
Достатній	36	34,29	38	36,89
Низький	48	45,95	45	43,45

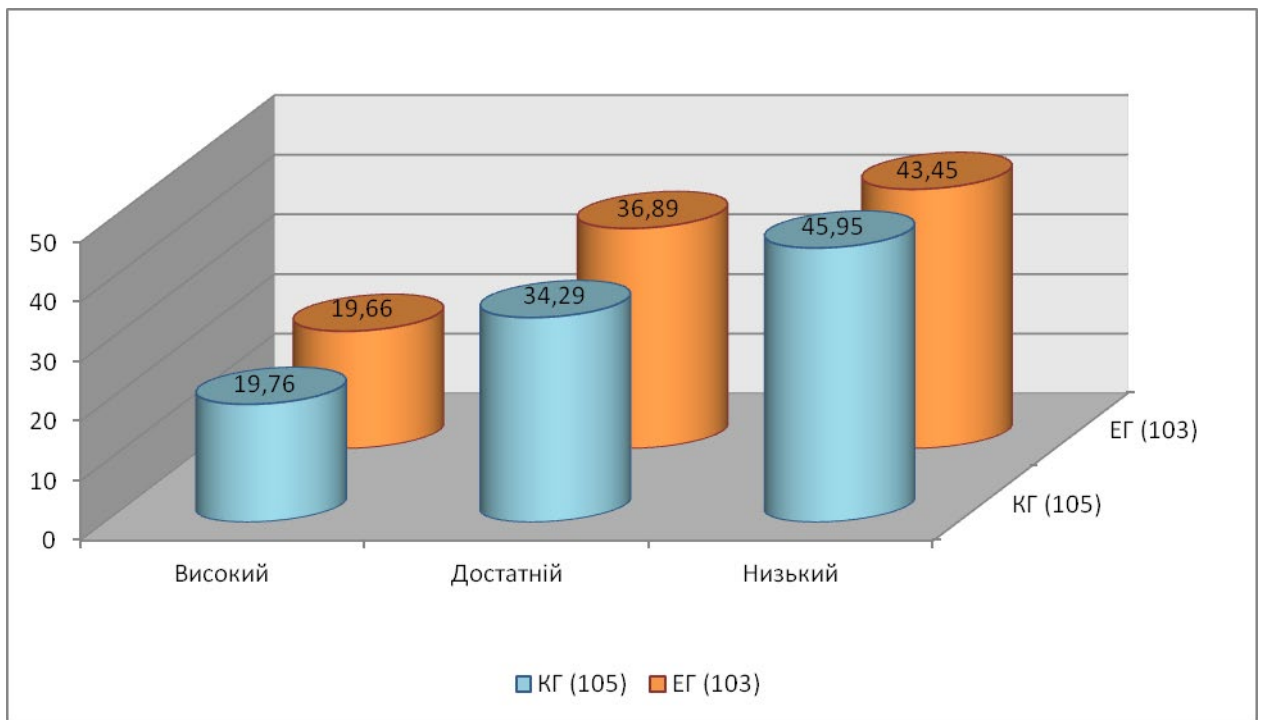


Рис. 2.12. Показник діяльнісного-функціонального критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді магістрантів контрольних та експериментальних груп на констатувальному етапі (у %)

Узагальнюючи отримані результати, можемо констатувати, що високий рівень розвиненості умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді виявлено у 19,76% магістрантів КГ та 19,66% – ЕГ. Магістранти продемонстрували володіння уміннями, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), високий рівень їх розвитку під час роботи в команді. Досить значні показники низького рівня сформованості умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді виявлено у магістрантів як контрольної 48 (45,95%), так і експериментальної 45 (43,45%) груп. Отримані результати підтвердили необхідність упровадження технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Важливим для дослідження було виявлення рівня розвитку **особистісного критерію**, який діагностували за показниками рівнів сформованості доброзичливості, толерантності, соціальної активності, стресостійкості,

комунікабельності (табл. 2.13). Результати діагностики доброзичливості [277] дозволили встановити, що високий рівень розвитку досліджуваного феномена показали 23 (21,9%) магістрантів КГ та 21 (20,39%) – ЕГ. Магістранти з таким балом більшою мірою схильні сприяти благополуччю інших, орієнтовані на вираження добра.

Таблиця 2.13

Вихідні дані щодо розвитку особистісного критерію готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп

Група	Рівень					
	Високий		Достатній		Низький	
	К	%	К	%	К	%
<i>Доброзичливість</i>						
Контрольна	23	21,9	40	38,1	42	40
Експериментальна	21	20,39	38	36,89	44	42,72
<i>Толерантність</i>						
Контрольна	21	20	36	34,29	48	45,71
Експериментальна	20	19,42	37	35,92	46	44,66
<i>Соціальна активність</i>						
Контрольна	19	18,1	33	31,43	53	50,48
Експериментальна	18	17,48	36	34,95	49	47,57
<i>Стресостійкість</i>						
Контрольна	17	16,19	32	30,48	56	53,33
Експериментальна	19	18,45	30	29,13	54	52,43
<i>Комунікабельність</i>						
Контрольна	23	21,9	38	36,19	44	41,9
Експериментальна	22	21,36	36	34,95	45	43,69

Достатній рівень виявили 40 (38,1%) магістрантів КГ та 38 (36,89%) – ЕГ, низький рівень показали 42 (40%) респондентів КГ та 44 (42,72%) – ЕГ, що виявляється в тому, що їм складно сприймати і розуміти кожен особистість, не готові до співпраці.

Толерантність, що репрезентується в терпимості, повазі до чужої думки показали 21 (20%) магістрантів КГ та 20 (19,42%) – ЕГ, які виявили високий рівень активного ставлення, що формується на основі визнання універсальних прав і основних свобод людини. Низький рівень толерантності виявлено у 48 (45,71%) магістрантів КГ та 46 (44,66%) – ЕГ.

Діагностика соціальної активності тобто здатності до цілеспрямованої взаємодії з середовищем, показала, що її високий рівень виявлено у 19 (18,1%) магістрантів КГ та 18 (17,48%) – ЕГ, достатній – у 33 (31,43%) магістрантів КГ та 36 (34,95%) – ЕГ; низький – у 53 (50,48%) магістрантів КГ та 49 (47,57%) – ЕГ.

Результати діагностики стресостійкості дозволили встановити, що високий рівень розвитку досліджуваного феномена показали 17 (16,19%) магістрантів КГ та 19 (18,45%) – ЕГ. Достатній рівень виявили 32 (30,48%) магістрантів КГ та 30 (29,13%) – ЕГ, низький рівень показали 56 (53,33%) респондентів КГ та 54 (52,43%) – ЕГ, що виявляється в тому, що їм складно захиститися від негативного впливу на здоров'я.

Діагностика комунікабельності тобто здатності до контактування, налагодження контактів і зв'язків, показала, що її високий рівень виявлено у 23 (21,9%) магістрантів КГ та 22 (21,36%) – ЕГ, достатній – у 38 (36,19%) магістрантів КГ та 36 (34,95%) – ЕГ; низький – у 44 (41,9%) магістрантів КГ та 45 (43,69%) – ЕГ.

Узагальнені результати діагностики особистісного критерію готовності до роботи в команді магістрантів наведено у табл. 2.14 і рис. 2.13.

Таблиця 2.14

**Рівні сформованості особистісного критерію готовності до роботи в команді
магістрантів контрольної та експериментальної груп**

Рівень	Група			
	КГ (96 осіб)		ЕГ (98 осіб)	
	Кількість	%	Кількість	%
Високий	21	19,62	20	19,42
Достатній	36	34,1	35	34,37
Низький	48	46,29	48	46,21

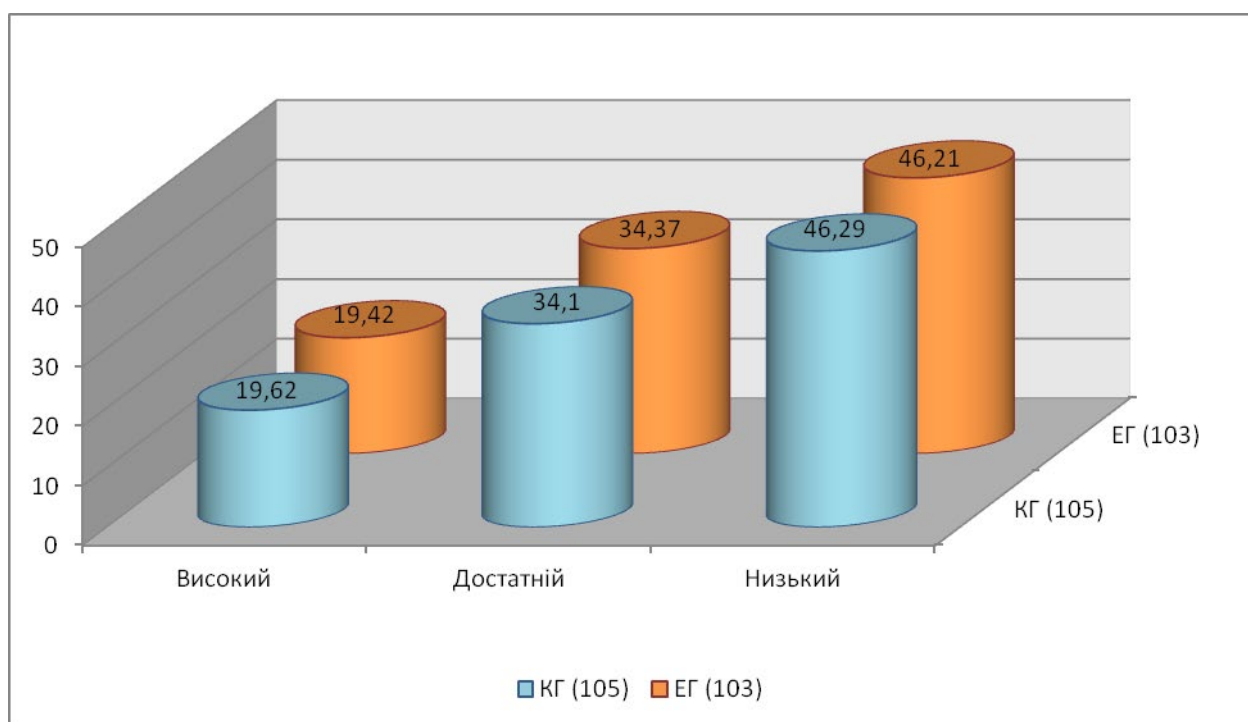


Рис. 2.13. Показник особистісного критерію готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді магістрантів контрольних та експериментальних груп на констатувальному етапі (у %)

Аналізуючи дані табл. 2.14 і рис. 2.13, можна констатувати, що на початку експерименту майбутні педіатри виявили дуже низькі рівні сформованості особистісного критерію готовності до роботи в команді. Так, високий рівень встановлено лише у 21 (19,62%) майбутніх педіатрів КГ та 20 (19,42%) – ЕГ.

Достатній рівень продемонстрували 34,1% та 34,37% магістрантів контрольної та експериментальної груп. Низький рівень сформованості особистісного критерію готовності до роботи в команді виявлено у 48 (46,29%) магістрантів КГ та 48 (46,21%) – ЕГ.

Узагальнені результати щодо ступеня сформованості готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп (констатувальний етап експерименту) наведено в табл. 2.15.

Таблиця 2.15

Вихідні дані щодо сформованості готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп

Група	Рівень сформованості готовності до роботи в команді					
	Високий		Достатній		Низький	
	К	%	К	%	К	%
Контрольна	22	20,58	36	34,42	47	45,01
Експериментальна	21	20,47	36	35,37	46	44,16

Результати констатувального етапу експерименту мали важливе мотиваційне значення для дослідження. Слід зазначити, що отримані дані свідчать про те, що викладачі закладів вищої медичної освіти здійснюють значний обсяг робіт з формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, оскільки певна кількість магістрантів продемонструвала високий рівень сформованості готовності до роботи в команді. Проте значна частка майбутніх педіатрів виявила низький і достатній рівні досліджуваного феномена, що зумовлює необхідність подальшої роботи з цілеспрямованого формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Формувальний етап педагогічного експерименту проводився у 2018–2020 рр. серед магістрантів спеціальності 223 Педіатрія.

На формувальному етапі в експериментальній групі (103 особи) реалізовувалася теоретично обґрунтована технологія підготовки майбутніх

педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. У контрольній групі (105 осіб) навчальна діяльність магістрантів відбувалася за допомогою традиційних методів і форм, окреме завдання щодо забезпечення формування готовності до роботи в команді не ставилося.

Результати щодо динаміки зміни показників рівнів сформованості складових готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп наведено у табл. 2.16.

Таблиця 2.16

Динаміка показників рівнів сформованості складових готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп (%)

Рівень	Група			
	КГ (105 осіб)		ЕГ (103 осіб)	
	Етап експерименту			
	Конст.	Контр.	Конст.	Контр.
<i>Критерій готовності до роботи в команді</i>				
<i>Мотиваційно-ціннісний</i>				
Високий	20,71	24,52	21,12	34,22
Достатній	37,86	42,62	37,86	52,18
Низький	41,43	32,86	41,02	13,59
<i>Когнітивний</i>				
Високий	22,22	24,13	21,68	35,6
Достатній	31,43	34,6	32,36	47,25
Низький	46,35	41,27	45,95	17,15
<i>Діяльнісно-функціональний</i>				
Високий	19,76	23,1	19,66	36,65
Достатній	34,29	38,81	36,89	49,51
Низький	45,95	37,62	43,45	13,83
<i>Особистісний</i>				
Високий	19,62	23,05	19,42	35,53
Достатній	34,1	39,43	34,37	51,65
Низький	46,29	37,52	46,21	12,82

Зіставлення даних щодо рівня сформованості складових готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної та контрольної груп свідчить про суттєві позитивні зміни на всіх рівнях, що відбулися під час формувального етапу експерименту.

Аналізуючи дані рівнів сформованості мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді магістрантів (див. табл. 2.16), слід відзначити, що за два роки в контрольній групі відбулися певні зміни. Проте динаміка була незначною (+3,81%). Деякі позитивні зміни виявлено у магістрантів, які мали низький рівень сформованості мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді (з 41,43% до 32,86%). Зазначені результати щодо незначних змін в контрольній групі свідчать про відсутність цілеспрямованої роботи з готовності до роботи в команді магістрантів. За результатами, встановленими в експериментальній групі, можемо зазначити, що після формувального етапу експерименту в рівні сформованості мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді спостерігаються значні позитивні зрушення. Показники мотиваційно-ціннісного критерію становили: для високого рівня – (+13,1%), достатнього рівня – (+14,32%), низького рівня – (-27,43%). Вважаємо, що доведено ефективність обраних нами методів і прийомів мотивування і стимулювання навчальної діяльності майбутніх педіатрів, які передбачали включення емоційно насиченого професійно спрямованого матеріалу, семінари-екскурсії та круглі столи з медиками-фахівцями різних спеціальностей.

Щодо динаміки рівнів сформованості когнітивного критерію готовності до роботи в команді магістрантів, то отримані результати свідчать про стрімкі позитивні зрушення. Так, після проведення формувального етапу експерименту в експериментальній групі стрибкоподібно зросла кількість магістрантів, показники яких віднесено до високого рівня (з 21,68% до 35,6%). Приріст становив +13,92%. Якісний аналіз результатів показав, що ці магістранти мають стійкі погляди на готовність майбутнього педіатра до роботи в команді, яка потребує постійного самовдосконалення. Вони мають міцні, глибокі й дієві знання: щодо сутності понять „команда”; „командоутворення”, „командна взаємодія”, „робота в

команді”, відмінностей індивідуальної роботи від роботи в команді; типології, функцій, тактик командної взаємодії тощо. Зазначимо, що суттєво зменшилася кількість магістрантів з низьким рівнем (з 45,95 до 17,15%). Щодо даних контрольної групи, можна констатувати, що відбулися певні зміни, проте незначні: високий рівень – з 22,22% до 24,13%, достатній – з 31,43% до 34,6%, низький – з 46,35% до 41,27%. Виявлений приріст становив: + 1,91%; + 3,17%; – 5,08%. Такі результати свідчать про те, що було обрано ефективну технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Суттєві зміни відбулися у рівні сформованості діяльнісно-функціонального критерію. Діагностика показала, що якщо в контрольній групі кількість магістрантів з високим рівнем становить 23,1% (порівняно з 19,76%), то в експериментальній – 37,75% (порівняно з 20,25%). Приріст становив відповідно (+3,34% та +16,99%). Суттєво впали показники низького рівня розвитку діяльнісно-функціонального критерію. В експериментальній групі приріст становив – 29,62% (в контрольній – (– 8,33%). Зрушення відбулися і у достатньому рівні: в експериментальній групі (+12,62), в контрольній – (+4,52). Вважаємо, що доцільним виявилось впровадження в освітній процес авторського спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації”, семінару-дискусії, семінару-захист проєктів, інтерактивного семінару, семінару генерації ідей, семінару-картковий штурм, семінару-круглий стіл, семінару-панельна дискусія, симпозіуму, семінару „Акваріум”, семінару-взаємонавчання, семінару-колоквіум, практичних занять з використанням вправ, інтерактивних методів навчання: діалогічно-дискусійних, імітаційних, тренінгових, проєктних, ситуаційних (кейс-метод), методів кооперативного навчання, різновидів групової, парної, індивідуальної роботи; різних форм позааудиторної роботи.

Окремо зазначимо, що показники особистісного критерію також набули суттєвих змін. В експериментальній групі помітні позитивні зміни відбулися на всіх рівнях: високий рівень – з 19,42% до 35,53% (приріст +16,11%); достатній рівень з 34,37% до 51,65% (приріст +17,28%); низький рівень – з 46,21 до 12,82%

(приріст – 33,39%). У контрольній групі зміни виявилися незначними: високий рівень – з 19,62% до 23,05% (приріст +3,43%); достатній рівень – з 34,1% до 39,43% (приріст +5,33%); низький рівень – з 46,29% до 37,52% (приріст – 8,77%).

Обґрунтування зроблених висновків та перевірка статистичних відмінностей майбутніх педіатрів ЕГ та КГ здійснювалися за допомогою критерію Пірсона (χ^2). У нашій вибірці дотримано вимоги щодо застосування критерію для опрацювання результатів педагогічного експерименту.

З метою з'ясування вірогідності результатів педагогічного експерименту було сформульовано таке:

– група нульових гіпотез ($H_{01}, H_{02}, H_{03}, H_{04}$) про те, що різниця в даних експериментальної і контрольної вибірок за мотиваційно-ціннісним, когнітивним, діяльнісно-функціональним та особистісним критеріями спричинена помилками репрезентативності. $H_{01}, H_{02}, H_{03}, H_{04}$ – рівні сформованості компонентів готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів ЕГ та КГ не мають істотних відмінностей;

– група альтернативних гіпотеза ($H_{11}, H_{12}, H_{13}, H_{14}$) про те, що різниця отриманих даних ЕГ та КГ зумовлена впровадженням експериментального фактору (реалізацією технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання). $H_{11}, H_{12}, H_{13}, H_{14}$ – рівні сформованості компонентів готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів ЕГ та КГ істотно відрізняються. Для перевірки вищезазначених гіпотез застосовували критерій Пірсона χ^2 , оскільки вибірки груп магістрантів випадкові та незалежні, члени кожної вибірки також незалежні між собою, властивості (рівень сформованості компонентів готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді) виміряні за шкалою порядку, що має категорії: високий, достатній, низький рівні ($c = 3$). Значення статистики $T_{\text{експ.}}$ обчислювалося за формулою:

$$\chi^2_{\text{експ.}} = \frac{1}{N_1 N_2} \sum_{i=1}^4 \frac{(N_1 Q_{2i} - N_2 Q_{1i})^2}{Q_{1i} + Q_{2i}},$$

де N_1 – кількість магістрантів експериментальної групи;

N_2 – кількість магістрантів контрольної групи;

Q_{1i} і Q_{2i} – кількість магістрантів, які були на певному рівні сформованості готовності до роботи в команді (низькому $i = 1$, достатньому $i = 2$, високому $i = 3$) в експериментальній і контрольній групах відповідно.

Для рівня значущості $\alpha = 0,05$ і кількості ступенів свободи $\nu = c - 1 = 2$ критичне значення статистики $\chi^2_{кр.} = 5,99$. Згідно з правилом прийняття рішення, якщо розраховане значення $\chi^2_{експ.} > \chi^2_{кр.}$, то нульова гіпотеза H_0 відхиляється та приймається альтернативна H_1 : відмінності в розподілах магістрантів ЕГ та КГ за рівнями сформованості готовності до роботи в команді є статистично значущими з імовірністю $P = 0,95$ %.

Приклад результатів обчислення $\chi^2_{експ.}$ для досліджуваних рівнів сформованості готовності до роботи в команді на констатувальному та контрольному етапах дослідження наведено в табл. 2.17–2.18. Результати обчислення $\chi^2_{експ.}$ для усіх критеріїв готовності до роботи в команді магістрантів наведено в табл. 2.19.

Таблиця 2.17

Обчислення досліджуваних рівнів мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді магістрантів ЕГ та КГ на констатувальному етапі

	i = 1	i = 2	i = 3	N_1	N_2	$1/N_1N_2$
$KG_1(Q_{1i})$	22	40	44	106	103	9,16E-05
$EG_1(Q_{2i})$	22	39	42			
$Q_{1i} + Q_{2i}$	44	79	86			
N_1Q_{2i}	2332	4134	4452			
N_2Q_{1i}	2266	4120	4532			
$N_1Q_{2i} - N_2Q_{1i}$	66	14	-80			
	4356	196	6400			
	99	2,481013	74,4186			
$\chi^2_{експ.(i)}$	0,009068	0,000227	0,006816			
$\chi^2_{експ.}$	0,016111	$\chi^2_{кр}$	5,991			

Згідно з наведеними результатами отримані значення на контрольному етапі значно перевищують критичне значення $\chi^2_{\text{експ.}} > \chi^2_{\text{кр.}}$. Це дає підстави зробити висновок, що між результатами контрольної та експериментальної груп існує істотна відмінність, яка забезпечена реалізацією технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Підсумовуючи, зазначимо, що нами прийнято альтернативну гіпотезу: відмінності в розподілах магістрантах експериментальної та контрольної груп за рівнями сформованості готовності до роботи в команді є статистично значущими з імовірністю 95%.

Таблиця 2.18

Обчислення досліджуваних рівнів мотиваційно-ціннісного критерію готовності до роботи в команді магістрантів ЕГ та КГ на контрольному етапі

	i = 1	i = 2	i = 3	N_1	N_2	$1 / N_1 N_2$
$КГ_1(Q_{1i})$	26	45	35	106	103	9,15919E-05
$ЕГ_1(Q_{2i})$	35	54	14			
$Q_{1i} + Q_{2i}$	61	99	49			
$N_1 Q_{2i}$	3710	5724	1484			
$N_2 Q_{1i}$	2678	4635	3605			
$N_1 Q_{2i} - N_2 Q_{1i}$	1032	1089	-2121			
	1065024	1185921	4498641			
	17459,40984	11979	91809			
$\chi^2_{\text{експ.}(i)}$	1,599139937	1,097178971	8,408957685			
$\chi^2_{\text{експ.}}$	11,10528	$\chi^2_{\text{кр}}$	5,991			

Таблиця 2.19

Результати обчислення $\chi^2_{\text{експ.}}$ та $\chi^2_{\text{кр.}}$ для критеріїв готовності до роботи в команді магістрантів ЕГ та КГ на констатувальному та контрольному етапах

Критерій	Етап експерименту			
	Констатувальний		Контрольний	
	$\chi^2_{\text{експ.}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$	$\chi^2_{\text{експ.}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$
Мотиваційно- ціннісний	0,016111	5,99	11,10528	5,99
Когнітивний	0,020415		14,55672	
Діяльнісно-функціональний	0,156002		16,74908	
Особистісний	0,005723		17,29798	

На завершення формувального етапу експерименту було проведено дослідження, спрямоване на визначення динаміки рівнів сформованості готовності до роботи в команді магістрантів досліджуваних груп (табл. 2.20, рис. 2.14).

Таблиця 2.20

Динаміка показників рівнів сформованості готовності до роботи в команді магістрантів контрольної та експериментальної груп (%)

Рівень	Група			
	КГ (105 осіб)		ЕГ (103 осіб)	
	Етап експерименту			
	Конст.	Контр.	Конст.	Контр.
Високий	20,58	23,7	20,47	35,5
Достатній	34,42	38,87	35,37	50,15
Низький	45,01	37,32	44,16	14,35

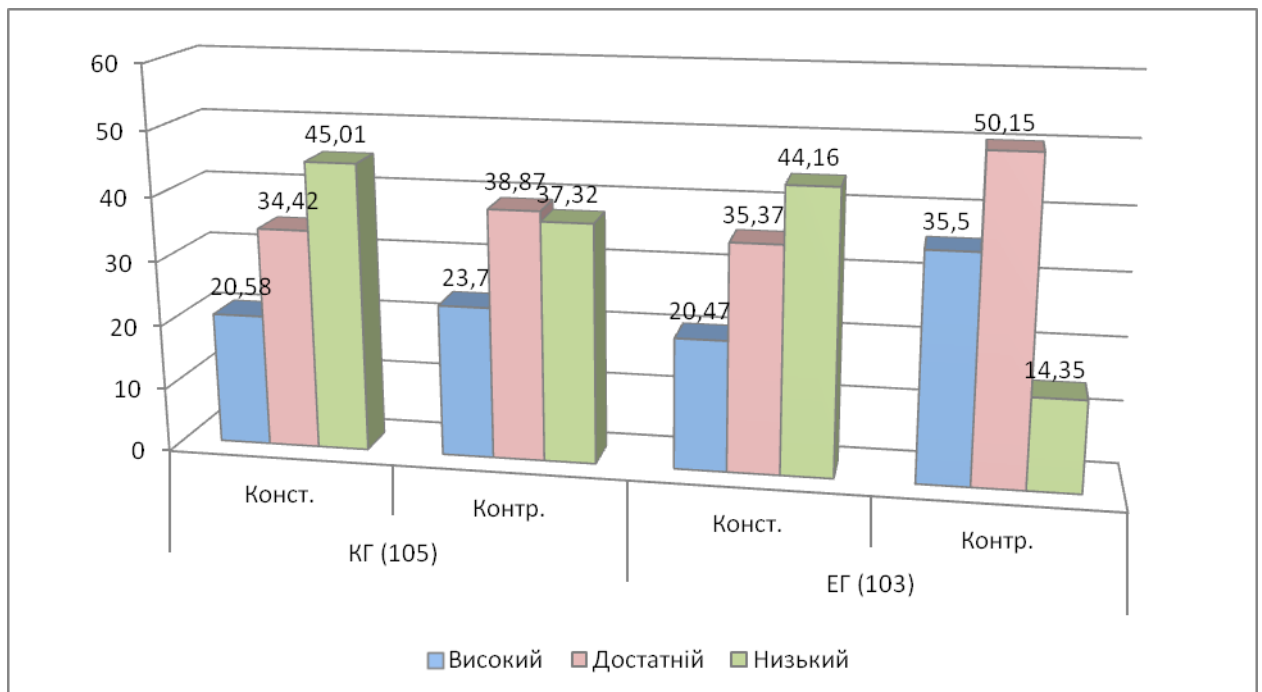


Рис. 2. 14. Динаміка показників рівнів сформованості готовності магістрантів до роботи в команді (%)

Зіставляючи отримані на контрольному етапі експерименту результати, відзначаємо, що після проведення формувального етапу дослідження в ЕГ спостерігаємо стрибкоподібне збільшення кількості магістрантів, що віднесено до високого рівня: відсоток магістрантів ЕГ з високим рівнем змінився від 20,47% до 35,5%. Значно зменшилася кількість майбутніх педіатрів, які продемонстрували низький рівень (з 44,16% до 14,35%). У магістрантів КГ позитивні зміни відбулися, проте незначні: високий рівень – з 20,58% до 23,7%, достатній – з 34,42% до 38,87%, низький рівень – з 45,01% до 37,32%.

З метою з'ясування вірогідності кінцевих результатів педагогічного експерименту було сформульовано такі групи гіпотез:

1. Для перевірки відсутності відмінностей між *експериментальною* та *контрольною* групами на констатувальному етапі експерименту:

– H_{01} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної та контрольної груп на констатувальному етапі не мають істотних відмінностей;

– H_{11} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної та контрольної груп на констатувальному етапі істотно відрізняються;

2. Для перевірки відсутності відмінностей між *експериментальною* та *контрольною* групами на контрольному етапі експерименту:

– H_{02} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної та контрольної груп на контрольному етапі не мають істотних відмінностей;

– H_{12} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної та контрольної груп на контрольному етапі істотно відрізняються.

3. Для перевірки відсутності відмінностей між результатами *контрольної* групи на констатувальному та контрольному етапах експерименту:

– H_{03} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів *контрольної* групи на констатувальному та контрольному етапах не мають

істотних відмінностей;

– H_{13} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів *контрольної* групи на констатувальному та контрольному етапах істотно відрізняються.

4. Для перевірки відсутності відмінностей між результатами *експериментальної* групи на констатувальному та контрольному етапах експерименту:

– H_{04} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної групи на констатувальному та контрольному етапах не мають істотних відмінностей;

– H_{14} – рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної групи на констатувальному та контрольному етапах істотно відрізняються.

Для перевірки запропонованих гіпотез також було доцільним застосування критерію Пірсона χ^2 .

Порівняння гіпотез H_{01} і H_{11} показало $\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{критич.}}$ ($\chi^2_{\text{емп.}} = 0,023261 < \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$), що свідчить про підтвердження нульової гіпотези про відсутність відмінностей між *експериментальною* та *контрольною* групами на *констатувальному* етапі експерименту. Зіставлення гіпотез H_{02} і H_{12} продемонструвало $\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{критич.}}$ ($\chi^2_{\text{емп.}} = 14,28568 > \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$). Це свідчить про *суттєву статично значущу різницю* між показниками ЕГ та КГ після експерименту і суттєві позитивні зміни у рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів ЕГ завдяки реалізації у навчальному процесі технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. Відмінності у ЕГ до та після експерименту виявилися статистично значущими ($\chi^2_{\text{емп.}} = 22,30557 > \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$) на відміну від КГ, де різниця була незначущою ($\chi^2_{\text{емп.}} = 0,39328 < \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$). Отримані результати дозволяють зробити висновок, що між результатами контрольної та експериментальної груп має місце істотна відмінність (з імовірністю 95%).

Якісний аналіз отриманих у дослідженні результатів демонструє, що

реалізація у навчальному процесі технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання призвела до істотних позитивних зрушень досліджуваного феномена. Це дозволяє констатувати, що процес формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді відбувся, а задекларована мета дослідження досягнута.

Висновки до розділу 2

Теоретичне обґрунтування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, презентація процесу її впровадження в практику закладів вищої медичної освіти та аналіз результатів проведеного педагогічного дослідження дозволяє зробити такі висновки.

У розділі 2 представлено технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання як сукупність методів, прийомів та засобів навчання, форм контролю і корекції, етапів (концептуальний, професійно-мотиваційний, змістово-діяльнісний та діагностико-результативний), що послідовно впроваджуються в освітній процес медичних закладів вищої освіти, забезпечують самореалізацію майбутніх фахівців у різних видах командної взаємодії та гарантують досягнення кінцевого результату.

Розкрито сутність концептуального етапу технології. Визначено мету технології, а саме формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді та окреслено такі завдання: стимулювання пізнавальної й професійної мотивації майбутніх педіатрів; оволодіння знаннями про команду, принципи її роботи, ролі в команді; відпрацювання умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); забезпечення розвитку особистісних якостей, які сприяють успішній роботі в команді (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність).

Обґрунтовано основні методологічні підходи: системний, діяльнісний, компетентнісний, особистісно орієнтований, синергетичний, аксіологічний,

контекстний, партисипативний. Визначено принципи навчання, реалізація яких дозволить досягти очікуваних результатів (студентоцентрованості, особистісного цілеутворення магістранта, інтерактивності, паритетності, доповнення, трансформації й інтеграції, ситуативної обумовленості, діалогізації, толерантності, рефлексії і предзахоплення, флексибільності); розкрито необхідність попередньої діагностики рівня сформованості у магістрантів готовності до роботи в команді (констатувальний етап дослідження); охарактеризовано доцільність установчого навчально-методичного онлайн-семінару і тренінгу „Командний підхід в підготовці майбутніх педіатрів” викладачів, що здійснюють підготовку майбутніх педіатрів за освітньо-професійною програмою „Педіатрія” спеціальності 228 Педіатрія.

Показано сутність мотиваційно-стимулюючого етапу технології, що передбачає формування в магістрантів: особистісно-професійного сенсу щодо командної роботи; мотивів і ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість: професійної командної діяльності, потребу в колективних формах і спілкуванні; мотивів самовдосконалення власного рівня готовності до роботи в команді, цінностей та цілей командної взаємодії; емоційно-ціннісного ставлення до учасників команди та співпраці з ними.

Викладено сутність змістово-процесуального етапу технології, який спрямовано на трансформацію змісту освітнього процесу в напрямі надання магістрантам знань й умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді. Основу даного етапу становили оновлений зміст дисциплін „Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби”; упровадження таких методів навчання: діалогічно-дискусійні (мозковий штурм, дискусія, дебати, круглий стіл), імітаційні (імітаційно-рольові та ділові ігри, case-based-learning), вправління. Вагома роль відведена методам кооперативного навчання („Навчання у команді”, метод організації дослідної групової роботи студентів) та коучингу.

Технологією передбачено впровадження в освітній процес авторського спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації”, метою якого є

забезпечення загальної теоретичної підготовки майбутніх педіатрів з питань, пов'язаних зі змістом роботи в команді та формування складових готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді. Викладання спецкурсу передбачає послугування такими інтерактивними методами навчання: діалогічно-дискусійні (бесіда, диспут, круглий стіл, дискусія); імітаційні (ділові та рольові ігри, інтегративно-фасетний метод, case-based-learning); проєктні (індивідуальні, групові проєкти, teambased learning); кооперативного навчання („Навчаємось разом”, „Пилка”, „Пилка-2”, „Навчання у команді”, метод організації дослідної групової роботи студентів); коучингу та прийомами („Три кола цілепокладання”, „Три кроки: подумай – поділися з партнером – запропонуй команді”, „Placemat”, „Нумерація студентів”).

Передбачено гармонійне поєднання лекційних (інтерактивна лекція, динамічна слайд-лекція, відеолекція (Zoom), лекція-дискусія, проблемна лекція), семінарських (семінар-дискусія, семінар-захист проєктів, інтерактивний семінар, семінар генерації ідей, семінар-картковий штурм, семінар-круглий стіл, семінар-панельна дискусія, симпозіум, семінар „Акваріум”, семінар-взаємонавчання, семінар-колоквіум, робота сесійних груп (Zoom)) і практичних занять (тренінги).

У розділі 2 констатується, що формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді має здійснюватися через гармонійне поєднання навчальної та позанавчальної роботи, яка представлена медичним симуляційним тренінгом „Віртуальна симуляційна клініка”, командним тренінгом „Ефективна взаємодія в команді”, практичними заняттями, семінарами-екскурсіями.

Показано сутність діагностико-результативного етапу, який передбачає контроль, аналіз отриманих результатів, виявлення недоліків у здійсненні процесу формування досліджуваної готовності, внесення уточнень, визначення перспектив подальшої діяльності як викладачів, так і магістрантів.

Кінцевим результатом упровадження презентованої технології має бути сформована готовність майбутнього педіатра до роботи в команді.

Також у розділі 2 розкрито сутність проведення констатувального, формувального, контрольного етапів педагогічного експерименту. Розкрито

сутність констатувального етапу експерименту, який було спрямовано: на вивчення та аналіз стану проблеми дослідження; формулювання гіпотези, мети і завдань; встановлення кількісного і якісного складу учасників експерименту (науково-педагогічні працівники, магістранти, які навчаються за спеціальністю 228 Педіатрія); проведення первинної діагностики з метою отримання вихідних даних щодо рівня сформованості готовності до роботи в команді магістрантів.

Подано опис формувального етапу експерименту, який передбачав дослідно-експериментальну перевірку ефективності технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

На основі зіставлення отриманих результатів, їх кількісного і якісного аналізу виявлено, що практична реалізація технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання призвела до суттєвих статистично значущих змін у рівні сформованості готовності до роботи в команді магістрантів експериментальної групи. Відмінності у ЕГ до та після експерименту виявилися статистично значущими ($\chi^2_{\text{емп.}} = 22,30557 > \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$) на відміну від КГ, де різниця була незначущою ($\chi^2_{\text{емп.}} = 0,39328 < \chi^2_{\text{критич.}} = 5,99$). Узагальнення результатів педагогічного експерименту дозволило стверджувати, що мета дисертаційного дослідження досягнута, а виконані завдання та підтверджена гіпотеза дозволяють сформулювати загальні висновки.

Матеріали, які ввійшли до розділу 2, опубліковано автором у наукових статтях і матеріалах конференцій [111; 114; 116; 121; 128; 129; 359].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі досліджено проблему формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді та запропоновано новий підхід до її розв'язання, що полягає в запровадженні технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

Результати наукового дослідження уможливили ґрунтовно викласти такі висновки:

1. На підставі аналізу медичної та психолого-педагогічної літератури розкрито методологічні і теоретичні засади підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, основу яких становлять: державні та історичні документи, в яких окреслено основні вимоги до зазначених фахівців встановлено; фундаментальні наукові джерела, в яких конкретизовано основні дефініції дослідження, такі як „підготовка”, „професійна підготовка”, „професійна підготовка майбутніх педіатрів”, „готовність”, „команда”, „робота в команді”, „готовність до роботи в команді”; наукові розробки щодо підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді; здобутки сучасних вчених і результати дисертаційних досліджень, в яких обґрунтовано інтерактивні методи навчання, що оптимізують процес формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

2. У дисертації готовність майбутнього педіатра до роботи в команді розуміємо як стійке, цілісне, інтегративне утворення особистості, що дозволяє педіатру здійснювати ефективну командну діяльність в умовах медичного закладу завдяки наявності ціннісно-мотиваційного ставлення до командної роботи, сукупності знань і вмінь (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні), що забезпечують ефективну роботу в команді, професійно важливих особистісних якостей (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність).

Обґрунтовано структурні компоненти досліджуваної компетентності: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діяльнісно-функціональний, особистісний, а

також сукупність критеріїв та їх показників: мотиваційно-ціннісний (наявність мотивації до командної роботи, інтерактивної спрямованості, цінність допомоги і милосердя до інших людей, потреба у конструктивному спілкуванні); когнітивний (повнота і глибина засвоєних знань про команду, принципи її роботи, ролі в команді); діяльнісно-професійний (рівень володіння уміннями: комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); особистісний (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність), які корелюють з виокремленими компонентами готовності майбутнього педіатра до роботи в команді. Визначено рівні розвиненості досліджуваної готовності (низький, достатній, високий) та розкрито їх зміст.

3. Теоретично обґрунтовано технологію підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, яка містить такі етапи: концептуальний, мотиваційно-професійний, змістово-діяльнісний, діагностико-результативний. Концептуальний етап передбачає визначення мети технології, а саме формування готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді і окреслення таких завдань: стимулювання пізнавальної й професійної мотивації майбутніх педіатрів; оволодіння знаннями про команду, принципи її роботи, ролі в команді; відпрацювання умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні); забезпечення розвитку особистісних якостей, які сприяють успішній роботі в команді (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність); обґрунтування методологічних підходів (системний, діяльнісний, компетентнісний, особистісно орієнтований, синергетичний, аксіологічний, контекстний, партисипативний)); визначення принципів навчання (студентоцентрованості, особистісного цілеутворення магістранта, інтерактивності, паритетності, доповнення, трансформації й інтеграції, ситуативної обумовленості, діалогізації, толерантності, рефлексії і предзахоплення, флексибільності); проведення первинної діагностики рівня сформованості у магістрантів готовності до роботи в команді та установчого

навчально-методичного онлайн-семінару і тренінгу „Командний підхід в підготовці майбутніх педіатрів” для викладачів, що здійснюють підготовку майбутніх педіатрів за освітньо-професійною програмою „Педіатрія” спеціальності 228 Педіатрія.

Мотиваційно-стимулюючий етап технології орієнтовано: на формування в магістрантів особистісно-професійного сенсу щодо командної роботи; мотивів і ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість: професійної командної діяльності, потребу в колективних формах і спілкуванні; мотивів самовдосконалення власного рівня готовності до роботи в команді, цінностей та цілей командної взаємодії; емоційно-ціннісного ставлення до учасників команди та співпраці з ними.

Змістово-процесуальний етап передбачає засвоєння магістрантами комплексу знань з оновлених за змістом дисциплін „Педіатрія”, „Дитячі інфекційні хвороби”, „Дитяча хірургія, ортопедія та травматологія”, „Внутрішні хвороби”), впровадження авторського спецкурсу „Організація командної роботи в медичній організації”, а також розвиток складових готовності до роботи в команді завдяки використанню діалогічно-дискусійних, імітаційних, проєктних, вправлення, методів кооперативного навчання.

Діагностико-результативний етап передбачає контроль, аналіз отриманих результатів, виявлення недоліків у здійсненні процесу формування досліджуваної готовності, внесення уточнень, визначення перспектив подальшої діяльності як викладачів, так і магістрантів.

4. Узагальнення результатів експериментальної роботи, їх кількісний і якісний аналіз свідчать про ефективність упровадженої технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. Виявлено позитивну динаміку сформованості готовності до роботи в команді, а саме: відсоток магістрантів експериментальної групи з високим рівнем змінився від 20,47% до 35,5%. Значно зменшилася кількість майбутніх педіатрів, які продемонстрували низький рівень (з 44,16% до 14,35%). У магістрантів КГ позитивні зміни відбулися, проте незначні: високий рівень – з 20,58% до 23,7%,

достатній – з 34,42% до 38,87%, низький рівень – з 45,01% до 37,32%. Аналіз результатів вказав на статистично значущу різницю отриманих результатів, підтверджену за допомогою критерію Пірсона χ^2 , що свідчить про безумовну ефективність та достовірність обґрунтованої й експериментально перевіреної технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання.

5. Розроблено комплекс навчально-методичних матеріалів для викладачів ЗВО щодо підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, який містить банк теоретичних і практичних занять, рольових та ділових ігор, кейсів, проєктів, вправ, тренінгів; дібрано та адаптовано пакет діагностичних матеріалів для визначення рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді; розроблено програму спеціального курсу „Організація командної роботи в медичній організації”.

Виконане дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в розробці системи підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді в умовах магістратури.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абакумова И.В., Ермаков П.Н., Фоменко В.Т. Новодидактика. Методология и технологии развивающего обучения: в поисках развивающего ресурса. М., 2013.
2. Аблязов Р.А., Падурець Г.И., Савченко С.О. Гендерный паритет в менеджменте? *Економічні проблеми теорії та практики*. Дніпропетровськ: ДНУ, 2005. Вип. 207. Т. I. С. 185–193.
3. Адамова Ф.М. Формирование готовности к командной работе студентов технических направлений подготовки. *Педагогика и современное образование: традиции, опыт и инновации*: матер. XI Междунар. науч.-практ. конф. Пенза, Наука и Просвещение, 2020. С. 171–174.
4. Айрес-де-Кампос Д. Симуляционное обучение в акушерстве и гинекологии. *Симуляционное обучение в акушерстве, гинекологии и педиатрии*. 2015. С. 34–45.
5. Афонін В., Сениця А. Теорія і практика професійної підготовки студентів інститутів фізичної культури (ІФК) як педагогічна проблема. *Молода спортивна наука України*. Львів : НВФ «Українські технології», 2004. Т. 4. С. 7–10.
6. Бабак О.Я., Молодан В.І., Лапшина К.А., Голенко Т.М. Відеоуроки – можливість використання як симуляційного методу у педагогіці. *Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів*: матеріали I навч.-метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ (Харків, 30 лист. 2016 р.). Харків : ХНМУ, 2016. 188 с.
7. Бабанский Ю.К. Педагогика. М. : Педагогика, 1984. 368 с.
8. Балакирева Э.В. Профессиологический подход к развитию теории педагогического образования. *Человек и образование*. 2009. № 3 (20). С. 60–64.
9. Башкір О.І. Активні й інтерактивні методи навчання у вищій школі. *Педагогіка та психологія*. Харків, 2018. Вип. 60. С. 33–44.
10. Белбин М.Р. Типы ролей в командах менеджеров [Пер. с англ.]. М. : НИРРО, 2003. 220 с.

11. Белбин Р.М. Команды менеджеров. Секреты успеха и причины неудач. Пер. с англ. М. : НИРРО, 2003. 315 с.
12. Бельская Н.А. Социально-коммуникативная успешность: коммуникабельность или конфликтность? *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2014. № 5 (24). С. 24–28.
13. Беспалько В.П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения. М., 1995.
14. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. М.: Педагогика, 1989. 192 с.
15. Білецький П.С. Соціально-психологічні чинники збереження професійного здоров'я фахівців медичної галузі : дис. ...канд. псих.н.; спец. : 19.00.05; Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля. Сєверодонецьк, 2020. 302 с.
16. Біловол О.М., Боброннікова Л.Р., Немцова В.Д., Шапошнікова Ю.М., Тихонова І.О. Освітні симуляційні технології на прикладі рольової гри при навчанні студентів-медиків. *Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів*: матеріали І навч.-метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ (Харків, 30 лист. 2016 р.). Харків : ХНМУ, 2016. 188 с.
17. Блауберг И.В., Юдин Э.Г. Становление и сущности системного подхода. М.: 1993, 274 с.
18. Блешмудт П.П. Психологічні особливості реалізації тренінгу „Психологія підготовки персоналу банківських структур до роботи в команді”. Актуальні проблеми психології. 2012. Т. 1. Вип. 35. С. 14–20.
19. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб. : Питер, 2009. 400 с.
20. Большой советский энциклопедический словарь. М. : Советская энциклопедия, 1990. 1631 с.
21. Борисюк А.С. Психологічні особливості комунікативної компетентності лікаря. *Філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ, 2001. Вип. 6, ч. 2. С. 247–257.

22. Бродовська В.Й., Грушевський В.О., Патрик І.П. Тлумачний російсько-український словник психологічних термінів : словник. К. : ВД „Професіонал”, 2007. 512 с.
23. Бронікова С. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід, 2020. 72 с.
24. Брюханова Н.О., Корольова Н.В. Педагогічне моделювання: стан і тенденції розвитку. *Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія*. 2015. № 3. С. 64–71.
25. Бубнова С.С. Ценностные ориентации личности как многомерная нелинейная система. *Психологический журнал*. 1999. Т. 20. № 5. С. 38–44.
26. Бугайчук К.Л. Ефективні прийоми мотивації у навчальному процесі. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. наук.-практ. конф. (м. Харків, 7 квіт. 2017 р.)*; МВС України; Харк. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2017. С. 42–45.
27. Бушуєва Н.С., Ярошенко Ю.Ф., Ярошенко Р.Ф. Управління проектами та програмами організаційного розвитку. Київ : Самміт-Книга, 2010. 198 с.
28. Валиуллина Е.В. Интерактивная направленность личности. *Вестник общественных и гуманитарных наук*. 2020. Т. 1, № 3. С. 57–60.
29. Варданян Б.Х. Механизмы регуляции эмоциональной устойчивости. *Категории, принципы и методы психологии. Психические процессы*. М., 1983. С. 542–543
30. Васильева Ю.В. Формирование компетенций командного профессионально-ориентированного взаимодействия будущего техника. *Вестник Оренбургского государственного университета*. 2016. № 10 (198). С. 3–12.
31. Васюк Н.О. Підготовка керівних кадрів для галузі охорони здоров'я в Україні (огляд наукових джерел). URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Vasiuk.pdf>
32. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.). Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. К.; Ірпінь : ВТФ „Перун ”, 2005. 1728 с.

33. Вербицкий А.А. Вербицкий А.А. Контекстное обучение в системе дополнительного образования педагога. Нижегородское образование. 2012. № 1. С. 36–42.

34. Верченко Л.С. Розвиток соціально-комунікативної компетентності майбутніх викладачів закладів вищої освіти у процесі магістерської підготовки: дис. ... доктора філософії; спец.: 015 Професійна освіта (за спеціалізаціями). Дніпро, Університет імені Альфреда Нобеля, 2020. 362 с.

35. Виленский В.Я., Образцов П.И., Уман А.И. Технологии профессионально-ориентированного обучения в высшей школе: учеб. пособ. М.: Педагогическое общество России, 2004. 192 с.

36. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 288 с.

37. Винник В.Д. Особливості формування інтересу та мотивації до занять фізичним вихованням. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2010. № 12. С. 39–42.

38. Винничук Р.В. Аксіологічний та культурологічний підходи як аспекти методології сучасної підготовки фахівців у вищій школі. *Молодий вчений*. 2018. № 2.2 (54.2). С. 93–96.

39. Витвицкая С.С. Структура и критерии готовности магистров образования к педагогической деятельности. *Вектор науки Тольяттинского Государственного Университета. Сер.: Педагогика, психология*. 2013. № 2 (13). С. 59–63.

40. Вишневская Г.В. Технологический подход в педагогическом процессе высшей профессиональной школы. *Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского*. 2008. № 10.

41. Вишнівська Н.В. Поняття милосердя і його виховання у дітей. *Вісник психології і педагогіки*. Вип. 4. К., 2010. URL: <http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/4791/1/%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D1%8F%D1%82%D1%82%D1%8F%20%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B2%D0%B8%D>

[1%85%20%D1%83%20%D0%B4%D1%96%D1%82%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D1%82.pdf](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%B5%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F)

42. Відеоконференція.

Вікіпедія.

URL:

<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%B5%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F>

43. Вілл'ємс Дж. Підручник з лікарської етики. Переклад. Л. Пирога. 2009. 140 с.

44. Вітвицька С.С. Аксіологічний підхід до виховання особистості майбутнього вчителя. *Креативна педагогіка*. Вінниця, 2015. Вип. 10. С. 63–67.

45. Вітвицька С.С. Системно-синергетичний підхід до педагогічної підготовки майбутніх магістрів освіти. *Професійна педагогічна освіта: системні дослідження* : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. С. 92–108.

46. Вітвицька С.С. Технологія педагогічної підготовки магістрів в умовах ступеневої освіти. *Професійна педагогічна освіта: інноваційні технології та методики* : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. С. 133–153.

47. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром вигорання: діагностика и профилактика. 2-е изд. СПб. : Питер, 2009. 336 с.

48. Волкова Н.П. Інтерактивні технології навчання у вищій школі: навч.-метод. посіб. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2018. 360 с.

49. Волкова Н.П., Лебідь О.В. Готовність керівника загальноосвітнього навчального закладу до стратегічного управління : структурно-компонентний аналіз. *European vector of contemporary psychology, pedagogy and social sciences : the experience of Ukraine and Republic of Poland* : col. monogr. Vol. 1. Sandomierz : Izdewniesciba 'Baltija Publishing', 2018. pp. 73–92.

50. Волкова Н.П., Тарнопольський О.Б. Моделювання професійної діяльності у викладанні навчальних дисциплін у вишах: монографія. Дніпропетровськ: Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля, 2013. 228 с.

51. Володько В.Ф. Командная форма организации труда. *Новости науки и технологий*. 2014. № 3–4 (30–31). С. 17–23.

52. Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Січкоріз О.Є. та ін. Педіатрична освіта України у ХХІ сторіччі: сучасні виклики та проблеми майбутнього. *Медична освіта*, 2019. № 3. С. 63–70.

53. Воробцова К. Командний метод роботи в організаціях паліативної медичної допомоги. *Паліативная медицина и реабилитация*. 2019. № 3. С. 16–20.

54. Воробьева М.В., Питюков В.Ю. Профессиональная мотивация студентов туристского вуза: монография. Одинцово: Одинцовский гуманитарный институт, 2013. 180 с.

55. Гайда В.Л. Формирование команды. Психология работы с персоналом в трудах отечественных специалистов. СПб. : Питер, 2001. С. 477–500.

56. Галкина Т.П. Социология управления: от группы к команде: учеб. пособ. М. : Финансы и статистика, 2003. 224 с.

57. Галузевий стандарт вищої освіти підготовки на другому (магістерському) рівні Магістра у галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 228 Педіатрія. Київ, 2018. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/vyshcha/naukovo-metodychna_rada/proekty_standartiv_VO/228-pediatriya-2018-na-obgovorennya.doc

58. Гансуар К.Др., Неретина Е.А., Корокошко Ю.В. Опыт проектно-ориентированного обучения и организации командной работы студентов ВУЗа. *Интеграция образования*. 2015. № 2. Т. 19. С. 22–30. DOI: 10.15507/Inted.079.019.201502.022

59. Герасимчук Б.В., Герасимчук О.Б. Рекомендації щодо створення і проведення слайд-лекцій. Луцьк : ЛДТУ, 2004. 14 с.

60. Глязер Г. Арабские врачи. Под ред. Ю.А. Шилиниса. М., 1969. С. 56–62.

61. Гнезділова К.М., Касярум С.О. Моделі та моделювання у професійній діяльності викладача вищої школи: навч. посіб. Черкаси: Видавець Чабаненко Ю.А., 2011. 124 с.

62. Голентовська О.С. Рольова структура команди: місце у системі заходів підвищення ефективності командної діяльності. *Актуальні проблеми психології*. 2014. Т. 7, Вип. 36. С. 145–154.

63. Головенкін В.П. Педагогіка вищої школи: підруч. 2-ге вид., переробл. і доповн. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 290 с.
64. Гоян И.Н., Дойчик М.В. Милосердие как проявление достоинства личности. *Социальное воспитание*. 2014. № 2. URL: soc-vospitanie.esrae.ru/12-38
65. Гризун Л.Е. Формування змісту вищої освіти за умов сучасних освітніх тенденцій. *Педагогічна освіта: теорія і практика*. 2012. Вип. 12. С. 31–37.
66. Гринько Е.Н. Медицинская риторика в подготовке врачей-педиатров. *Вопросы современной педиатрии*. 2016. № 15 (3). С. 235–238. DOI 10.15690/vsp.v15i3.1559.
67. Гринько Е.Н. Подготовка врачей-педиатров в современных условиях. *Педиатрическая фармакология*. 2019. № 16 (2). С. 111–115. DOI 10.15690/pf.v16i2.2009.
68. Грицук Н.А. Сущность формирования личности. *Формирование личности в условиях слуховой депривации: общее, специальное, специфическое*: пособ. Минск: БГПУ, 2004. С. 4–11.
69. Губар Д.Є., Непомняща Т.В. Інтерактивне навчання як основа підготовки майбутнього фахівця до ефективної професійної діяльності. *Науковий вісник Донбасу*. 2011. № 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2011_4_6
70. Гуляевская Н.В. **Методологические основы системы социально-педиатрической подготовки в медицинском вузе: дисс. ...д-ра соц. наук; спец.: 14.00.52. Екатеринбург, 2009. 207 с.**
71. Гуменникова Т.Р. Потенційні можливості позааудиторної роботи щодо підготовки студентів до особистісно орієнтованого виховання. *Науковий вісник Південноукраїнського держ. пед. ун-ту*. Одеса, 2004. Вип. 12. С. 58–61.
72. Гуменюк Т.Б. Моделювання в педагогічній діяльності. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Сер. : Проблеми трудової та професійної підготовки*. 2010. Вип. 7. С. 66–72
73. Гуревич Р.С., Кадемія М.Ю., Шевченко Л.С. Інтерактивні технології навчання у вищому педагогічному навчальному закладі: навч. посіб. За ред. Р.С. Гуревича. Вінниця: Планер, 2013. 309 с.

74. Дахин А.Н. Педагогическое моделирование: сущность, эффективность и ... неопределённость. *Педагогика*. 2003. № 4. С. 21–26.

75. Деляченко В.М. Педагогічна модель процесу формування толерантності у майбутніх соціальних педагогів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер.: Педагогіка, соціальна робота*. Вип. 22. С. 39–43.

76. Дербак О.А. Підготовка майбутніх бакалаврів з туризму до професійної взаємодії засобами проєктних технологій: дис. ... канд. пед н.; спец.: 13.00.04; ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля”. Дніпро, 2021. 298 с.

77. Дещёкина М.Ф., Дианкина М.С., Ильенко Л.И., Лениченко В.П. Деловая клиническая игра в медицинском институте. *Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского*. 1989. № 3. С. 69–72.

78. Дзялошинский И.М. Коммуникативное воздействие: мишени, стратегии, технологии: монография. М. : НИУ ВШЭ, 2012. 572 с.

79. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології: навч. посіб. К. : Академвидав., 2004. 352 с.

80. Дмитриева Е.В. Развитие доброжелательности в структуре нравственного воспитания подростков. *Международный научно-исследовательский журнал*. № 12 (66). Ч. 1. С. 130–134.

81. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78. Охорона здоров'я, затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 117 від 25.03.2002 р. Сайт Верховної ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

82. Доколин А.С. Формирование готовности студентов вуза к противодействию вовлечению в киберэкстремистскую деятельность: автореф. дис. канд. пед. н.: 13.00.08. Белгород, 2017. 24 с.

83. Драфт Р. Уроки лидерства [пер. с англ. А.В. Козлова; под ред. проф. И.В. Андреевой]. М. : Эксмо, 2006. 480 с.

84. Друзь Ю.М. Позитивна мотивація як умова підвищення результативності ділової гри при підготовці студентів до іншомовного спілкування. *Стратегії*

міжкультурної комунікації в мовній освіті сучасного ВНЗ: матер. Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ (5 березня 2016 р.). К. : КНЕУ, 2016. С. 146–148.

85. Дубасенюк О.А. Концептуальні моделі педагогічної освіти: наукові пошуки та здобутки. Професійно-педагогічна освіта: сучасні концептуальні моделі та тенденції розвитку: монографія. За заг. ред. проф. О.А. Дубасенюк: Вид. 2-е, доп. Житомир: Видво ЖДУ ім. І. Франка, 2008. С. 8–29.

86. Дубасенюк О.А. Теоретико-технологічні засади впровадження особистісно орієнтованого підходу у професійнопедагогічній підготовці майбутнього вчителя. *Професійна педагогічна освіта: особистісно орієнтований підхід*: монографія. За ред. О. А. Дубасенюк. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2012. С. 14–40.

87. Дубина Л. Развитие у детей коммуникативных способностей. *Дошкольное воспитание*, 2005, № 10, С. 26–36.

88. Дурай-Новакова К.М. Формирование профессиональной готовности студентов к педагогической деятельности: автореф. дис. ...д-ра пед. наук. М., 1983. 32 с.

89. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Психологические проблемы готовности к деятельности. Минск: Издво Бел. ун-та, 1976. 175 с.

90. Евдокимов Е.А., Пасечник И.Н. Симуляционное обучение в анестезиологии и реаниматологии: имитация реальности. URL: https://rosomed.ru/kniga/simulationnoe_obuchenie_v_anesteziologii.pdf

91. Елеуова З.С., Басарова А.М., Сыдыгалиева З.М. Коммуникативные навыки медицинского персонала и удовлетворенность пациентов в оказании медицинской помощи: матер. LIX Междунар. науч. конф. молодых ученых. 2019. URI: <http://elib.zkgmu.kz/xmlui/handle/123456789/837>

92. Енциклопедія освіти. Акад. пед. наук України; голов. ред. В.Г. Кремень. К.: Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.

93. Ермолаев Ю.В. Формирование личности в контексте педагогической антропологии. *Фундаментальные исследования*. 2006. № 2. С. 85–86

94. Етичний кодекс лікаря України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>

95. Єльнікова Г.В., Зайченко О.І., Маслов В.І. [та ін.]. Теоретичні і методичні засади моделювання фахової компетентності керівників закладів освіти : монографія. За ред. Г.В. Єльнікової. К., Чернівці : Книги. ХХІ, 2010. 460 с.

96. Ємельянова Н.Л. Підготовка майбутніх вихователів до роботи над засвоєнням старшими дошкільниками народознавчої лексики : автореф. дис. ...канд. пед. наук; 13.00.04: Південноукраїнський держ. педагогічний ун-т ім. К.Д. Ушинського. Одеса, 2003. 20 с.

97. Єремєєва В.М. Розробка та впровадження педагогічної технології підготовки майбутніх учителів до індивідуалізації навчання учнів. *Професійна педагогічна освіта: інноваційні технології та методики*: монографія. За ред. О.А. Дубасенюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. С. 190–213.

98. Жуков Ю.М. Журавлев А.В., Павлова Е.Н. Технологии командообразования : учеб. пособ. М. : Аспект Пресс, 2008. 320 с.

99. Журавльова Л.В., Лопіна Н.А. Практично-орієнтований кейс-метод навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційно-освітніх вебтехнологій як спосіб симуляційного навчання : навч.-метод. посіб. [для викладачів мед. освітніх закладів]. Харків : ХНМУ, 2019. 76 с.

100. Закон України „Про вищу освіту”. Харків : Право, 2014. 104 с

101. Залановська Л.І. Методологія дослідження компонентів міжетнічної толерантності. Вісник ОНУ ім. І.І. Мечникова. Психологія. 2015. Т. 20. Вип. 2 (36). Ч. 2. С. 58–68.

102. Запорожцева Ю.С. Критерии и показатели профессиональной компетентности учителя иностранных языков. *Вектор науки Тольяттинского Государственного Университета: Сер.: Педагогика, психология*. 2012. № 4 (11). С. 115–117

103. Зильберман П.Б. Эмоциональная устойчивость оператора. *Очерки психологии труда оператора*. М.: Наука, 1974. С. 138–172.

104. Зинкевич-Евстигнеева Т. Технология создания команды. СПб. : Речь, 2002. 216 с.
105. Зобнин Б.Б. Моделирование систем: конспект лекций. Екатеринбург: Изд-во УГГГА, 2001. 129 с.
106. Игна О.Н. Ведущие цели и принципы современной профессиональной подготовки учителя. *Вестник ТГПУ*, 2015. № 12 (165). С. 36–41.
107. Ільницька О.М., Катеринюк В.Ю., Катеринюк О.Г., Хороб Н.Д. Актуальність післядипломної освіти медичних працівників у державних закладах охорони здоров'я України. *Медична освіта*. 2018. № 1. С. 26–29.
108. Каплієнко А. Підготовка майбутніх учителів-логопедів до командної взаємодії в умовах інклюзивної освіти. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2020. Вип. 27. Т. 2. С. 281–284.
109. Карамушка Л.М., Клокар Н.І., Філь О.А. Технологія формування управлінської команди освітньої організації. Біла Церква : КОПОПК, 2008. 64 с.
110. Карамушка Л.М., Філь О.А., Блешмудт П.П., Васильєва І.Г. Особливості розвитку психологічної готовності аспірантів технічних університетів до роботи в команді. *Теорія і практика управління соціальними системами*. № 3. 2010. 81 с.
111. Карпова М.Є. Алгоритм проектування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних технологій. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи* : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2019. С. 107–109.
112. Карпова М.Є. Аналіз поглядів науковців щодо підготовки майбутніх педіатрів. *Педагогічні науки*. Херсон. 2018. Вип. LXXXII. Том 3. С. 141–145.
113. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник льотної академії: Педагогічні науки*. 2018. Вип. 3. С. 251–258.
114. Карпова М.Є. Досвід застосування ділової гри та технології „перевернутий клас” („flipped classroom”) в навчанні майбутніх педіатрів навичкам командної роботи. *Тенденції та перспективи розвитку в умовах*

глобалізації: матер. Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. Переяслав-Хмельницький. Вип. 41. 2018. С. 314–316.

115. Карпова М.Є. Елементи педагогічно-професійної комунікації в навчанні майбутніх педіатрів. *Пріоритетні напрямки вирішення актуальних проблем виховання і освіти*: матер. Міжнар. наук.-практ. конференції. Харків: Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 10–13.

116. Карпова М.Є. Застосування методу „інцидентів” у професійній підготовці майбутніх педіатрів. *Актуальні питання застосування на практиці досягнень сучасної педагогіки та психології*: матер. Міжнар. наук.-практ. конференції. Харків: Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 16–18.

117. Карпова М.Є. Інтерактивні методи навчання на основі навчального діалогу у процесі професійної підготовки майбутніх педіатрів. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи*: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2018. С. 73–75.

118. Карпова М.Є. Інтерактивні технології в навчанні майбутніх педіатрів. *Forming of modern educational environment: benefits, risks, implementation mechanisms: international scientific and practical conference proceedings*. Tbilisi: Baltija Publishing. 2017. С. 75–78.

119. Карпова М.Є. Історичні витоки становлення професії педіатра як суб'єкта командної діяльності. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2017. № 2 (14), С. 13–18.

120. Карпова М.Є. Компонентно-структурний аналіз феномена „готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді”. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2020. № 1 (19), С. 167–172.

121. Карпова М.Є. Методологічні підходи технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. *Професійна педагогіка та андрагогіка: актуальні питання, досягнення та інновації*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Кривий Ріг. 2017. С. 236–238.

122. Карпова М.Є. Питання щодо виникнення професії педіатра. *Фактори розвитку педагогіки і психології в XXI столітті: матер. Міжнар. наук.-практ. конф.* Харків : Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 55–58.

123. Карпова М.Є. Підходи науковців до визначення феноменів „команда”, „робота в команді”. *Педагогічні науки.* Херсон. 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 26–30.

124. Карпова М.Є. Підходи науковців до феномена „готовність фахівця до роботи в команді”. *Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Київ : ГО „Київська наукова організація педагогіки та психології”, 2017. С. 19–23.

125. Карпова М.Є. Погляди дослідників на ризики технологій командотворення. *Практична психологія у сучасному вимірі* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2019. С. 88–90.

126. Карпова М.Є. Професійна мобільність майбутніх педіатрів як складова командної роботи. *Пріоритетні напрямки розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук*: матер. Міжнар.наук.-практ. конф. Одеса: Південна фундація педагогіки, 2017. С. 17–19.

127. Карпова М.Є. Синдром емоційного вигорання та особистісні особливості медичних працівників. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2017. С. 100–102.

128. Карпова М.Є. Технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля.* Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки. 2020. № 2 (20). С. 195–200.

129. Карпова М.Є. Формування готовності до роботи в команді в майбутніх педіатрів. *Науковий часопис Національного педагогічного Університету ім. М.П. Драгоманова Сер.: Педагогічні науки: реалії та перспективи.* 2018. Вип. 63. С. 131–136.

130. Карпова М.Є. Щодо визначення ролі командоутворення у професійній діяльності педіатра. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки*: матер. Всеукр. наук-практ. конф. Запоріжжя, 2017. С. 28–31.

131. Карякин А.М. Командная работа: основы теории и практики. Иван. гос. энерг. ун-т. Иваново, 2003. 136 с.

132. Катарушкина Д.С. Технологический подход в образовании. URL: <http://ovv.esrae.ru/pdf/2014/7/1048.pdf>

133. Клімова А. Науково-теоретичний аналіз готовності майбутніх менеджерів до управлінської діяльності. *Формування компетентного фахівця в умовах освітнього середовища вищого навчального закладу* : матер. Всеукр. наук.-метод. семінару (Умань, 12 квітня 2013 р.). Умань : ПП Жовтий О.О., 2013. С. 54–58., с. 56

134. Книш П.В. Технологія командоуворення в системі державної служби. *Науковий вісник Академії муніципального управління: Сер.: Управління*, 2014, Вип. 2. С. 209–218.

135. Коваленко А.В. Создание эффективной команды. Практикум. Томск: Изд-во ТПУ, 2009. 68 с.

136. Коджаспирова Г.М. Коджаспиров А.Ю. Словарь по педагогике. М. : ИКЦ „МарТ”, 2005. 448 с.

137. Кожушко С.П. Інтерактивні технології навчання у підготовці майбутніх фахівців в туристичній галузі до професійної взаємодії. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2017. № 2 (14). С. 244–249.

138. Коломієць А.А. Формування мотивації навчально-пізнавальної діяльності студентів технічних спеціальностей засобами історіографії: автореф. дис. ... канд. пед. н.; спец.: 13.00.04. Вінницький національний технічний університет. Вінниця, 2011. 23 с.

139. Колосова И.В., Рябова Г.А. Использование командного метода обучения в повышении квалификации организаторов дошкольного образования. *Научное*

обеспечение системы повышения квалификации кадров. 2012. Вып. 4 (13). С. 122–126.

140. Кондратьев Г.В., Вершинин Е.Г., Деларю Н.В., Юдин С.А. Социальная активность врачей: ситуация не меняется. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2014. № 9. Ч. 1. С. 60–62.

141. Кононец Н.В. Принципы планирования самостоятельной работы студентов при ресурсноориентированом обучении дисциплинам компьютерного цикла. *Альманах современной науки и образования.* Тамбов: Грамота, 2013. № 10 (77). С. 86–91.

142. Кононова М. Принципи професійного розвитку майбутніх дефектологів: теоретичний аналіз. *Витоки педагогічної майстерності.* 2018. Вип. 22. С. 109–113.

143. Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до вимог Болонської декларації. URL : http://testcentr.org.ua/bolon_proc.php.

144. Корж О.Ю. Спрямованість змісту дисциплін соціально-гуманітарного циклу професійної підготовки майбутнього лікаря до формування професійно значущих якостей. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія.* Ялта : РВВ КГУ, 2013. Вип. 41. Ч. 3. С. 424–432.

145. Корнєва З. Реалізація професійно орієнтованої іншомовної комунікативної компетентності як провідний принцип системи викладання іноземної мови у технічному ВНЗ. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини,* 2015. Вип. 22. С. 200–209.

146. Королева Ю.А. Флексибельность как ресурс жизнеспособности современной личности. *Социальная психология и общество.* 2014. № 1. С. 5–15.

147. Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2014. № 1. С. 49–61.

148. Косарев А.Є. Використання принципу інтерактивності в процесі навчання. URL:

<https://ir.lib.vntu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/17804/2539.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

149. Косо́вце́в В.І. Розвиток соціальної активності молоді в умовах соціокультурного середовища села : дис. ... канд.. пед. н.; спец. : 13.00.05; Національний педагогічний університет імені М.П.Драгоманова. Київ.2009. 204 с.

150. Котова Е.В. К вопросу о современном состоянии профессиональной подготовки учителя физической культуры. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*: монографія. За ред. С.С. Єрмакова. Харків : ХДАДМ (ХХІІ), 2007. № 6. С. 160–164.

151. Кремень В.Г., Ільїн В.В. Синергетика в освіті: контекст людиноцентризму. К. : Педагогічна думка, 2012. 368 с.

152. Криницька І.Я., Марущак М.І., Кліщ І.М. Особливості професійної підготовки медичних сестер на сучасному етапі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 4 (74). С. 84–87.

153. Кричфалушій М. Потреба у спілкуванні як фактор формування особистості майбутнього спортивного педагога в процесі професійної підготовки. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2012. № 1 (17). С. 24–28.

154. Криштоф С.Д. Теоретичні аспекти педагогічної технології. *Наукові записки Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Сер. : Педагогічні та історичні науки*, 2013. Вип. 112. С. 93–99.

155. Круглова Н.В. Принцип толерантности: преодолевая предвзятости. *Studia Culturae*, 2013. № 16. С. 167–173.

156. Кузнецова Е.А. Милосердие как ценность в подготовке медсестер: парадигмальный аспект. *Человек и образование*. 2016. № 1 (46). С. 131–134.

157. Кулакова О.М., Настаушева Т.Л., Волосовец Г.Г. Онлайн-курс в медичній освіті: електронна освіта чи позааудиторна самостійна робота? *Медична освіта та професійний розвиток*. 2014. № 3. С. 87–89.

158. Лебідь О.В. Теоретичні та методичні основи формування готовності майбутнього керівника загальноосвітнього навчального закладу до стратегічного управління в умовах магістратури: дис. ... д-ра. пед. наук: 13.00.04, ВНЗ „Університет імені Альфреда Нобеля”, ДЗ „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”. Дніпро, 2018. 697 с.

159. Левченко Л.В. Ивлев А.В. Развитие у будущих экономистов навыков работы в команде. *Вестник Самарской государственной экономической академии*. 2006. № 5. С. 332–343.

160. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции: конспект лекций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. 38 с.

161. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.

162. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Борвінко Е.В., Колесник В.І. Перспективи підготовки керівних медичних кадрів для забезпечення діяльності громадської охорони здоров'я. *Вісник проблем біології і медицини*, 2017. Вип. 2 (136). С. 323–327.

163. Лимар Л.В. Зміст і складові професійної компетентності сімейного лікаря: психологічний аспект. *Вісник післядипломної освіти*. 2019. Вип. 8 (37). С. 67–83. DOI: <https://doi.org/10.32405/2522-993174> С. 73

164. Лисина М.И. Проблемы онтогенезу спілкування. М., Педагогіка, 1986. 143 с.

165. Ложкин Г.В., Повякель Н.И. Практическая психология конфликта. 2-е изд., стереотип. МАУП : Киев 2002. 196 с.

166. Луговая О.М. Педагогические условия формирования профессиональной готовности специалистов по социальной работе с военнослужащими и членами их семей (на материалах Ставропольского края): дис. ... канд. пед. наук; спец.: 13.00.08; Ставрополь, 2004. 192 с.

167. Луцик І. Інтерактивні семінари як форма активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів вищих закладів освіти. *Наукові записки*

Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Сер.: Педагогіка. 2009. № 3. С. 125–130.

168. Магдисюк Л.І., Казмірук О.Ю. Психологічні особливості стресостійкості медичних працівників. *Science, Research, Development. Pedagogy. № 12.* URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/15565/3/84_32-46-48.pdf

169. Магдисюк Л.І., Карпук Ю.Я. Психологічні особливості якості життя медичних працівників. *Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej (on-line) zorganizowanej dla pracowników naukowych uczelni, jednostek naukowobadawczych oraz badawczych z państw obszaru byłego Związku Radzieckiego oraz byłej Jugosławii. (30.03.2018). Warszawa, 2018. pp. 21–26.*

170. Мазурик О.В., Єрескова Т.В. Соціальна активність сучасного українського соціуму: форми, ресурси, наслідки. *Вісник Національного університету „Юридична академія України імені Ярослава Мудрого”. Сер.: Соціологія. 2016. № 3. С. 70–77.*

171. Максименко С.Д., Пелех О.М. Фахівця потрібно моделювати (наукові основи готовності випускника педвузу до педагогічної діяльності). *Рідна школа. 1994. № 3–4. С. 6–10.*

172. Максимова О.О. Толерантність: від епохи відродження до сьогодення. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Сер.: Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2015. Вип. 20. С. 172–180.*

173. Малышева А.Д. Педагогические условия формирования готовности к работе в команде студентов-билингвов Республики Саха (Якутия): дисс. ... канд. пед.н.; спец. :13.00.01; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования „Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова”. Якутск, 2018. 178 с.

174. Маркевич В.Е., Загородній М.П. Актуальні питання післядипломної підготовки педіатрів та лікарів загальної практики сімейної медицини. *Актуальні питання педіатрії*: матер. обл. наук.-практ. конф., 23 вересня 2010 р. Суми : СумДУ, 2010. С. 10–11.

175. Матюлько И.С., Муртазина Е.П., Голубева Н.К. Программы повышения эффективности командной работы медицинского персонала неэкстренной помощи. *International Research Journal*, 2019. № 2 (90). С. 204–208.

176. Мельничук І.М. Використання інтерактивних методів навчання у підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді. *Медична освіта*, 2020. № 4, С. 43–46.

177. Мирошников Ю.И. Специфика медицинского познания и проблема целостности его предмета. *Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук*. 2009. Вып. 9. С. 171–184.

178. Михайлина С.А. Проблемная лекция как актуальная форма интерактивного обучения. *Экономические и социально-гуманитарные исследования*. 2017. № 1 (13). С. 101–106.

179. Михайлова Ю.В. Гитман Е.К. Формирование готовности работать в команде при обучении иностранному языку в вузе : монография. Пермь : ИПЦ „Прокрость”, 2017. 165 с.

180. Мішакіна Ю. Використання сервісів Web 2.0 та Web 3.0 у навчальному процесі. *Вісник Книжкової палати*. 2012. № 9. С. 1–3.

181. Мокия-Сербина С.А., Чечель В.В., Заболотная Н.И. Социальная ориентация подготовки педиатра на последипломном этапе. *Современная педиатрия*, 2017. № 8 (88). С. 125–129.

182. Мокія-Сербіна С.О., Чечель В.В. Удосконалення підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини з питань амбулаторної медицини. *Медична освіта*, 2018. № 4. С. 71–72.

183. Молчанова А.О. Толерантність як ціннісна основа професійної діяльності педагога: посіб. Київ: Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих НАПН України, 2013. 188 с.

184. Москаленко А.С., Семчук Н.М. О формировании компетенций командной работы у студентов колледжа. *Вектор науки ТГУ. Сер.: Педагогика, психология*. 2014. № 3 (18). С. 155–157., С. 156.

185. Москаленко В.О. Сучасні підходи до формування команди проекту. *Інтелект XXI*. 2014. № 5. С. 78–86.
186. Москаленко П.Г., Гадецький М.В. Основи теорії навчання. Х. : ХДПІ. 1992. 144 с.
187. Мучински П. Психология. Профессия. Карьера; [Пер. с англ. В. Белоусов]. 7-е изд. СПб. : Питер : Питер Принт, 2004. 538 с.
188. Наказ Міністерства освіти та науки України № 99 від 10.02.2010 р. „Про Концепцію організації підготовки магістрів в Україні”. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0099290-10#Text>
189. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 35 від 24.02.2000 р. „Про затвердження Положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування”. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0370-00#Text>
190. Налаштування освітніх структур в Європі (Tuning). URL : <http://www.unideusto.org/tuningeu/home.html>; <http://www.tuningrussia.org/>
191. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf
192. Нікогосян Л.Р., Асєєва Ю.О. Аксіологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. *Science and Education*. 2017. Issue 4. С. 33–38.
193. Нова українська школа. Чотири сервіси, які допоможуть організувати дистанційне навчання. URL: <https://nus.org.ua/articles/chotyry-servisy-yaki-dopomozhut-organizuvaty-dystantsijne-navchannya/>
194. Носкова М. В., Ершова А. А., Староверов А.А Патриотизм, милосердие и гуманизм как профессионально важные качества врача: мнение будущих врачей и жителей Екатеринбурга. *Вестник Уральского государственного медицинского университета*. 2016. Вып. 4. С. 84–85.
195. Овчинникова М.В. Синергетичний підхід як методологічна основа дослідження системи підготовки майбутніх учителів математики до науково-

дослідницької діяльності. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія*. 2013. Вип. 39 (2). С. 263–271.

196. Окунева В.С. Обеспечение теоретической готовности формирования компетентности студента к работе в команде в процессе профессионального образования. *Вестник Красноярского государственного педагогического университета имени В.П. Астафьева*. 2014. № 2 (28). С. 76–80.

197. Окунева В.С. Формирование компетентности командной работы студентов вуза: дисс. ... канд. пед. наук; спец.: 13.00.08; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. 252 с.

198. Онищук Л.А. Теоретико-методологічні засади конструювання та реалізації змісту освіти. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*. 2016. Вип. 1 (12). С. 45–53.

199. Орел-Халік Ю.В., Саламашенко О.М. Комунікація як один із провідних чинників фахової компетентності майбутніх лікарів. *Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників психологічних та педагогічних наук: матер. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 25–26 березня 2016 р.)*. Львів: ГО „Львівська педагогічна спільнота”, 2016. 108 с.

200. Павленко Т. Почему они конфликтуют? Общение дошкольников. *Дошкольное воспитание*. 2012. № 1. С. 72–77.

201. Павлишин Г.А., Бігуняк Т.В., Саварин Т.В. Кейс-метод навчання у медичній освіті. *Медична освіта*. 2015. № 3. С. 67–69.

202. Панина Т.С., Вавилова Л.Н. Современные способы активизации обучения : учеб. пособ. 4-е изд., стер. М. : Академия, 2008. 176 с.

203. Пахомова Н. Інтеграція як провідна тенденція розвитку суспільства та освіти: історико-педагогічний аспект. *Витоки педагогічної майстерності*. 2013. Вип. 11. С. 250–256.

204. Педагогіка и психология высшей школы : учеб. пособие для студентов и аспирантов вузов. [М.В. Буланова-Топоркова и др.]. 2-е. изд., доп. и перераб. Ростов н/Д : Феникс, 2002. 543 с.

205. Педагогическая энциклопедия / [под ред. И.А. Каирова и др.]. М. : Советская энциклопедия, 1964. 911 с.
206. Педагогічні технології в підготовці вчителів : навч. посіб. / кол. авторів ; за ред. І.Ф. Прокопенка. 3-є вид., допов. і переробл. Харків : ХНПУ, 2018. 457 с.
207. Петровская Л.А. Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг. М.: Издво МГУ, 1989. 216 с.
208. Петровский А.В. Возникновение и сущность стратометрического подхода к психологии коллектива. *Психологическая теория коллектива*. М. : Педагогика, 1979. С. 20–42.
209. Петровского А.В. Психология развивающейся личности. М., 1987.
210. Підгородецька В.М. Проблема формування мотивації навчальної діяльності студентів. *Научный прогресс на рубеже тысячелетий*: матер. II междунар. науч.-практ. конф. (1–15 июня 2007 г.). Днепропетровск : Наука и образование. 2007. Т. 9. С. 23–26.
211. Пісоцька Л. Виховання доброзичливості у дітей дошкільного віку як педагогічна проблема. *Освітній простір України*. 2018. Вип. 13. С. 115–119.
212. Платонов Ю.П. Основы этнической психологии: учеб. пособ. СПб.: Речь, 2003, 452 с.
213. Плотникова Н.Ф. Командный подход в обучении: учеб.-метод. пособ. Казань: Казан. ун-т, 2016. 96 с.
214. Пляка Л.В., Кайдалова Л.Г., Альохіна Н.В. Формування стресостійкості як складової психічного здоров'я сучасного викладача. *Молодий вчений*. 2019. № 3 (67). С. 144–148.
215. Погорелова И.Г., Жукова Е.В., Калягин А.Н. Использование кейс-метода в высшем медицинском образовании. *Сибирский медицинский журнал*. 2010. № 93 (2). С. 147–149.
216. Погребняк Д.В. Педагогічне моделювання розвитку фахової компетентності начальників фізичної підготовки спорту військових частин збройних сил України в системі післядипломної освіти. *Теорія і методика*

професійної освіти, 2019. Вип. 18. Т. 2. С. 67–72. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-6085-2019-18-2-14>

217. Подрушняк В.Б. Обґрунтування і розробка кваліфікаційних критеріїв у системі професійної підготовки і використання медичних кадрів в охороні здоров'я : автореф. дис. ... канд. мед. наук; спец.: 14.02.03; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. К., 2002. 20 с.

218. Полякова О.П. Актуальність формування доброзичливих взаємин між старшими дошкільниками. *Наукові записки НДУ ім. М.Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. 2014. № 4. С. 106–109.

219. Пометун О.І. Теорія і практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн. К.: КІС, 2004.

220. Пономаренко Т.О. Формування доброзичливого відношення до однолітків у дітей молодшого дошкільного віку. *Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання*. 2016. С. 117–125.

221. Попова О.В. Контекстний підхід як детермінанта професійно-мовленнєвої підготовки майбутніх перекладачів китайської мови. *Наука і освіта*. 2015. № 9. С. 156–166.

222. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ МОЗ України та Академії медичних наук України від 12 вересня 2008 р. № 522/51. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0522282-08#Text>

223. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій : Постанова КМ України від 23.11.2011 р. № 1341. Сайт Кабінету Міністрів України. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/13412011%D0%BF>

224. Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 732 від 21 вересня 2012 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0732282-12#Text>

225. Прохор І. Формування командного лідерства в університеті : навч. посіб. К. : ДП „НВЦ „Пріоритети”, 2016. 40 с.

226. Психологические тесты для профессионалов. Авт. сост Н.Ф. Гребень. Минск: Современ. шк., 2007. 496 с.
227. Психологічне забезпечення професійної діяльності. За ред. Г.С. Нікіфорова. СПб. : Світ, 1991. 355 с.
228. Пустовіт Г.П., Магрламова К.Г. Науково-методичні рекомендації щодо удосконалення професійної підготовки майбутніх лікарів у вітчизняній системі медичної освіти. *European Humanities Studies: State and Society*. С. 162–180
229. Ратовська С.В. Технології кооперативного навчання як засіб удосконалення підготовки майбутніх педагогів. *Науковий вісник МДУ імені В.О. Сухомлинського*. 2010. Вип. 1.31. С. 158–165.
230. Ребенок В.М. Особистісно-орієнтований підхід у процесі професійної підготовки майбутніх учителів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Педагогічні науки*. 2016, Вип. 137. С. 151–154.
231. Резанович А.Е. Развитие готовности студентов вузов к организаторской деятельности : автореф. дисс. ... канд. пед. наук; спец. : 13.00.08. Магнитогорск, 2002. 22 с.
232. Реньш М.А., Садовникова Н.О., Лопес Е.Г. Социально-психологический тренинг: практикум. Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО „Рос. гос. проф.-пед. ун-т”, 2007. 190 с.
233. Роббинс Х., Финли М. Почему не работают команды? Что идет не так, и как это исправить. М. : Добрая книга, 2005. 304 с.
234. Романець І.В., Маркова С.В., Головань О.О. Актуальні проблеми формування командобудування як фактор ефективного управління бізнесом. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*, 2018. Вип. 3 (14). С. 303–307.
235. Рыскулова М.Н. Формирование умений командной работы у студентов технических вузов. URL: <https://doi.org/10.24158/spp.2018.12.39>
236. Рыскулова Н.М. Интегративно-фасетный метод подготовки студентов к коллективной работе в команде. *Высшее образование сегодня*. 2017. № 12. С. 17–20.

237. Сабатовська І. С., Кайдалова Л. Г. Моделювання діяльності фахівця : навч. посіб. Х. : НФаУ, 2014. 180 с. С. 23.
238. Савва Л.И., Гасаненко Е.А., Шахмаева К.Е. Готовность студентов технического вуза к командной работе как основа профессионального имиджа. *Перспективы Науки и Образования*. 2018. № 6 (36).
239. Садова Т.А., Георгян Н.М. Діагностика навчально-пізнавальної діяльності студентів закладу вищої освіти: навч.-метод. посіб. Слов'янськ, 2019. 87 с.
240. Селевко Г. К. Сучасні освітні технології : навч. посіб. М. : Народна освіта, 1998. 256 с.
241. Селевко Г. Компетентности и их классификация. *Народное образование*. 2004. №4. С.138–143.
242. Селезньова О.М. Лекція як одна з форм занять навчальної дисципліни „Інформаційне право”. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2015. Вип. 30. Т. 2. С. 72–75.
243. Семаньків М., Білусяк Б. Використання Інтернет-сервісів в навчальному процесі. *Інформаційні технології та комп'ютерне моделювання*: матер. міжнар. наук.-практ. конф. 2019. С. 97–100.
244. Семенова О.В. Педагогічне моделювання: функції та складові. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету*. 2015, Вип. 3. С. 299–305.
245. Семиченко В.А. Моделювання структури педагогічної діяльності. Ялта: Надія, 2000. 76 с.
246. Сисоєва С.О. Інтерактивні технології навчання дорослих: навч.-метод. посіб.; НАПН України, Ін-т педагогічної освіти і освіти дорослих. К. : ВД „ЕКМО”, 2011. 324 с.
247. Сисоєва С.О. Педагогічні технології: коротка характеристика сутнісних ознак. *Педагогічний процес: теорія та практика*, 2006. № 2. С. 127–131.
248. Скрипник І.М., Сорокіна С.І., Шевченко Т.І., Кудря І.П., Шапошник О.А. Кейс-метод як приклад інтерактивного навчання студентів-

медиків клінічним дисциплінам. *Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання*. 2012. С. 372–377.

249. Скрябіна Т.О. Формування ціннісних орієнтацій студентів вищих медичних навчальних закладів у процесі вивчення дисциплін соціально-гуманітарного циклу: автореф. дис. ... канд. пед. наук; спец.: 13.00.04. Луганськ, 2010. 20 с.

250. Словарь по профориентации и психологической поддержке. *Наука и образование*. URL: <http://technomag.edu.ru/doc/42344.html>

251. Смирнов М.А. Он-лайн коммунікації в фармацевтичному бізнесі. *Диалогические коммуникации в бизнесе*: матер. Междунар. науч.-практ. интернет-конф. М.: АПК и ППРО, 2011. С. 198–213.

252. Сокольникова М.Н. Воспитание доброжелательных отношений у старших дошкольников на физкультурных занятиях: автореф. дис. ... канд. пед. наук; РГПУ им. А.И. Герцена. СПб., 1998. 19 с.

253. Солдатова Г.У., Кравцова О.А., Хулаев О.Е. и др. Психодиагностика толерантности. *Психологи о мигрантах и миграции в России*. М., 2002. № 4. С. 59–65.

254. Сологор І.М., Бережанська Ю.В. Вебінар як одна з перспективних форм дистанційного навчання іноземній мові у вищих медичних навчальних закладах. *Сучасні технології управління навчальним процесом у вищих медичних навчальних закладах* : матер. навч.-наук. конф. з міжнар. участю. Полтава, 2014. С. 210–211.

255. Сорокина Т.С. История медицины. Москва: Академия, 2008. 244 с.

256. Співаковський О.В., Щедролосьєв Д.Є. Управління ІТ вищих навчальних закладів: як інформаційні технології допомагають зробити управління ефективним : метод. посіб. Херсон : Атлант, 2006. 356 с.

257. Стандарту вищої освіти другого (магістерського) рівня галузі знань 22 „Охорона здоров'я” спеціальності 228 „Педіатрія”. К., Міністерство освіти і науки України, 2018. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/vyshcha/naukovo-metodychna_rada/proekty_standartiv_VO/228-pediatriya-2018-na-obgovorenniya.doc

258. Степанов О.М., Фіцула М.М. Основи психології і педагогіки : навч. посіб. К. : Академвидав, 2006. 520 с.
259. Стеценко Г.В. Технологія Веб 2.0 як засіб використання Веб-ресурсів майбутніми вчителями інформатики. URL: <http://galanet.at.ua/publ/1-1-0-27>
260. Столяренко О.В., Столяренко О.В. Моделювання педагогічної діяльності у підготовці фахівця: навч.-метод. посіб. Вінниця: ТОВ „Нілан-ЛТД”, 2015. 196 с.
261. Столяренко Т.Л. Студентоцентризм як засіб реалізації компетентнісного підходу в навчанні. *Педагогічні читання*, 2018. URL: https://college.nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2018/01/Stoliarenko_pedagog-chyt-2018.pdf
262. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні: розпорядженням Кабінету Міністрів України № 95-р від 27 лютого 2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#n8>
263. Суховская В.В., Протопопова Н.В., Павлова Т.И., Суховский В.С. Эффективное обучение врачей любой специальности для ликвидации острых состояний. *Медико-биологические аспекты безопасности*. 2016. № 4. Т. 1. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_27466788_89570901.pdf
264. Сучасні проблеми та шляхи розвитку педіатрії в Україні „Здоров’я України” (27.03.2015), С. 8–9
265. Теплицька А.О. Модель і моделювання в професійній освіті майбутніх учителів. *Духовність особистостіЖ: методологія, теорія і практика*, 2015. Вип. 6. С. 181–191.
266. Тимкина Ю.Ю., Михайлова Ю.В. Работа в команде при решении кейсов на иностранном языке в ВУЗе. *Гуманизация образования*. 2014. № 4. С. 55–60.
267. Титова Н.М. Теоретичні і методичні засади психолого-педагогічної підготовки майбутніх педагогів професійного навчання: дис. ... д-ра пед. н.; спец.: 13.00.04; Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. Київ, 2019. 498 с.
268. Тихолаз С.І. Контекстний підхід до організації навчального процесу як умова розвитку професійної спрямованості студентів медичного університету.

Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету „Україна”. 2011. № 4. С. 165–169.

269. Толковый словарь русского языка начала XXI века: Актуальная лексика: Около 8500 слов и устойчивых словосочетаний. Под ред. Г.Н. Складневская. М. : ЭКСМО, 2006. 1131 с.

270. Торрингтон Д., Холл Л., Тэйлор С. Управление человеческими ресурсами : учеб. : пер. 5-го англ. Издания. Науч. ред. перевода А.Е. Хачатуров. М. : Издательство „Дело и сервис”, 2004. 572 с.

271. Троїцька О., Денисенко Н. Діалогізація компетентнісного зростання майбутнього фахівця: методологічна рефлексія. *Українська професійна освіта*, 2018. № 3. С. 44–50.

272. Узнадзе Д.Н. Психология установки. СПб: Питер, 2001. 416 с.

273. Ульянова Л.В., Леднева В.С., Талыкова М.И., Корчагина Н.С., Крючкова А.В. Особенности подготовки врачей-педиатров в медицинском вузе, проблемы и решения. *Образование и педагогика: теория, методология, опыт* : монография (Чебоксары, 23 март 2020 г.). Чебоксары: ИД „Среда”, 2020. С. 127–133.

274. Ульянова Н.А. Формирование готовности будущего врача-педиатра к использованию средств физической культуры для сохранения репродуктивной функции у девочек-подростков: дисс. ... канд. пед наук; спец.: 13.00.08. Барнаул, 2006.

275. Устименко Ю.С. Мотиваційно-цільовий складник технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2016. № 47 (100). С. 368–375.

276. Фаст О.Л. Партисипативний супровід формування педагогічної самоєфективності майбутніх учителів початкових класів. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. Запоріжжя : КПУ, 2020. Вип. 68. С. 202–207.

277. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М. : Институт Психотерапии, 2005. С. 177–179.

278. Філь О.А. Формування психологічної готовності персоналу організацій до роботи в конкурентноздатній управлінській команді: автореф. дис. ... псих. н.; спец.: 19.00.10.; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ, 2006. 24 с.

279. Фопель К. Команда: консультирование и тренинг организаций [Пер. с нем. М. Полякова]. М. : Генезис, 2005. 395 с.

280. Фопель К. Создание команды. Психологические игры и упражнения. Пер. с нем. М. : Генезис, 2002. 400 с.

281. Фридман Л.М. Педагогический опыт глазами психолога. М., 1987. 224 с.

282. Фурдуй С.Б. Компетентнісний підхід у вищій школі в Україні: розробка та впровадження ідей при підготовці фахівців соціономічної сфери. *Молодий вчений*, 2017. № 3 (43). С. 485–489.

283. Хейз Н. Успех – один на всех: Основные аспекты эффективного руководства командой. Пер. с англ. Днепропетровск: Баланс Бизнес Букс, 2005. 240 с.

284. Ходань О.Л. Компетентнісний підхід до підготовки майбутніх фахівців у ВНЗ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. : Педагогіка, соціальна робота*, 2013. Вип. 29. С. 232–235.

285. Хотовицкий С.Ф. Педиатрика. СПб., 1847. 900 с.

286. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров: дисс. ... канд. псих. наук; спец.: 19.00.05. Санкт-Петербург, 1994. 167 с.

287. Цвіренко С.М., Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Соловійова Г.О., Жук Л.А. Деонтологічні питання та особливості висвітлення при підготовці лікаря-педіатра в сучасних умовах. *Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи* : зб. статей IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Полтава, 7–8 листопада 2019 р.). Полтава, 2019. С. 418–423.

288. Циганенко І.В., Овчаренко Л.К. Стратегічні напрями вдосконалення підготовки медичних кадрів у вищій школі. *Основні напрямки удосконалення підготовки медичних кадрів у сучасних умовах*: матер. навч.-метод. конф. Полтава, 2015. С. 256–258.

289. Цимбровська Х.І. Методика формування у майбутніх лікарів-педіатрів професійно орієнтованої англомовної компетентності в усному спілкуванні : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. наук; спец.: 13.00.02; Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2017. 20 с.

290. Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г. Пропедевтична педіатрія. К., 1999. 578 с.

291. Чернета С. Соціальна активність особистості як умова розвитку сучасного українського суспільства. *Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2015. № 1. С. 177–180.

292. Чижевський С.О., Приходько І.І., Колесніченко О.О. та ін. Психологічний тренінг „Створення команди”: посіб. За заг. ред. генерал-майора Я.Б. Сподара. К. : Друкарня ІВЦ НГУ, 2016. 20 с.

293. Шабанова Ю.О. Системний підхід у вищій школі: підруч. [для студ. магістратури]. Д.: НГУ, 2014. 120 с.

294. Шавкун І.Г. Командний менеджмент: аксіологічний вимір. *Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії*, 2010. Вип. 42. С. 218–226.

295. Шалімова І.М. Модель формування готовності керівника професійно-технічного навчального закладу до роботи в конкурентноздатній управлінській команді. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2017. № 56–57. С. 273–284.

296. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х. : Прапор, 2007. 640 с.

297. Шаров А.С. Психология познания человека: учеб. пособ. [для студ. пед. ин-тов.]. Омск: ОмГПУ. 1994. 130 с.

298. Шахмаева К.Е. Формирование готовности к командной работе студентов технического вуза в процессе профессиональной подготовки: дисс. ... канд. пед.н.; спец.: 13.00.08. Магнитогорск, 2019. 196 с.

299. Шешукова О.В., Казакова К.С., Труфанова В.П., Поліщук Т.В. Дискусійний метод – ефективна форма інтерактивного навчального процесу в підготовці лікарів-інтернів на кафедрі дитячої стоматології. *Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні* : матер. навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 21 березня 2019 р. Полтава, 2019. С. 243–245.

300. Штофф В.А. Моделирование и философия. Ленинград: Наука, 1966. 302 с.

301. Щербатых Ю.В. Психология стресса. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 304 с.

302. Энциклопедия Wikipedia <http://en.wikipedia.org/wiki/Casestudy> : Jones K. Simulations in Language Teaching. Cambridge: CUP, 1992.

303. Юдаева Ю.А., О.В. Соловых Внедрение командного симуляционного курса „Экстренная помощь” в программу повышения квалификации врача-косметолога. *Современные образовательные технологии в мировом учебно-воспитательном пространстве*: матер. XIII Междун. науч.-практ. конф. Новосибирск: Издательство ЦРНС, 2017. С. 172–176.

304. Ягоднікова В.В. Я Інтерактивні форми і методи навчання у вищій школі: навч.-метод. посіб. К.: Персонал, 2009. 80 с.

305. Якиманская И.С. Разработка технологии личностно-ориентированного обучения. *Вопросы психологии*. 1995. № 2. 1995.

306. Янкович О., Беднарек Ю., Анджеєвська А. Освітні технології сучасних навчальних закладів: навч.-метод. посіб. Тернопіль : ТНПУ ім В. Гнатюка, 2015. 212 с.

307. Auerbach A.D., Sehgal N.L., Blegen M.A Effects of a multicentre teamwork and communication programme on patient outcomes: results from the Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) project. *BMJ Qual. Saf.* 2012. Vol. 21. № 2. pp. 118–126.

308. Bajnok I., Puddester D., Macdonald C.J. Building positive relationships in healthcare: evaluation of the Teams of Interprofessional Staff interprofessional education program. *Contemp. Nurse*. 2012. Vol. 42. № 1. pp. 76–89.

309. Baker D.P., Salas E., King H., Battles C., Barach P. The Role of Teamwork in the Professional Education of Physicians: Current Status and Assessment Recommendations. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2005, 31(4):185-202.

310. Banerjee A., Slagle J., Nathaniel D., Mercaldo D., Booker R., Miller A., France D., Rawn L., Weinger M. A simulation-based curriculum to introduce key teamwork principles to entering medical students. *BMC Medical Education*. 2016. 16:295. DOI 10.1186/s12909-016-0808-9

311. Barrows H.S. A taxonomy of problem-based learning concepts. *Med. Teach*. 1986. Vol. 20. № 6. pp. 481–486. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3796328>

312. Brill N.I. (1976) *Teamwork: Working Together in the Human Services*. Lippincott, New York

313. Bunnell C.A., Gross A.H., Weingart S.N. et al. High performance teamwork training and systems redesign in outpatient oncology. *BMJ Qual. Saf.* 2013. Vol. 22. № 5. P. 405–413.

314. Chochinov J. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*, vol 335.

315. Clark P.G., Spence D.L., Sheehan J.L. A service/learning model for interdisciplinary teamwork in health and aging. *Gerontol Geriatr Educ*, 1986;6:3e16.

316. Collins English Dictionary: 6th edn. HarperCollins, Glasgow, 2003.

317. Colon-Emeric C.S., McConnell E., Pinheiro S.O. et al. Connect for better fall prevention in nursing homes: results from a pilot intervention study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2013. V. 61. № 12. pp. 2150–2159.

318. Coster S, Norman I, Murrells T, Kitchen S, Meerabeau E, Sooboodoo E, et al. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:1667–81.

319. Daft R. Teamwork in organisations. *In R. Daft* (ed.), *Management*, 6th ed. (pp. 614–636). Ohio, USA: South Western.
320. Dantas E., Daoud R., Trott A., Nodari R., Conceição M. Flexibility: components, proprioceptive mechanisms and methods. *Biomedical Human Kinetics*, 2011. № 3. pp. 39–43. DOI: 10.2478/v10101-011-0009-2
321. Department of Health. The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform. Department of Health, London. 2000.
322. Dohrenwend B.P. The Social Psychological Nature of stress: A Framework for Causal Inquiry. *Journal Abnormal Social Psychology*. 1966. Vol. 62. pp. 29–34.
323. Drinka T. & Ray R.O. An investigation of power in an interdisciplinary health care team. *Gerontology & Geriatrics Education*. 1987. 6 (3), pp. 43–53.
324. Dubey S., Dubey A. Promotion of higher order of cognition in undergraduate medical students using case-based approach. *Journal of Education and Health Promotion*. 2017. Vol. 6. pp. 75.
325. Firth-Cozens J., Cornwell J. The Point of Care Enabling compassionate care in acute hospital settings. 2009. URL: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/poc-enabling-compassionate-care-hospital-settings-apr09.pdf
326. Gaba D, Howard S, Fish K, Smith B, Sowb Y. Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): a decade of experience. *Simul Gaming*. 2001. 32:175–93.
327. Giorgdze M., Dgebuadze M. Interactive teaching methods: challenges and perspectives. *International E-Journal of Advances in Education*, 2017. Vol. III. Issue 9. pp. 544–548.
328. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ*. 2001;35:867e75.
329. Hallikainen H., Väisänen O., Randell T. et al. Teaching anaesthesia induction to medical students: comparison between full-scale simulation and supervised teaching in the operating theatre. *Eur. J. Anaesth*. 2009. Vol. 26. pp. 101–104.

330. Holcomb J.B., Dumire R.D., Crommett J.W. et al. Evaluation of trauma team performance using an advanced human patient simulator for resuscitation training. 2002. Vol. 52. pp. 1078–1085.

331. Howard A., Scott R.A. A Proposed Framework for the Analysis of stress in Human Organism. *Behavioral Sciences*. 1965. Vol. 10. pp. 196.

332. Institute of Medicine. Keeping Patients Safe. National Academy Press, Washington, DC. 2004.

333. Ivanovich J.M., Mattenson M.T. Stress and work: A Managerial Perspective. London : Glenview, 1980. 360 p.

334. Johnson D.W., Johnson R.T. Learning together and alone: Cooperative, competitive, and individualistic learning. Boston, 1984. 97 p.

335. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future pediatricians as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference „Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”*: Conference proceedings (21–22 December 2018). BaiaMare: BaltijaPublishing. pp. 163–166.

336. Karpova M.Ye. The structure of readiness of future pediatricians to work in a team. *Colloquium-journal*. Warszawa, Polska, 2020, № 31 (83), part 2, pp. 48–50.

337. Katzenbach J.R., Smith D.K. The wisdom of teams: creating the high-performance organization. New York : Ballantine Books, 1997. 409 p.

338. King H.B., Battles J., Baker D.P., Alonso A., Salas E., Webster J., Toomey L., Salisbury M. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2008. Vol. 3. pp. 1–17.

339. Kohn L.T, Corrigan J.M, Donaldson M.S. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Healthcare in America. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000. 311 p

340. Kohn L.T, Corrigan J.M, Donaldson M.S. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Healthcare in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.

341. Kulakova E. [et. al] Video concept maps in medical education. AMEE. 2014 : Abstract book. Milan, 2014. P. 410.

342. Kutbiddinova R., Eromasova A., Romanov M. The Use of Interactive Methods in the Educational Process of the Higher Education Institution. *International Journal of Environmental & Science Education*, 2016. Vol. 11, No. 14. pp. 6557–6572

343. Lowenstein J. The Midnight Meal and Other Essays About Doctors, Patients, and Medicine. New Haven: Yale University Press. 2008.

344. Mai W.Y., Brindle M.E., Ronksley P.E. Use of simulation-based education to improve outcomes of central venous catheterization: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*. 2011. Vol. 86. pp. 1137–1147.

345. McConaughy E. Crew resource management in healthcare the evolution of teamwork training and MedTeams. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2008. 22(2), pp. 96–104.

346. Mechanic D. Students under Stress. N.-Y. : Free Press, 1962. 368 p.

347. Mickan S., Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review*. 2000. Vol. 23. pp. 179–192.

348. Morgan P.J., Tarshis J., LeBlanc V. et al. Efficacy of high-fidelity simulation debriefing on the performance of practicing anaesthetists in simulated scenarios. *Br. J. Anaesth.* 2009. Vol. 103. P. 531-537

349. Mosby's Dictionary of Medical, Nursing and Allied Health. 6th edn. Mosby, St Louis, MO. 2002.

350. Peikes D., Taylor E.F., Crosson J. et al. Primary Care Practice Facilitation Curriculum Module 30. *Building Teams in Primary Care*. 2015. pp. 9–16.

351. Petrie H. Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry. *Educ Res.* 1976;5:9–15

352. Savoldelli G.L., Naik V.N., Park J. et al. Value of debriefing during simulated crisis management: oral versus video-assisted oral feedback. *Anesthesiology*. 2006. Vol. 105. pp. 279–285.

353. Sehgal N.L., Fox M., Vidyarthi A.R., Sharpe B.A., Gearhart S., Bookwalter T., Barker J., Alldredge B.K., Blegen M.A., Wachter R.M. A Multidisciplinary Teamwork Training Program: The Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) Experience. *Journal of General Internal Medicine*, 2008. Vol. 23, pp. 2053–2057.

354. Siu H., Laschinger S.H. & Finegan J. Setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 2008. 38(5), pp. 250–257.

355. Sundar E., Sundar S., Pawlowski J., Blum R., Feinstein D., & Pratt S. Crew resource management and team training. *Anesthesiology Clinics*, 2007. 25(2), pp. 283–300

356. Sundstrom E., De Meuse K.P., Futrell D. Work teams. *American Psychologist*. 1990. № .45. pp. 120–133.

357. Thistlethwaite J. E., Davies D., Ekeocha S. et al. The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. *Medical Teacher*. 2012. Vol. 34 (6). pp. 421–444.

358. Thomas L., Galla C. Republished: Building a culture of safety through team training and engagement. *Postgraduate Medical Journal*, 2013. № 89. pp. 394–401.

359. Volkova N., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future paediatricians' readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School*: monograph. Prague, OKTAN PRINT, 2020, pp. 592–603.

360. Volkova N.P., Kozhushko S.P., Verchenko L.S. Students Creativity Development: Motivation and Stimulation. Theory and practice of introduction of competence approach to higher education in Ukraine : monograph. Vienna: Premier Publishing, 2019. pp. 294–304.

361. Wageman R., Hackman R., Lehman E. The Team Diagnostic Survey: Development of an instrument. *Journal of Applied Behavioral Science*. 2005. Vol. 41. pp. 373-398.

362. Wheeler D., Stoller J.K. Teamwork, teambuilding and leadership in respiratory and health care. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 2011, vol. 47, no. 1, pp. 6–11.

363. Wiener N. *Stress and Health*. California : Brooks ; Cole Publishing Company, 1992. 228 p.

364. Xyrichis A. & Ream E. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 61(2), 232–241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496

ДОДАТКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ [81]

ПРОФЕСІОНАЛИ В ГАЛУЗІ ЛІКУВАЛЬНОЇ СПРАВИ (КРІМ СТОМАТОЛОГІЇ)

ЛІКАР-ПЕДІАТР

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію педіатричної допомоги.

Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих дітей та підлітків. Надає швидко та невідкладну медичну допомогу хворим. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Проводить консультації за направленнями лікарів інших спеціальностей. Бере участь в проведенні протиепідемічних заходів у разі виникнення осередку інфекції. Дотримується принципів медичної деонтології. Керує роботою середнього медичного персоналу. Планує роботу та проводить аналіз її результатів. Веде лікарську документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; організацію педіатричної допомоги; права, обов'язки та відповідальність лікаря-педіатра; показники роботи закладів охорони здоров'я, пологових будинків, дитячих дошкільних закладів, шкіл, дитячих будинків, станцій швидкої допомоги та інших установ, робота яких пов'язана з обслуговуванням дітей; основи нормальної та патологічної анатомії, фізіології, кровотворення та гемостазу, водно-електролітного обміну, кислотно-основної рівноваги, імунології, генетики та фармакології; клініку, методи профілактики, діагностики та лікування основних соматичних і інфекційних захворювань, патологічних станів у дітей; суб'єктивні, об'єктивні та спеціальні методи обстеження дітей, трактування даних цих обстежень; сучасну класифікацію дитячих хвороб; питання диспансеризації хворих дітей і профілактики хронічних форм захворювань; правила видачі довідок та листів непрацездатності до догляду за хворою дитиною; питання організації і завдання гігієнічного навчання та виховання дітей; принципи раціонального (збалансованого) вигодовування і харчування дітей, дієтотерапію при різних видах патології; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-педіатр вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Лікар-педіатр I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 7 років.

Лікар-педіатр II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 5 років.

Лікар-педіатр: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

52. ЛІКАР-ПЕДІАТР ДІЛЬНИЧНИЙ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію педіатричної допомоги.

Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики та лікування захворювань дітей та підлітків, що проживають на території обслуговування поліклінік. Надає швидку та невідкладну медичну допомогу хворим. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Проводить консультації за направленнями лікарів інших спеціальностей, в тому числі і вдома. Організовує диспансеризацію дітей та підлітків відповідно до встановленого переліку нозологічних форм. Відповідає за проведення профілактичних щеплень і дегельмінтизації дітей. Направляє хворих дітей на госпіталізацію в дитячі лікувально-профілактичні, а також санаторно-курортні заклади. Забезпечує взаємодію поліклінічної та стаціонарної допомоги, здійснює доліковування хворих дітей, виписаних зі стаціонару. Дотримується принципів медичної деонтології. Керує роботою середнього медичного персоналу. Видає довідки та листки непрацездатності по догляду за хворою дитиною. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед дітей, батьків та педагогів.

Аналізує показники захворюваності та смертності дитячого населення регіону обслуговування та розробляє заходи щодо їх оптимізації. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основи права в медицині; організацію педіатричної допомоги; права, обов'язки та відповідальність лікаря-педіатра; показники діяльності закладів охорони здоров'я, принципи роботи шкіл, дитячих будинків та інших установ, робота яких пов'язана з обслуговуванням дітей; основи нормальної та патологічної анатомії, фізіології, кровотворення та гемостазу, водно-електролітного обміну, кислотно-основної рівноваги, імунології, генетики та фармакології-клініку, методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації основних соматичних й інфекційних захворювань та патологічних станів у дітей; суб'єктивні, об'єктивні та спеціальні методи обстеження, трактування даних цих обстежень; сучасну класифікацію дитячих хвороб; організацію диспансеризації; правила видачі довідок та листів непрацездатності по догляду за хворою дитиною; принципи раціонального (збалансованого) вигодовування і харчування дітей, дієтотерапію при різних видах патології; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-педіатр дільничний вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 7 років.

Лікар-педіатр дільничний I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 5 років.

Лікар-педіатр дільничний II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 3 роки.

Лікар-педіатр дільничний: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Педіатрія" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

53. ЛІКАР-ПЕДІАТР-НЕОНАТОЛОГ

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію педіатричної служби.

Визначає ступінь ризику виникнення перинатальної патології, оцінює показники обстеження стану внутрішньоутробного плоду. Виявляє ознаки та проводить корекцію гіпоксії, пологової травми та інших патологічних станів новонародженого. Проводить первинний огляд новонародженого. Визначає ступінь зрілості та гестаційний вік, стан розвитку та здоров'я новонародженого, необхідність проведення реанімаційних заходів та обсяг невідкладної допомоги. Застосовує сучасні методи діагностики та лікування новонароджених з різними патологічними станами та захворюваннями. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Керує роботою середнього медичного персоналу. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед вагітних та матерів. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, положення Міжнародної Конвенції про права дитини та "Хартії прав дитини", прийняті Європейським регіональним бюро ВООЗ; основні положення охорони материнства і дитинства в Україні; організацію педіатричної та неонатологічної служби; права, обов'язки та відповідальність лікаря-неонатолога; принципи медико-генетичного консультування та обстеження; клініку, сучасні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації основних соматичних та інфекційних захворювань, патологічних станів у дітей; організацію диспансеризації, визначення перинатальної та дитячої смертності; структуру причин смерті новонароджених відповідно до Міжнародної класифікації хвороб; показники перинатальної смертності; правила оформлення медичної документації, сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги.

Лікар-педіатр-неонатолог вищої кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Неонатологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 10 років.

Закінчення дод. А

Лікар-педіатр-неонатолог I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Неонатологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 7 років.

Лікар-педіатр-неонатолог II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Неонатологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Безперервний професійний розвиток. Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом - понад 5 років.

Лікар-педіатр-неонатолог: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Медицина", спеціальністю "Педіатрія". Спеціалізація за фахом "Неонатологія" (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

**Перелік закладів вищої освіти України, що здійснюють підготовку
за освітньо-професійною програмою «Педіатрія» зі спеціальності
228 Педіатрія магістерського рівня вищої освіти**

№	Назва закладу вищої освіти	Місто	Інтернет-адреса
1.	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця	Київ	http://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/fakultety/medychnyj-fakultet-3/navchalno-metodychna-robota/osvitno-profesijna-programa-spetsialnist-228-pediatriciya/
2.	Харківський національний медичний університет	Харків	http://knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=6215%3A-228-&catid=79%3A2019-11-11-12-57-02&Itemid=113&lang=uk
3.	Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	Львів	https://new.meduniv.lviv.ua/uploads/repository/dept/nv_dept/03.%D0%9E%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B8/01.%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%81%D1%82%D1%80/02.%D0%9E%D0%9F%D0%9F_%D0%9F%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%B0%D1%82%D1%80%D1%96%D1%8F_%202020.pdf
4.	Івано-Франківський національний медичний університет	Івано-Франківськ	https://www.ifnmu.edu.ua/images/diyalnist_universitetu/navchalna_robota/standarti/OPP/OPP_Pediatriciya.pdf
5.	Запорізький державний медичний університет	Запоріжжя	http://zsmu.edu.ua/upload/intext/181106_228_pediatr.pdf
6.	ДЗ «Луганський державний медичний університет»	Рубіжне	https://drive.google.com/file/d/1qEw3g0ZMDptB46TBWW4d-T5CYbFhAp9l/view
7.	Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова	Вінниця	https://www.vnmu.edu.ua/%D0%B7%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0-%D1%96%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F/%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D1%96-%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8
8.	Сумський державний університет	Суми	https://op.sumdu.edu.ua/#/programm/952
9.	Українська медична стоматологічна академія	Полтава	https://www.umsa.edu.ua/n-process/departament-npr/opp/pediatr
10.	Донецький національний медичний університет	Краматорськ	https://dnmu.edu.ua/osvitno-profesijna-programa-drugyj-osvitno-naukovyj-riven-3/

Додаток В

Анкета для майбутніх педіатрів [179, с. 155] (адаптовано М. Карповою)

Для встановлення можливості підготовки до роботи в команді просимо Вас відповісти на ряд питань:

<i>Питання</i>	<i>Так</i>	<i>Ні</i>	<i>Не знаю</i>
1. Чи необхідно Вам в майбутній професійній діяльності вміння працювати в команді?			
2. Чи є у Вас досвід роботи в команді в навчальній діяльності?			
3. Чи вважаєте Ви, що робота в команді відрізняється від роботи в групі та колективі?			
4. Будь-яка людина зможе працювати в команді?			
5. Чи потрібні Вам додаткові знання для ефективної роботи в команді?			
6. Чи вважаєте Ви, що навчальні дисципліни професійного циклу мають потенціал у формуванні готовності до роботи в команді?			
7. Чи часто викладачі закладу вищої освіти використовують групові форми роботи в пізнавальній діяльності?			
8. Чи вважаєте Ви, що робота в команді дозволить краще зрозуміти досліджуваний матеріал?			
9. Чи вважаєте Ви, що робота в команді на заняттях допоможе Вам встановити співробітницькі відносини з викладачем?			
10. Хотіли б Ви навчитись працювати в команді?			

Дякуємо за відповіді!

Анкета для викладачів [179, с. 156] (адаптовано М. Карповою)

Шановні колеги, для встановлення можливості підготовки майбутніх педіатрів для роботи в команді просимо Вас відповісти на ряд питань:

1. Які сучасні технології навчання Ви використовуєте на своїх заняттях?

2. Як часто Ви використовуєте групові форми роботи на своїх заняттях?

3. Які групові форми Ви використовуєте?

4. Як Ви вважаєте, є групові форми роботи більш-менш продуктивними, ніж індивідуальна робота студентів?

5. Як часто Ви організуєте роботу студентів у команді?

6. Чи можете Ви назвати відмітні характеристики роботи в команді студентів? _____

7. Чи є у Вас досвід роботи в команді?

8. Як Ви думаєте, чи буде організація роботи студентів у команді сприяти підвищенню якості навчання?

9. Як Ви вважаєте, чи мають дисципліни професійного циклу потенціал для формування готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів?

Дякуємо за відповіді!

ПРОГРАМА
тренінгу для викладачів, які здійснюють підготовку магістрантів,
які навчаються за освітньо-професійною програмою „Педіатрія”
зі спеціальності 228 Педіатрія
«КОМАНДНИЙ ПІДХІД В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ПЕДІАТРІВ»

Мета: засвоєння учасниками теорії і практики формування команд на принципах довіри, відкритості, ефективності комунікацій; формування умінь використання інтерактивних технологій навчання під час підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Завдання: засвоїти сутність понять «команда» і «командний підхід», різні типи команд, ознаки, що характеризують команду, відмінні ознаки понять «група», «колектив», «команда», етапи формування команди, стадії її розвитку і перетворення її в групу однодумців.

1.	Командна діяльність – інноваційний напрямок медичної освіти	2 год.
2.	Діалого-дискусійні технології у формуванні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді	2 год.
3.	Фасилітативні техніки в підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді	2 год.

Тема 1. Командна діяльність – інноваційний напрямок медичної освіти

1. *Мозковий штурм, метод незавершених речень.* «Команда – це.....».

Ведучий по черзі кидає м'яча кожному з учасників, що дають означення поняттю команди. Один з учасників фіксує всі варіанти на папері.

Підведення підсумків та відповідь на поставлене в завданні питання.

2. *Міні-лекція:* «Поняття команди. Основні відмінності команди від робочої групи».

Критерії відмінності	КОМАНДА	РОБОЧА ГРУПА
1. Фактори, що впливають на виконання роботи	Особистий внесок + продукт спільної роботи	Особистий внесок
2. Взаємодія з керівництвом	Роль керівництва – постановка цілей та вимог щодо виконання; виконання регулюється командою	Керівництво повністю регулює виконання завдання
3. Підзвітність	Внутрішньокорпоративна підзвітність	Відповідальність кожного члена групи перед керівництвом за індивідуальний результат

Продовження дод. Д

4. Спрямованість інтересів	Спільні зобов'язання	Загальні інтереси для досягнення мети
5. Мета	Визначається командою	Визначається згідно спільної мети організації
6. Результат	Командний	Сукупність індивідуальних результатів
7. Визначення лідера	Кожен член команди може стати лідером	Призначається керівництвом групи
8. Взаємодія	Командне обговорення та командне рішення	Самостійні рішення

3. *Групова дискусія*: «Чи потрібна команда сучасним педіатрам? Переваги та недоліки медичної команди».

4. *Карусель*. Учасники розсаджуються в два кола – внутрішнє і зовнішнє. Внутрішнє коло нерухоме, зовнішнє рухається. Можливі два варіанти використання методу – для дискусії (відбуваються «попарні суперечки», причому кожен учасник внутрішнього кола має власні, неповторювані докази), чи для обміну інформацією (учасники із зовнішнього кола, рухаючись, збирають дані). Рефлексія (кожна група висловлює свою думку).

5. *Підведення підсумків*.

Тема 2. Діалого-дискусійні технології у формуванні готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді

1. *Міні-лекція*: «Управління комунікаційними процесами в команді»

Управління комунікаційними процесами включає: пошук та визначення перешкод на шляху до ефективної комунікації; розробку і реалізацію способів усунення таких перешкод і підвищення ефективності комунікаційних процесів.

Існує багато факторів, що перешкоджають здійсненню ефективної комунікації, основними з яких є:

1. *Фільтрація*. Коли робітник говорить те, що бажає почути його керівник – він фільтрує інформацію. Фільтрація є функцією: а) конфлікту між сферами компетенції; б) конфлікту інтересів і потреб відправника і одержувача повідомлення; в) висоти структури організації (чим вище рівень управління, тим більше умов для фільтрації); г) отриманого досвіду попередніх негативних комунікацій.

2. *Вибіркове сприйняття*. Одержувач краще сприймає ту інформацію, яка відповідає його потребам, мотивації, досвіду та іншим особистим характеристикам. Ступінь зацікавленості в отримуваній інформації визначається його очікуваннями, а, отже, і визначає характер декодування інформації.

3. Семантичні бар'єри. Однакові слова мають різне значення для різних людей. Вік, освіта, культурне середовище – три найбільш важливих фактора, які впливають на значення слів, що використовуються в процесі комунікації. До організації люди приходять з різних типів середовища. Горизонтальні комунікації між спеціалістами одного профілю сприяють виникненню їх власного жаргону або специфічної технічної мови, яка незрозуміла іншим. У великих організаціях, які мають філіали в різних країнах, використовуються терміни, специфічні для відповідного регіону. Все це врешті-решт призводить до виникнення семантичних бар'єрів.

4. Поганий зворотній зв'язок.

5. Культурні відмінності (розбіжності) між відправником і одержувачем інформації.

6. Інформаційні перевантаження. Вони виникають внаслідок неможливості ефективно реагувати на всю інформацію, що отримується. Виникає потреба відсіювати найменш важливу інформацію та залишати тільки найсутєвішу.

Для підвищення ефективності комунікацій менеджер має вирішувати дві проблеми:

- по-перше, йому необхідно удосконалювати свої повідомлення;
- по-друге, йому слід удосконалювати механізм розуміння того, що інші намагаються передати йому в процесі комунікації.

Основними методами, що допомагають вирішувати такі проблеми, є:

1) регулювання інформаційних потоків (поділ проблем на такі, що вирішуються менеджером, і такі, що можуть бути розв'язаними підлеглими);

2) удосконалення зворотнього зв'язку на основі:

- формулювання запитань до слухача в процесі повідомлення;
- повторення всього або частини повідомлення;
- застосування різних варіантів викладання однієї і тієї самої інформації;

3) використання емпатії. Емпатія – це спроможність поставити себе на місце співбесідника, врахувати його почуття, особливості характеру тощо;

4) заохочення взаємної довіри;

5) спрощення мови повідомлення;

6) розвиток здібностей ефективно слухати (настанови "мистецтва ефективно слухати" Кіта Девіса).

Стиль і стратегія міжособових комунікацій. Стиль міжособових комунікацій – це манера поведінки однієї особи в процесі обміну інформацією з другою особою. Ця манера залежить в основному від ступеня обізнаності (рівня знань) як однієї, так другої сторони про інформацію, яка виступає предметом обміну. Різні комбінації обізнаності/необізнаності відправника та одержувача про інформацію для комунікації наведені у матриці, що носить назву "вікно Джохарі" (див. рис.1.).

В матриці "Вікно Джохарі" ідентифіковані чотири поля, в кожному з яких формується відповідний стиль міжособових комунікацій.

Продовження дод. Д

1. "Арена" (відкрита зона). В межах цього поля формуються умови для щонайефективніших міжособових комунікацій. Як відправник, так і одержувач повідомлення, достатньо обізнані про предмет комунікації, і тому спроможні ефективно підтримувати процес обміну інформацією. У відкритій зоні утворюються сприятливі умови для взаєморозуміння. Чим більше за розмірами поле "арени", тим ефективнішими будуть комунікації.

2. "Темна пляма" (сліпа зона). Одержувач достатньо обізнаний про сутність повідомлення, яке він має отримати. Відправник, навпаки, має невиразне уявлення про те, що він має повідомити, і, внаслідок цього, опиняється у вкрай не вигідному для нього становищі. Йому важко зрозуміти поведінку і рішення, що приймаються одержувачем інформації. За такої ситуації відправник намагається уникнути комунікацій і зруйнувати їх.

3. "Фасад" (секретна зона). Відправнику добре відома інформація, яка стає предметом комунікації, чого не можна сказати про одержувача. Проблема цього поля полягає у недостатній глибині (поверховості) комунікацій. Це пов'язано з тим, що відправник:

а) може не передавати таку інформацію, яку він вважає потенційно шкідливою для взаємовідносин з одержувачем;

б) побоюється, що інформація, яку він передаватиме в процесі комунікації, може зруйнувати його владу.

Внаслідок зазначених проблем секретної зони виникає ситуація "фасаду", тобто передається тільки така інформація, яка є вигідною для відправника. "Фасад" зменшує поле "арени" і звужує можливості для ефективної комунікації.

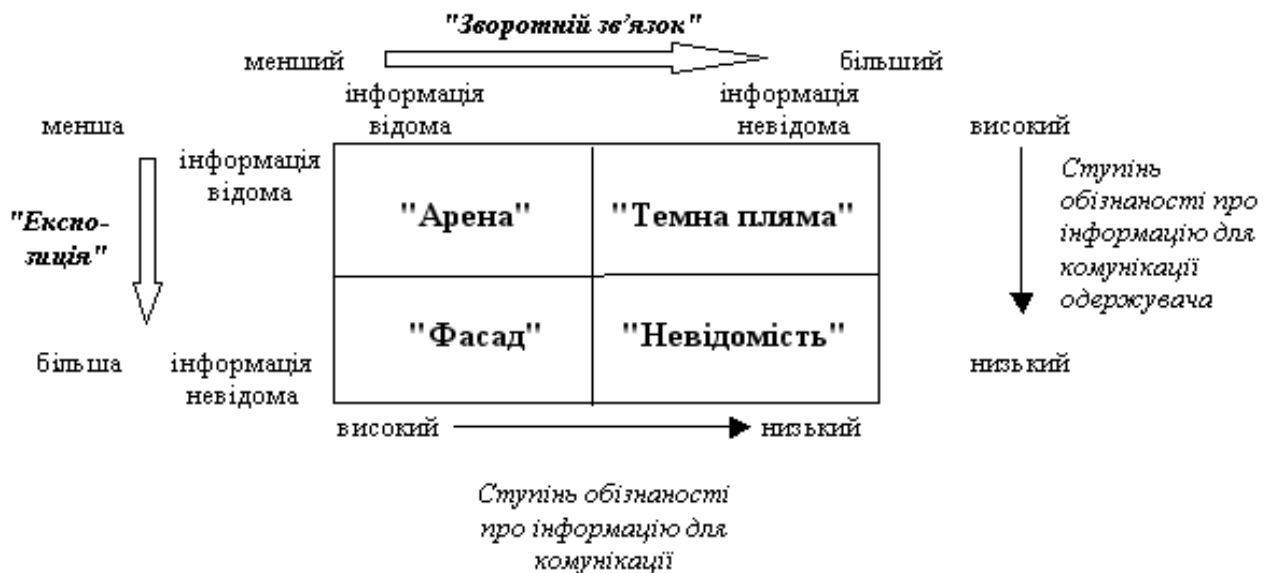


Рис. 1. Модель матриці "вікно Джохарі"

4. "Невідомість". Жодний з учасників комунікаційних процесів не обізнаний про предмет комунікацій. В цьому випадку ефективність комунікації є найменшою.

Підведення підсумків. Рефлексія.

Тема 3. Фасилітативні техніки в підготовці майбутніх педіатрів до роботи в команді

1. *Міні-лекція*: «Поняття фасилітації. Роль фасилітатора в командній роботі».

Фасилітація (від англ. Facilitate – полегшувати, допомагати, сприяти) – засіб мотивування команди, технологія управління процесом групового обговорення та вирішення проблем. Фасилітація спрямована на створення умов для ефективної спільної роботи та передбачає управління трьома складовими: зміст; залучення учасників; процес.

Фасилітатор (спільно з психологом) проводить гри і тренінги знайомства, розподіляє ігрові ролі (експерт, консультант, інструктор, модератор, хронометрист, спостерігач, секретар та ін.). Бажано, щоб студенти завжди виконували свої ролі і не виходили з «ігрового поля».

Мета фасилітації – пошук рішень питань, аналіз проблем, обговорення проектів, розв'язання складних або конфліктних ситуацій. Продукт фасилітації – це організаційні рішення і пропозиції, які зафіксовані на папері, на фотографіях, і які спричиняють за собою ті чи інші, наукові, науково-методичні та організаційні зміни.

Психологічний клімат в команді – важливий аспект, на що має бути спрямована увага фасилітатора.

Психологічний клімат формується на основі: поваги до кожного індивідуума; самоповаги; поваги до представників різноманітних культур; відчуття належності до спільноти, до групи; турботи, співчуття; автономії учня (визнання його індивідуальності); задоволення результатами колективного (групового, індивідуального) пошуку; поваги прав, гідності і правил; довіри з боку колег, керівника курсів; задоволення від самого процесу пізнання і його результатів; радості від навчання.

Оскільки ми і маємо справу з групою індивідів, то ми стикаємося і працюємо з двома реальностями: індивіди (зі своїми особистісними особливостями, мотивацією, інтересами) і внутрішньогрупові процеси і ефекти (позиціонування, лідерство, комунікація, групування, конформізм, конфлікти та ін.).

Фасилітатор буде працювати з неконструктивною поведінкою окремих учасників команди. Неконструктивна поведінка - це будь-яка дія учасника, що свідомо чи несвідомо проявляється невдоволенням процесом, змістом або зовнішнім фактором, що не відносяться до сесії. І тут дії фасилітатора: усвідомлене запобігання, раннє виявлення, чітка робота по вирішенню!

Продовження дод. Д

Адже завдання фасилітатора створити конструктивний процес обговорення, а будь-яка неконструктивна поведінка руйнує його, відволікає команду і не дає можливості рухатися до вирішення питань. В арсеналі фасилітатора повинні бути техніки втручання і повернення як всієї команди, так й окремих учасників до роботи, причому верх майстерності - коли з неконструктивного учасника робимо залученого і активного.

Ще один аспект управління груповою динамікою - підтримка високої енергії. Висока енергія заряджає тему і залучає учасників в активну роботу. Тому фасилітатор повинен задавати темп і ритм дискусії, робити перерви в роботі, а також враховувати природні провали енергії за часом (середина ранку, після обіду, середина вечора). У періоди спаду енергії в команді треба проводити інтерактивні дії — вправи по згуртуванню команди, роботу в парах або трійках, динамічні методи фасилітації з переміщеннями.

2. Вправа «Голосування\ ранжування»

Мета: Ця техніка представляє форму консенсусу, що сприймається візуально. Використовується для того, щоб дозволити команді візуально ідентифікувати ті ідеї або проблеми, які деяким з учасників здаються важливими.

Коли використовується: голосування мітками найкраще використовувати, коли потрібно погляд на консенсус. Це може бути при наявності проблем, що мають різну важливість для різних членів команди. В такому випадку потрібен простий метод виявити згоду із спільних питань. Голосування використовується для прийняття рішення командою або для отримання експрес-статистики з досліджуваного питання.

Як застосовувати:

1. Написати на дошці назви факторів, за які будуть голосувати члени команди, списком або у вигляді матриці.

2. Роздаємо учасникам клейкі мітки для голосування, кількість яких залежить від форми та цілей голосування.

3. Фасилітатор озвучує питання та просить кожного учасника прийняти рішення, після чого починається процес голосування.

4. Підраховані результати голосування виносяться на окрему дошку з позначенням цифрами рейтингу кожного питання.

5. Команда аналізує отримані дані.

Оцінювання роботи команди проводять: фасилітатор, будь-який член команди – 25 хв.

Рефлексія.

3. Вправа “Підписання електронної декларації з населенням, згідно впровадженню медичної реформи”

Склад команди: 5–6 учасників. (головний лікар, начальник медичної частини, лікар-педіатр, медична сестра, батьки дитини).

Закінчення дод. Д

Фасилітатор (викладач).

Медична команда повинна розв'язати ряд питань:

- 1) Що сприяє змінам?
- 2) Що заважає проведенню змін?
- 3) Як зменшити сили опору?
- 4) Як збільшити сили сприяння змінам?

Кожен член команди готує відповіді на поставлені питання.

Термін на підготовку відповідей – 20 хв.

Потім застосовується метод ранжування, де бере участь фасилітатор – 30 хв.

В результаті проведеного ранжування відповідей всіх членів команди розробляється план дій, який містить в собі оптимальні рішення відносно поставленого питання, в нашому випадку – це організація процесу підписання електронних декларацій з населенням.

Оцінювання роботи команди проводять: фасилітатор, будь-який член команди – 25 хв.

Рефлексія.

ДЗ „ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ”

КАФЕДРА ПЕДІАТРІЇ З ТА НЕОНАТОЛОГІЇ

РОБОЧА ПРОГРАМА

навчальної дисципліни

«Організація командної роботи в медичній організації»

для спеціальності

228 «Педіатрія»

рівень вищої освіти другий (магістерський)

Старший викладач – М.Є. Карпова

ЗМІСТ

1. Програма навчальної дисципліни
2. Заплановані результати навчання.
Матриця формування і оцінювання компетентностей здобувачів вищої освіти з дисципліни
3. Орієнтовний перелік питань підсумкового контролю
4. Порядок оцінювання результатів навчання
5. Рекомендована література (основна, допоміжна)

Продовження дод. Е

Метою спецкурсу стало забезпечення загальної теоретичної підготовки майбутніх педіатрів з питань, пов'язаних зі змістом роботи в команді та формування складових готовності до роботи в команді майбутніх педіатрів.

При вивченні дисципліни вирішуються такі основні завдання:

- забезпечення магістрантів знаннями теоретичних положень щодо командної роботи в медичних закладах;
- формування мотивів, ціннісних установок фахівця, які визначають загальну спрямованість командної діяльності, потребу в конструктивному спілкуванні, інтерактивній взаємодії, а також спрямованості на милосердя і допомогу іншим;
- розвиток у магістрантів умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні);
- розвиток особистісних якостей (доброзичливість, толерантність, соціальна активність, стресостійкість, комунікабельність);
- практичне оволодіння технікою роботи в команді.

1. ПРОГРАМА

Змістовий модуль 1.

ОСНОВИ КОМАНДНОЇ РОБОТИ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Тема 1. Група та команда: поняття та механізм. Основні ознаки команд

Групова динаміка: поняття та механізм. Механізм групової динаміки. Механізм розвитку. Механізм стабілізації. Поняття «група» та їх класифікація. Соціальна група. Умовні, реальні групи. Формальні, неформальні групи. Референтна еталонна група. Поняття команди її ознаки та види. Загальна характеристика основних моделей команди. Функціональна команда. Мультидисциплінарна команда. Самокерована команда. Ефективність командної роботи. Зміни в групах і формування команд. Команда і група: спільне та відмінності. Порівняльна характеристика роботи команд і груп. Уподобання роботи в групах і командах.

Тема 2. Медична команда: переваги та недоліки

Практика командної медицини. Етапи створення медичної команди однодумців. Командна культура медичної організації. Модель групової медицини. Співпраця, кооперація і координація – три сили, які підтримують практику командної медицини в клініці. Медична команда як форма професійної команди.

Тема 3. Командна робота і сімейно-орієнтованість – запорука успіху

Сімейно-орієнтований підхід у лікарні. Сімейно-орієнтована медицина: сучасний стан і майбутні напрями педіатричної допомоги. Залучення родини пацієнта чи дитини до процесу лікування. Практичні навички залучення родини до лікування. Міжнародні та українські практики з сімейно-орієнтованої медицини.

Принципи сімейно-орієнтованої медицини: повідомлення інформації (обмін інформацією є відкритим, об'єктивним та недвозначним), повага та врахування відмінностей (робочі стосунки передбачають повагу до відмінностей, культурних і мовних традицій та пріоритетів допомоги), партнерство і співпраця: слухні з медичного погляду рішення, які найбільше відповідають потребам, силам, цінностям і можливостям усіх учасників, приймаються спільно всіма учасниками, зокрема й сім'ями, на тому рівні, який вони обирають), перемови (бажані результати планування допомоги є гнучкими та не обов'язково абсолютними), допомога в контексті сім'ї та суспільства (пряма медична допомога та прийняття рішень стосовно дитини в контексті родини, оселі, школи, повсякденної активності та якості життя в суспільстві).

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ 2.**КОМУНІКАЦІЇ ВСЕРЕДИНИ КОМАНДИ****Тема 4. Особливості педіатричної комунікації в командоутворенні**

Основи комунікативних навичок педіатра. Критерії ефективної комунікації. Позитивний ефект зворотного зв'язку. Форми зворотнього зв'язку: детальний огляд, короткий відгук. Основні принципи повідомлення поганих новин батькам хворої дитини. Правила комунікації на командних зборах. Ознаки неготовності педіатра до відкритого і довірливого спілкування.

Тема 5. Інструменти для проведення ефективної комунікації

Інструменти педіатра для побудови ефективної комунікації є встановлення меж; тон розмови, мовчання і паузи; поза, жестикуляція, зоровий контакт; відображення почуттів і думок; інформування; уточнення; нормалізація; валідація; підтримка; релаксація; подяка.

2. ЗАПЛАНОВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ

Символ результатів навчання за спеціальністю	Результати навчання дисципліни
Знання	
РН-7	РН 7.1. Усвідомлювати теоретичні основи формування груп, групової динаміки і технології створення та розвитку команд
	РН 7.2. Демонструвати комплексні знання рольових позицій в командній роботі; усвідомлювати власну роль і функції в команді, враховуючи цілі її створення
	РН 7.3. Використовувати отримані знання для створення команд; підтримки командного настрою; усунення факторів, що провокують розкол команди
Уміння	
РН-9	РН 9.1. Демонструвати навички взаємодії, командної роботи
	РН 9.2. Використовувати методив пливу на команду
	РН 9.3. Ефективно взаємодіяти в команді, вести себе відповідно до вимог рольової позиції в командній роботі
	РН 9.4. Реалізувати власну роль і функції в команді, спираючись на методи налагодження співпраці та технології формування командної згуртованості
	РН 9.5. Толерантно сприймати і правильно оцінювати людей, включаючи їх індивідуальні характерологічні особливості, цілі, мотиви, наміри, стани
	РН 9.6. Застосовувати методики командоутворення; засоби формування згуртованої команди; визначати проблемні місця створення команд
Комунікація	
РН-16	РН 16.1. Вільно спілкуватися з членами команди (широка медична спільнота, дитина, батьки хворої дитини, суспільством в цілому) щодо питань, що стосуються професійної діяльності
Автономність і відповідальність	
РН-20	РН.20.1. Здійснювати рефлексивну оцінку своєї ролі в команді, переваг та недоліків командної взаємодії
	РН.20.2. Здійснювати моніторинг всіх етапів командної роботи, виявляти відхилення та обґрунтовувати необхідність коригувальних дій, оцінювати результати власної командної діяльності

**МАТРИЦЯ
ФОРМУВАННЯ І ОЦІНЮВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ З ДИСЦИПЛІНИ
«ОРГАНІЗАЦІЯ КОМАНДНОЇ РОБОТИ В МЕДИЧНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ» З УРАХУВАННЯМ ФОРМ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Тема	Компетен- тності, які формується (шифр відповідно до освітньої програми)	Програмні результати навчання (шифр відповідно до освітньої програми)	Результати навчання з дисципліни	Методи, технології викладання та навчання	Методи контролю
Тема 1. Група та команда: поняття та механізм. Основні ознаки команд	ІК-1, КЗ-4, КС-8	РН 7, РН 9, РН-16	РН 7.1, РН 7.2, РН 9.2, РН 9.3, РН 9.5, РН 9.6, РН.20.1, РН.20.2	Студентоцентроване, проблемно-орієнтоване навчання, діалогічно- дискусійні	Участь у дискусії, метод мозкового штурму
Тема 2. Медична команда: переваги та недоліки	ІК-1, КЗ-4, КС-8	РН-7, РН-9, РН-16, РН-20	РН 7.1, РН 9.1, РН 9.2, РН 9.3, РН 9.5, РН 9.6, РН.20.1, РН.20.2	Проблемна лекція- діалог, пошук інтернет- інформації, семінар- круглий стіл	Участь в обговоренні, самооцінка, взаємооцінка
Тема 3. Командна робота і сімейно-орієнтованість – запорука успіху	ІК-1, КЗ-4, КС-8	РН-7, РН-9, РН-16, РН-20	РН 7.3, РН 9.1, РН 9.2, РН 9.3, РН 9.4, РН 9.5, РН 9.6, РН.20.1, РН.20.2	Проблемне навчання, аналіз конкретних ситуацій (case study)	Участь у дискусії, розв'язання ситуаційних завдань, модульна контрольна робота
Тема 4. Особливості педіатричної комунікації в командоутворенні	ІК-1, КЗ-4, КС-8	РН-7, РН-9, РН-16, РН-20	РН 7.3, РН 9.1, РН 9.2, РН 9.3, РН 9.4, РН 9.5, РН.20.1, РН.20.2	Проблемна лекція, дискусія, робота в мікро- групах	Участь у дискусії, розв'язання ситуаційних завдань
Тема 5. Інструменти для проведення ефективної комунікації	ІК-1, КЗ-4, КС-8	РН-7, РН-9, РН-16, РН-20	РН 7.1, РН 7.2, РН 9.2, РН 9.3, РН 9.4, РН 9.6, РН 16.1, РН.20.1, РН.20.2	Проблемна лекція, диспут, аналіз конкретних ситуацій (case study)	Участь у диспуті, розв'язання ситуаційних завдань,

3. ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Сутність командної форми організації робіт.
2. Чинники, що визначають необхідність створення команди в медичному закладі.
3. Характеристика завдань, які може виконувати команда в медичному закладі.
4. Критерії відмінності команди від робочої групи.
5. Ключові принципи організації командної роботи.
6. Принципи роботи команди, їх зміст.
7. «Плюси» і «мінуси» організації команди, їх зміст.
8. Особливості мотивації роботи в команді.
9. Організація і координація роботи в команді.
10. Основний зміст роботи лідера команди.
11. Планування діяльності команди, його переваги.
12. Розподіл ролей в команді за Р. Белбінім.
13. Особистісні характеристики та наявні недоліки кожної ролі в команді.
14. Взаєморозуміння у командах та комунікативні бар'єри.
15. Роль зворотнього зв'язку в налагодженні комунікації.
16. Методи колегіального генерування ідей.
17. Характеристика етапів розвитку команди.
18. Десять кроків створення команди.
19. Стратегічні ситуації на етапі успішного розвитку команди, їх характеристика.
20. Типові ситуації, що негативно впливають на дух команди і настрої її членів: оновлення складу команди.
21. Типові ситуації, що негативно впливають на дух команди і настрої її членів: вихід із команди окремих її членів, неадекватне зростання мотиваційних запитів членів команди, зміна їх особистісних і духовних орієнтирів.
22. Типові ситуації, що негативно впливають на дух команди і настрої її членів: зниження авторитету, відсутність випереджуючого особистісного зростання лідера команди; індикатори зниження авторитету лідера.
23. Типові ситуації, що негативно впливають на дух команди і настрої її членів: поява в команді альтернативного неформального лідера.
24. Конкурентоздатність особистості – члена команди та її основні характеристики. Чинники, що впливають на формування конкурентоздатної медичної команди.
25. Формування командного духу.
26. Підготовка командних лідерів.
27. Сутність і значення команди змін.
28. Фактори, що провокують розкол в команді.

29. Поняття «команда» і «командоутворення»: подібності та відмінності.
30. Визначення команди її роль в діяльності медичинської організації.
31. Ефективна і результативна команда: подібності та відмінності.
32. Особливості прийняття колективного рішення в команді.
33. Тренінг командоутворення: зміст і особливості проведення.

4. ПОРЯДОК ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАВЧАННЯ

Підсумкова оцінка по дисципліні виставляється за 100-бальною шкалою згідно „Положення про організацію освітнього процесу”. Завданнями поточного модульного контролю знань здобувачів є перевірка та оцінка:

- а) систематичності та активності роботи здобувача на аудиторних заняттях;
- б) виконання завдань, виданих для самостійного опрацювання;
- в) виконання модульних контрольних завдань;
- г) розуміння та засвоєння матеріалу, набутих навичок та вмінь самостійно опрацювати матеріал, самостійно працювати з літературою та іншими джерелами, осмислювати та узагальнювати зміст теми та розділу, а також умінь усно чи письмово подавати матеріал у вигляді презентації, відповідей на запитання тощо.

Результати поточного контролю знань здобувачів вищої освіти входять як складові елементи до загальної (остаточної) оцінки знань здобувачів з певної дисципліни. Оцінка знань здобувачів усіх форм навчання з навчальних дисциплін, формою підсумкового контролю яких є іспит, здійснюється на основі результатів поточного контролю (ПМК) – 60 балів та підсумкового контролю знань (іспит) – 40 балів. Здобувач не може отримати екзаменаційну оцінку "автоматом" – без складання іспиту.

Загальна оцінка за результатом екзамену є незадовільною незалежно від інших оцінок, якщо здобувач отримає від 0 до 24 балів. Якщо за результатами оцінювання роботи на заняттях студент отримав менше 36 балів, він не допускається до екзамену. Викладач, який веде семінарські заняття, визначає перелік завдань, що повинні бути виконані студентом для допуску до екзамену.

Розподіл балів за змістовими модулями, темами та формами діагностики

Теми та форми діагностики	Максимальна кількість балів
Змістовий модуль 1	
Модульна контрольна робота №1	15
Модульна контрольна робота №2	15
Захист ІНДЗ	70
Усього за роботу під час вивчення дисципліни	100

Шкала оцінювання

Оцінка за шкалою ECTS	Шкала рейтингу Університету імені Альфреда Нобеля	Оцінка за національною (чотирибальною) шкалою
A	90-100	5 (відмінно)
B	82-89	4 (дуже добре)
C	75-81	4 (добре)
D	67-74	3 (задовільно)
E	60-66	3 (достатньо)
FX	35-59	2 (незадовільно) – потрібно допрацювати матеріал перед тим, як складати
F	1-34	2 (незадовільно) – з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

5. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**Основна**

1. Ріга О.О., Пеньков А.Ю. Навички комунікацій в педіатричній паліативній допомозі: посіб. [для фахівців, які працюють з дітьми з невиліковними захворюваннями]. Х. : Водний спектр Джі-Ем-Пі, 2017. 44 с.

2. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/ Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020.

Допоміжна

1. Белбин Р.М. Команды менеджеров: Секреты успеха и причины неудач. М.: НИРРО, 2003. 315 с.
2. Белбин Р.М. Типы ролей в командах менеджеров. М.: НИРРО, 2003. 232 с.
3. Блэклок Д., Джекс Э. Технология командной игры. Руководство для лидера. М., 2012.
4. Блэклок Дж., Джекс Э. Технологии командной игры. Руководство для лидера. М.: Издательский дом Гребенникова, 2008. 232 с.
5. Бронштейн М. Управление командами: Теория и практика построения эффективной команды. М., 2004.
6. Жуков Ю.М. Журавлев А.В., Павлова Е.Н. Технологии командообразования : учеб. пособ. М. : Аспект Пресс, 2008. 320 с.
7. Зинкевич-Евстигнеева Т., Фролов Д., Грабенко Т. Технология создания команды. СПб. : Речь, 2002. 216 с.
8. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Эффективная команда: шаги к созданию. Руководство для тех, кто хочет создать свою команду. СПб.: Речь, 2003.
9. Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К. Комунікації в охороні здоров'я: монографія. Київ, 2019. 194 с.
10. Льюис Дж. Управление командой: Как заставить других делать то, что вам нужно. СПб.: Питер, 2004. 160 с.
11. Манфред Г., Новак К. Все о командообразовании : руководство для тренеров : пер. с нем. Москва : Вершина, 2006. 352 с.
12. Томпсон Л. Создание команды. М.: Вершина, 2006. 544 с.

ВПРАВИ, СПРЯМОВАНІ НА СТИМУЛЮВАННЯ ДО ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ДО РОБОТИ В КОМАНДІ [135; 232]

Виміряємо один одного

Час – 20 хвилин

Мета: дати можливість учасникам добре познайомитися і зблизитися, координуючи свої дії в команді

Мікрогрупи шикуються в ряд за наступними критеріями:

- за кількістю братів і сестер у кожного;
- за кількістю гудзиків на одязі;
- за шириною посмішки;
- за розміром взуття;
- за довжиною волосся;
- за довжиною великого пальця руки (від другого суглоба до кінчика пальця);
- за зростанням (руки витягнутої вгору), тощо.

Поділіть учасників на дві команди по 10–12 магістрантів.

1. Поясніть правила: наприклад, команди повинні встати так, щоб учасники, які мають найбільшу кількість братів і сестер стояли попереду, а володарі найменшої кількості – позаду.

2. Коли команда вирішить, що все зроблено правильно, її учасники повинні крикнути: «Зроблено!».

Клубок

Мета – зняття емоційної напруги, навчитися діяти спільно.

Тривалість виконання – 20 хв.

Учасники стають в коло і витягують вперед руки, потім закривають очі і йдуть назустріч один одному, поки не візьмуться за руки у випадковому порядку. У підсумку виходить заплутаний клубок. Далі учасники відкривають очі та намагаються «виплутатися», не розтуляючи при цьому рук. Вправа вважається виконаною, якщо учасникам вдається утворити коло, тримаючи один одного за руки.

Обговорення:

- Які труднощі виникали в процесі виконання вправи?
- Чи були у вас пропозиції з приводу того, як краще «розплутатися»?
- Чи прислухалися до вашої думки?
- Що ви робили, щоб вас почули?

Продовження дод. Ж**Скринька практичної мудрості**

Мета: формувати мотивацію на подальшу роботу по заданій темі.

Хід вправи: ведучий пропонує кожному учаснику отримати «цінність для себе». Учасники обирають написи, коментуючи, як цим скористаються в командній взаємодії.

Коментар ведучого: «Кожна людина за свій труд отримує винагороду. Сьогоднішнім подарунком для вас будуть цінності, які зміцнять нашу команду.

ДУМКИ, ЛЮБОВ, ЧАС, СПІВРОБІТНИЦТВО, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, ПОВАГА, ЧЕСНІСТЬ ЄДНІСТЬ, ТЕРПИМІСТЬ, ГІДНІСТЬ, РОЗУМ, ВОЛЯ, ЛЕГКІСТЬ, ВІРА, ДОВІРА, ПРОСТОТА, ЩАСТЯ, СПОКІЙ, БОГ.»

Передай дію по колу

Мета: налаштувати на роботу, активізувати учасників.

Хід вправи: учасники стоять у колі. Ведучий задає дію одному з учасників (наприклад, імітація лазіння по канату), цю дію підхоплюють усі учасники групи по черзі. Є певне правило: нова дія починається тоді, коли попередня дія повертається до першого учасника. Усі учасники передають дію по колу відповідно своєї черги. Останнє коло закінчується оплесками.

Закон джунглів

Мета: виробити командні правила.

Хід вправи:

Етап 1. Всі учасники обох команд отримують завдання придумати та написати власні правила, які важливі для того, щоб команда була ефективною. Фіксуються всі ідеї, що спадають на думку.

Етап 2. У своїх командах учасники обмінюються думками та ідеями, обговорюють записані правила та фіксують схожі. Нагадується про те, що приймаються всі думки. Немає неправильних рішень і поглядів. Якщо це важливо для однієї людини, це може бути важливо й для всієї команди.

Етап 3. Кожна команда презентує свої проекти.

Дзеркало

Мета: створити позитивну атмосферу під час зустрічі, налаштувати на подальшу роботу.

Хід вправи: учасникам разом із ведучим пропонується стати у коло. Ведучий показує різні рухи, команди (фізкультурні, танцювальні), а гравці мають повторювати їх лише в тому випадку, якщо почують слово «будь ласка».

Пляшка

Час – 30 хвилин

Мета: полегшити і поглибити знайомство учасників між собою; пробудити творчу енергію; розвивати довірливість; розвиток комунікативних навичок, необхідних для виконання інших вправ; підготувати до виконання спільних складних завдань.

Матеріали: скляна пляшка.

Гра проводиться в кілька етапів.

1. Вся група сідає в коло, в центр кола ведучий кладе заздалегідь заготовлену пляшку.

2. Один з учасників (все одно хто) виходить в центр кола, де лежить пляшка і оголошує завдання: *«Той, на кого зараз вкаже пляшка, повинен буде нам розповісти про те, чим він особливо пишається»*. Потім він розкручує пляшку і чекає, поки та зупиниться і покаже на кого-небудь. Учасник, на якого направлено горлечко пляшки, повинен виконати завдання. Потім він виходить в центр кола, дає своє завдання, розкручує пляшку і так далі.

3. Наведіть кілька прикладів. Той, на кого вкаже пляшка, повинен:

– сказати, яким було його перше враження про мене (мається на увазі той, хто питає);

– сказати, чи прийшов він навчатися за власним бажанням або його хтось спонукав;

– сказати про те, чи заважає йому своєю присутністю будь-якої член групи;

– сказати, чи готовий він ще брати участь в подібних заходах.

4. Завдання можуть містити в собі не тільки прохання розповісти про щось, а й показати. Наприклад, можна попросити учасника:

– пройти через кімнату, як пройшов би сліпий;

– зобразити якусь людину, яку багато хто знає;

– зробити масаж спини свого сусіда зліва;

– підморгнути і посміхнутися кому-небудь з учасників, тощо.

Побоювання

Час – 15 хвилин.

Мета: створення в групі атмосфери довіри.

Зазвичай, у групі завжди є люди, між якими відразу ж виникають довірливі відносини, але це швидше виняток, ніж правило. Найчастіше у людини спрацьовує внутрішнє гальмо при зустрічі з новими людьми. Деякі члени групи здаються чужими, неприємними, небезпечними. Людина триматися від них на відстані, намагається не показувати слабкі сторони, і не розповідає про свої невдачі.

Продовження дод. Ж

Як правило, спілкування починається з такими людьми тільки тоді, коли дізнаємося про них більше.

Ця вправа є перевіркою на довіру між людьми, які побоюються і недолюблюють один одного.

Гра проводиться в кілька етапів.

1. Запропонуйте учасникам вибрати собі в партнери того, з ким їм важко або не дуже хочеться спілкуватися. Для цього достатньо, щоб хоча б один з партнерів відчував неприємні почуття і недовіру до іншого. Краще, якщо недовіра не буде взаємною.

2. Пари розходяться по аудиторії, так щоб один одному не заважати.

3. Той, хто відчуває до партнера негативні почуття, має 5 хв., щоб з усіх боків вивчити причини свого недовіри. Він повинен говорити своєму партнеру фрази, які завжди починаються однаково: «*Я не довіряю тобі, тому що ...*» Наприклад: «*Я не довіряю тобі, тому що ти набагато більше мене і виглядаєш сильніше ... Я не довіряю тобі, тому що думаю, що ти сильніший за мене не тільки фізично ...*». Партнер мовчки слухає ці фрази, не ставлячи питань і ніяк не коментуючи їх, тим більше не вступаючи в суперечку. Замість цього він намагається розглянути ці одкровення (найчастіше неприємні) як перший крок на шляху до зближення.

4. Після закінчення 5-ти хвилин та людина, якій було адресовано «звинувачення», отримує можливість дати на них відповідь. Він підтверджує те, що, на її погляд, було відзначено правильно, і обов'язково говорить про те, в чому його партнер помиляється. Наприклад: «*Так, ти маєш рацію, я дійсно відчуваю себе сильним, але я зовсім не дивлюся на тебе зверхньо. Ти тільки що сказав такі речі, які здалися мені дуже цікавими*». На цей процес також відводиться 5 хвилин.

Жахливий секрет

Мета: створення в групі атмосфери довіри і взаємної підтримки.

Тривалість виконання – 20–30 хв.

Учасники сідають у коло. Один з них повідомляє на вухо своєму сусідові «жахливу» таємницю про себе, наприклад: «*Іноді я люблю колупатися в носі!*» Сусід передає це повідомлення таким же чином далі по колу, змінивши фразу так: «*Один з нас іноді любить колупатися в носі!*» У такій формі фраза йде по колу, а другий гравець, давши можливість передати першу фразу двом-трьом учасникам, посилає слідом секрет про себе. Всі фрази передаються по колу в варіанті: «*Один з нас ...*». Кожен секрет проходить коло і повертається власнику. Після того як передача секретів завершилася, учасники обговорюють, які секрети вони дізналися: виявляється, ми хропимо, колупаємося в носі, гризимо нігті, любимо поспати ... Який жах! Потім всі учасники хором промовляють: «*І ми про це нікому не скажемо!*»

Закон гармонії

Матеріал: аркуші паперу, олівці.

У цивілізованому соціумі існує неписаний закон гармонії спілкування і міжособистісних відносин. Слідуючи йому можна не допустити зародження багатьох протиріч, конфліктів, образ. Звучить він так: «Дозволяючи собі – дозволяй іншим. Забороняючи іншим – забороняй собі». Досить справедливо, що виконання цього правила позбавляє нас від взаємних докорів. Але поняття норми відносин і спілкування ми сприймаємо, розуміємо, оцінюємо суб'єктивно.

Так, наприклад, ми не дозволяємо іншим підвищувати на нас голос, вказувати, критикувати нас, встановлювати нам заборони. Разом з тим, часом кричимо на інших, лаємо і повчає їх, намагаємося обмежити їх дії. Яким же чином контролювати свої дії в тих чи інших ситуаціях спілкування?

Розділіть лист на дві частини:

1. »Дозволяю собі, забороняючи іншим«. Перелічіть ваші вчинки, спрямовані на отримання переваги за рахунок оточуючих. Визначте ступінь свободи ваших дій. Чи дозволяєте ви собі: спізнюватися, підвищувати голос на інших, ігнорувати чийсь думку (друга, дитини, підлеглого та ін.), висміювати когось тощо.

2. »Забороняю іншим, дозволяючи собі«. Перерахуйте, на які дії оточуючих накладаєте заборона, але дозволяєте собі. Наприклад: критикувати, оцінювати, робити безлад, байдикувати.

Обговорення:

- Чи варто забороняти собі, бути вільним, щоб мати підстави засуджувати інших?

Чи варто дозволяти собі помилятися, що, забороняючи іншим, ви маєте на це право?

Секрет Джованні

Мета – розвиток навичок індивідуальної активності в процесі групової взаємодії.

Тривалість виконання – 50 хв.

Оснащення: картки з текстами.

Інструкція: «Послухайте уважно наступний текст: «Джованні Великий – знаменитий важкоатлет. Сьогодні він дуже схвильований. Схвильований він тому, що відмовився виступати сьогодні увечері в показовому виступі, в якому бере участь його найлютіший суперник Гаррі Пітбуль. Джованні сказав: «Я не можу піти туди, поки я це не знайшов». Ваше завдання полягає в тому, щоб разом розкрити секрет Джованні.

Продовження дод. Ж

Кожен учасник отримує по одній картці. Щоб рішення задачі було успішним, магістранти повинні звести разом всю наявну на картках інформацію. Кожен гравець повинен прочитати вголос, що написано на його картці. При цьому діють три правила: 1) не можна нічого записувати і складати в письмовому вигляді картину подій; 2) не можна змушувати іншого читати, що написано у нього на картці, якщо той не хоче; 3) ніхто не повинен випускати свою картку з рук.

Група повинна відповісти на три питання:

1. Що втратив Джованні?
2. Хто це викрав?
3. Де це знаходиться?

Картки:

- Джованні слухає тільки музику в стилі кантрі.
- У Джованні алергія на кішок.
- Джованні лисий.
- У Джованні немає машини.
- Джованні не вміє готувати.
- Єдина прикраса Джованні – перстень з печаткою.
- Егон Айгенсінн – тренер Джованні.
- Егон Айгенсінн лежить в ліжку з грипом.
- Лізи Лангбайн зараз немає в місті. Вона знімає свій перший фільм «Мисливець».
- Гаррі Пітбуль абсолютно не винний.
- Джованні дуже марнославний.
- Тітка Роза в Африці на сафарі.
- Джованні ніколи не їсть суп.
- Поблизу від квартири Марвіна немає дерев.
- Белло любить грати під ліжком Джованні.
- Белло не в воді.
- Джованні любить тварин.
- У Джованні є собака Белло. Белло 6 років.
- Егон Айгенсінн часто ходить в оперу.
- У Гаррі Пітбуля є одна пристрасть – пекти кекси.
- Ліза Лангбайн любить діаманти.
- Гаррі Пітбуль часто ходить на риболовлю.
- Джованні придбав державні цінні папери.

Продовження дод. Ж

Учасники прослуховують уважно текст. Кожен отримує по одній картці. Учасники повинні звести разом всю наявну на картках інформацію. Кожен гравець читає вголос, що написано на його картці. Група відповідає на поставлені питання.

Учасникам видаються додатки:

1. Що було втрачено?

- Маленьке кошения.
- Квиток в оперу.
- Перука.
- Червоний кабріолет.
- Рецепт кексу.
- Діамантове кільце.

2. Хто це викрав?

- Белло – собака.
- Егон Айгенсінн – тренер Джованні.
- Ліза Лангбайн – його подруга.
- Гаррі Пітбуль – його суперник.
- Його улюблена тітка Роза.

3. Де це знаходиться?

- У міському парку.
- Під ліжком.
- У пральній машині.
- На дереві.
- В його купальному халаті.

Відповідь. Белло, пес Джованні, потягнув його перуку. Перука лежить під ліжком Джованні.

Обговорення:

- Як група організувала свою роботу?
- Якою була атмосфера під час роботи?

Схожі та різні

Тривалість – 30 хв.

Мета: створення атмосфери толерантності

1. Кожен учасник отримує папір і олівець. На аркуші він пише ім'я тієї людини в групі, який, як йому здається, схожий на нього найбільше, і того, хто зовсім на нього не схожий – за темпераментом, установкам, поведінки і характеру.

2. Потім кожен учасник повідомляє імена двох осіб, яких він вибрав, і коротко розповідає, чому він це зробив.

Продовження дод. Ж

3. У заключній дискусії всі учасники можуть коротко прокоментувати вибір і обговорити наступні питання:

- Наскільки вірно кожен сприймає себе і оточуючих?
- Наскільки висока ступінь справжніх подібностей і відмінностей і наскільки велика ступінь проєкцій?
- Чи мають обрані персони деяке символічне значення? Можливо, вони викликають спогади про відносини в родині, про дружбу або по роботі – тобто нагадують людей, з якими людині доводилося зустрічатися в житті?
- Яких членів групи особливо часто вибирали інші учасники, яких – дуже рідко? Що означає така різна частота вибору?
- Як почувалися обрані учасники? Чи був вибір адекватний, на їхню думку?

Кабаре

Тривалість – 30 хв.

Мета: створення умов для ефективної взаємодії.

Весела вправа, в ході якої кожен член групи повинен імітувати іншого. Основна вимога – учасники повинні добре знати і поважати один одного.

1. Кожен учасник пише своє ім'я на папері. Ці листочки згортаються і перемішуються, а потім кожен тягне по одному листочку.

2. У групі є 10 хв., щоб підготувати невеличку виставу. Кожен повинен імітувати того члена групи, ім'я якого він прочитав на папері. При цьому необхідно враховувати і манеру поведінки, і манеру мови того, кого він зображує. Монолог повинен бути побудований таким чином, щоб глядачі не відразу зрозуміли, кого зображує актор. Кожен монолог займає не більше 3 хв.

3. Один за одним члени групи представляють свої міні спектаклі. В кінці кожного виступу група аплодує і намагається вгадати, кого тільки що зображували.

Варіанти

Кожен думає про те, що б він хотів покласти в валізу тієї людини, ім'я якої значиться на папірці. Вибір предметів для упаковки уявної валізи повинен пролити світло на сутність цієї людини, його переваги, сильні та слабкі сторони, але не так, щоб це відразу стало очевидно глядачам. Після короткої підготовки один з учасників розповідає групі, як буде виглядати валіза, і що саме в ній буде знаходитись. А група повинна вирішити, для кого призначена ця валіза.

Ланцюжки

Цілі: мотивувати учасників до спільної роботи; допомогти зняти напругу; дати кожному відчуття відповідальності перед іншими членами команди; викликати довіру один до одного; працювати над об'єднанням команди.

Продовження дод. Ж

Гра проводиться в кілька етапів.

1. Тренер просить учасників об'єднатися в пари і встати в потилицю один одному. Потім дається таке завдання:

«Учасник, що стоїть позаду, буде управляти рухом переднього гравця (можна і словесно). Що стоїть попереду закриває очі, намагаючись відповідно до команд партнера ходити по кімнаті протягом 2-х хвилин. Темп руху (повільно, швидше, ще швидше) змінюється по команді тренера. Завдання полягає в тому, щоб не зіткнутися з іншими рухомими парами».

Через 2 хвилини учасники в парах міняються ролями і ще 2 хвилини продовжують рух в іншому порядку.

2. Учасники об'єднуються в трійки.

Їм дається те ж саме завдання, тільки тепер при русі очі закривають двоє перших, так що залишаються відкритими очі лише у третього учасника, який і керує рухом.

Час виконання завдання – 6 хвилин (по 2 хвилини на те, щоб кожен учасник побував в ролі керуючого рухом).

3. Група вибирає трьох лідерів для виконання третього етапу. Вся група вибудовується в колону один за одним. Тільки у першого учасника очі відкриті, всі інші закривають їх. Завданням першого учасника буде провести всю колону на якусь певну відстань або, як в перших двох етапах, водити колону спочатку повільно, а потім швидше і ще швидше.

Після виконання вправи проводиться групове обговорення з учасниками.

Час обговорення – 10 хвилин.

Обговорення:

- Що при виконанні вправи було найлегше?
- Що при виконанні вправи було найважче?
- Як ви себе почували в ролі ведучого і в ролі того, ким керують?
- Яка роль була важче і чому?
- Що було найлегше?
- Чи відчували ви довіру до інших членів команди, колу були в ролі того, ким керують?

Театралізація

Мета: набуття досвіду конструктивної поведінки в конфліктній ситуації, розвивати вміння аналізувати власні дії, пошуку конструктивних рішень.

Хід вправи: учасники об'єднуються в три групи.

Кожна група отримує завдання: вигадати й розіграти конфліктну ситуацію, яка могла б виникнути в медичному закладі між колегами.

Продовження дод. ЖА

Інсценування ситуації. Аналіз. Рефлексія й обговорення:

- Що загального у всіх сценках?
- Що відчували під час виконання завдання?
- Як вам було в ролі конфлікуючих?
- Якими можуть бути наслідки цих конфліктів?
- Яким може бути позитивний вплив конфлікту на його учасників?

Будинок

Розділіться на 2 команди. «Кожна команда повинна стати повноцінним будинком. Кожна людина повинна вибрати, ким вона буде в цьому будинку – дверима, стіною, а може бути шпалерами або предметом меблів, квіткою або телевізором? Вибір за вами. Але не забувайте, що ви повинні бути повноцінним і функціональним будинком. Протягом декількох хвилин побудуйте свій будинок! Можна спілкуватися між собою».

Обговорення:

- Як проходило обговорення в командах?
- Відразу Ви змогли визначити свою роль в «будинку»?
- Чому Ви вибрали саме цю роль?

Я думаю, Ви все зрозуміли, що кожна частина Вашого «дому» важлива і потрібна в ньому, кожна несе свою певну функцію, без якої будинок не може бути повноцінним.

Допоможіть!

Мета – оцінка взаєморозуміння в команді.

Тривалість виконання – 30 хв.

Члени групи сидять на стільцях, утворюючи коло. У центр кола сідає учасник (за бажанням) і починає розповідати історію. Вона може бути правдивою або вигаданою. Група уважно слухає. Коли у будь-якого слухача створюється враження, що оповідач заплутався, не впевнений в собі або втратив нитку розповіді, він сам виходить у середину кола і змінює оповідача. А той займає місце в колі.

Основний акцент робиться на те, як викладається історія. Вся група уважно слухає оповідача, щоб відразу зрозуміти, коли у нього виникнуть труднощі з виконанням завдання. Кожен повинен спостерігати за жестикуляцією оповідача, звуком його голосу, дикцією. Це допомагає зрозуміти, в який момент у мовця з'явиться деяка невпевненість. Бажано, щоб ще до того, як оповідач втомився або заплутався, його замінив інший учасник. Зміст історії має другорядне значення.

Учасники можуть записувати свої спостереження впродовж оповіді, щоб потім їх можна було порівняти.

Обговорення:

- Чи відчувала група, що оповідачеві потрібна допомога?
- Чи справді оповідачеві була потрібна допомога або його замінювали марно, без необхідності?
- За якими ознаками ви визначали, що оповідачеві потрібна допомога?
- Чому оповідач заплутався?
- Чи допомогли ви йому вийти зі скрутного становища?
- Чи легко оповідач прийняв допомогу?
- Як у повсякденному житті вам вдається визначати невпевненість іншої людини?
- Чи легко ви приймаєте пропозицію про допомогу?
- Яка допомога буде виглядати нав'язливою?
- Як можна тактовно запропонувати допомогу?
- Що може перешкоджати пропозиції допомоги?

Історія розвитку вашої команди

Мета: розвивати почуття «ми», групової згуртованості, закріпити навички взаємодії в команді.

Учасники працюють в трьох сформованих командах.

Етап 1. Кожному учаснику команди на ватмані пропонується намалювати дім, у якому він бажав би жити.

Етап 2. Учасникам пропонується знайти три домівки, що найбільше їм до вподоби, а потім намалювати до них стежинки.

Етап 3. Учасникам пропонується домалювати у створеному містечку все, що необхідне для життя в ньому. Дати назву містечку та презентувати його.

Цікава історія

Мета – навчання ефективній співпраці.

Тривалість виконання – 1 год.

Оснащення: папір і олівець для кожного учасника.

Міні команди повинні скласти історію, при цьому їм напевно доведеться в повній мірі задіяти свою фантазію.

Кожен гравець пише на картці будь-яке слово, яке прийшло йому на розум. Це може бути іменник, дієслово, прикметник або прислівник. Картки складаються у коробку і перемішуються. Кожен учасник витягує картку, але не дивиться, що на ній написано.

Група ділиться на команди по 4-и людини в кожній. Членам команди належить об'єднатися і скласти історію так, щоб в ній були використані всі слова з наявних у них карток.

Продовження дод. Ж

Обсяг тексту – приблизно одна сторінка. Історію треба озаглавити і представити в письмовому вигляді. На це відводиться 30 хв.

Потім команди збираються разом, і кожна зачитує свою історію.

Обговорення:

- Які слова було найважче включити в розповідь?
- Яким був настрій в команді під час роботи?
- Чи приносить кожному учаснику задоволення спільна творчість з іншими учасниками?
- Як можна охарактеризувати команди виходячи з того, яка історія була ними написана?

Ріпка

Мета: формувати усвідомлення раціональності розподілення командних ролей та обов'язків, формувати модель ефективної команди.

Хід вправи: учасники об'єднуються у команди по 8 осіб (за кількістю командних ролей). В командах між собою учасники розподіляють персонажів казки «Ріпка». Пропонується розіграти казку. Не обов'язково пам'ятати дослівно текст казки, потрібна основна сюжетна лінія. Головне правило – кожен з команди повинен крім казкової ролі застосувати до себе і команду. Командні ролі розподіляють учасники між собою самостійно.

Лампа Аладдіна

Мета: розвивати рефлексію, мотивацію до подальшої роботи.

Хід вправи: учасникам пропонується уявити, що вони знайшли стару лампу. Коли її потерти, з'являється чарівний джин. Тепер кожен може загадати бажання. Але є одна умова: лампу ви знайшли разом, своєю командою, тому й те, що отримали від джина, стосуються спільної роботи (зворотній зв'язок від учасників заняття).

Ми творимо

Мета: продемонструвати неповторність кожної людини, зняття емоційного напруження.

Ведучий говорить, що потрібно робити, а учасники чітко виконують його інструкцію.

– Кожен з вас бере салфетку і чітко виконує мою інструкцію:

*Складіть салфетку в двічі.

*Складіть салфетку ще раз вдвічі.

*Відірвіть правий верхній кут.

*Складіть ще раз вдвічі і відірвіть ще раз правий верхній кут.

Продовження дод. Ж

*Складіть ще раз вдвічі і відірвіть ще раз правий верхній кут.

*Закінчили. Розгорніть салфетку і подивіться, що у вас вийшло.

– Як могло таке статися? З чим пов'язана така розмаїтість малюнків?

– Завдання отримали одне, але кожен по різному виконав його. Ось і виходів із конфліктних ситуацій є багато.

Дискусія

Мета: розвивати вміння розуміти одне одного, працювати в команді, йти на компроміс, в дискусійній формі актуалізувати основні відмінності групи і команди.

Хід вправи: учасники працюють у сформованих групах. Кожній пропонують з'ясувати, чим відрізняється група від команди. Між учасниками розподіляються ролі: обирають людину, яка буде фіксувати відповіді, людину, яка презентуватиме, людину, яка буде стежити за тим, щоб виконувалися усі правила дискусії. Також обирають людину, яка буде стежити за часом. Ще одну – яка відповідатиме за активність. І нарешті, людину, яка буде контролювати, щоб учасники не відволікалися від теми дискусії.

Основні тези дискусії. Чи згодні ви з твердженням?

– Команда має спільну мету, а група – сукупність індивідуальних цілей.

– У команді спільна мета приймається разом на емоційному рівні, у групі – лише формально.

– У групі принципи взаємодії щодо досягнення мети задаються здебільшого ззовні (наприклад, керівництвом) і дотримання їх також регулюється ззовні. У команді ж принципи (довіри одне до одного, відповідальності за результат, толерантності взаємодії) визначаються спільно і дотримання їх внутрішньо мотивоване, всі принципи орієнтовані на забезпечення умов для задоволення особистих інтересів членів команди, їх самореалізації.

Групове малювання. Я + ТИ = МИ

Мета: формувати усвідомлення відповідальності кожного, як необхідної умови досягнення спільної мети, створювати умови для особистісного прояву кожного члена команди.

Хід вправи: учасники об'єднуються у 4 групи (лічилкою ЗИМА, ВЕСНА, ЛІТО, ОСІНЬ). По черзі кожна група протягом 4 хвилин створює малюнок під назвою «Мета». Заборона на вербальне спілкування. Задача для кожного учасника – проявити себе. Одна група малює, всі інші – спостерігачі.

По закінченню малювання 1 хвилина на обговорення.

– Чи задоволені тим, що вийшло?

– Чи всі проявилися на малюнку?

– Як відчувалася відповідальність за виконання завдання?

Продовження дод. Ж

Спочатку відбувається обговорення учасників малювання. Потім коментарі надають спостерігачі.

Знайомство з ким? [310]

1. Магістранти записують на двох картках два маловідомих факта про себе. Обрані факти повинні проливати світло на риси особистості або інші особисті сторони життя людини, не розкриваючи відразу особистість людини.

2. Викладач по черзі зачитував картки, а команда намагалась визначити, хто є автором картки.

3. Члени команди мали можливість вибирати, голосувати або намагатися досягти консенсусу.

4. Завданням магістранта, якого ідентифікували як автора, було промовчати, спробувати ввести команду в оману, або визнати себе автором.

5. Викладач пропонував магістрантам висловити власні почуття, коли їх ідентифікували.

Місія в Бурунді

Цілі цієї справи, розробленої на місцевому рівні, включають розуміння окремих внесків у рішення команди та відносного впливу осіб, які можуть або не можуть мати відповідний досвід. Студентам кажуть, що вони є частиною медичної групи, яка реагує на гуманітарну катастрофу в невеликій африканській країні. Студентам не призначають жодних ролей, але їх просять бути собою для цієї справи. Кожному учаснику пропонується окремо визначити пріоритети матеріалів та обладнання, яке повинно супроводжувати команду в обмеженому просторі їхнього літака. Потім команда скликається для обговорення та узгодження остаточного списку пріоритетів. Потім як індивідуальний, так і груповий списки порівнюються зі списком, який раніше був створений консенсусом викладачів факультету в глобальних місіях з охорони здоров'я та гуманітарної допомоги. Індивідуальні та командні оцінки базуються на відповідності рейтингу експертів. Під час проведення брифінгу результати команд порівнюються між кількома командами, а полегшена дискусія фокусується на тому, як відбувалися командні рішення. Як правило, команди працюють краще, ніж окремі люди. Якщо оцінка окремої людини є кращою, ніж оцінка її команди, це говорить про те, що вона не мала належного впливу (або команда не була належним чином сприйнятливою до її внеску) під час процесу прийняття рішення командою.

Коло-трикутник-квадрат-спіраль

Вправа допомагає учасникам замислитися про заходи щодо поліпшення діяльності своєї команди.

Час: 20-30 хвилин

Опис.

1. Тренер малює на дошці коло, квадрат, трикутник і спіраль. Кожного учасника він просить вибрати фігуру, яка йому найбільше подобається.

2. Після цього учасники об'єднуються в міні-групи відповідно до тієї постаті, яку вони обрали.

Міні-групи отримують наступні завдання:

1) Люди, улюбленої фігурою яких є коло, як правило добре вміють взаємодіяти з оточуючими і будувати відносини. Тому група людей, що вибрали коло, придумує, що можна зробити для того, щоб емоційна атмосфера завжди була позитивною, а команда згуртованою.

2) Люди, які обрали квадрат, як правило, люблять і вміють підтримувати порядок і структуру, для них важливим є виконання правил. Тому група «квадратів» придумує норми і правила, за якими має існувати хороша команда, що має бути присутнім для того, щоб в команді завжди були порядок і структура.

3) Любителі трикутників зазвичай добре знають власні цілі та вміють їх досягати. Тому міні-група з учасників, що вибрала трикутник, придумує заходи, які допоможуть команді швидше і ефективніше досягати поставлених перед нею цілей і завданням.

4) Учасники, які обрали спіраль, як правило, творчі натури, іноді захоплені відірваними від реальності ідеями, але завжди готові придумати новий проект і дуже швидко реагують на щось нове. Тому група, що складається з цих людей, придумує, як команді стати максимально творчої і швидко реагувати на зміни в зовнішньому світі.

3. Міні-групам дається 10 хвилин на підготовку. Після цього один учасник від кожної групи виступає і розповідає всім ідеї своєї групи.

Кейс «Генералізована форма менінгококової інфекції»

Мета: навчитись алгоритму надання екстреної медичної допомоги дитині, що надходить в приймальне відділення стаціонару.

Етапи роботи над кейсом:

I. Підготовчий (вивчення теоретичного матеріалу з навчально-методичними посібниками, клінічним рекомендаціям, стандартам і протоколам лікування, а також по санітарно-епідеміологічним правилам).

II. Виконання кейсу.

1. Магістранти поділяються на 3 групи: групу медичних працівників (лікар-педіатр, лікар анестезіолог-реаніматолог, медична сестра-анестезист), групу «батьків» і групу спостерігачів.

2. Викладач зачитує завдання, визначаються діагностичні, лікувальні можливості навчального стаціонару.

3. Спільними завданнями для медичних працівників є якісний і своєчасний збір анамнезу життя і захворювання, повноцінний огляд дитини (за умовою завдання геморагічний висип і rash-висип є тільки на нижніх кінцівках, прихованих під одягом), своєчасний забір біологічного матеріалу (венозна кров, мазки із ротоглотки і носоглотки) для лабораторних і бактеріологічних досліджень, ранній старт інтенсивної терапії (відповідно до наявних клінічними рекомендаціями), терапія виниклих ускладнень (за умовою завдання, після огляду незалежно від передбачуваного діагнозу виникає генералізований тоніко-клонічний судомний напад), рішення про місце госпіталізації дитини, робота з симулювати пацієнтом.

4. До завдань «батьків» входить, з одного боку, допомога медичним працівникам при зборі анамнезу та обстеженні, а з іншого – демонстрація надмірної турботи про дитину (паніка) і тим самим відволікання уваги медпрацівників від роботи за сценарієм.

5. Завдання спостерігачів – заповнення оціночного листа, що складається з 20 пунктів. Окремо оцінюються командна робота і вибір лідера. Дитину імітує манекен-симулятор.

За умовою завдання, при введенні антибактеріальних препаратів в умовах некупірованої гіпотензії відбувається зупинка кровообігу, резистентна до реанімаційних заходів. Судомний напад купірується введенням протисудомних препаратів в терапевтичних дозах, розрахованих на масу тіла дитини.

Загальний напрямок розвитку сценарію при необхідності задає ведучий, однак при достатній підготовленості магістрантів цього не потрібно.

III. Дебрифінг.

Після проведення сценарію проводиться дебрифінг, в ході якого визначають хід кейса, допущені помилки, можливі шляхи їх усунення. Потім проводиться 2-я частина заняття зі зміною ролей і еталонним рішенням завдання.

Кейс «Надання невідкладної медичної допомоги при гострому епіглоттиті у дитини на догоспітальному етапі»

Етапи роботи над кейсом:

I. Брифінг.

Знайомство з умовами клінічного сценарію і розподіл ролей.

II. Виконання кейсу.

У симульованих умовах, наближених до реальних, моделювався квартирний виклик до дитини з порушенням прохідності дихальних шляхів. Магістранти поділялися на ролі: дільничний лікар-педіатр і клінічний ординатор або студент, що проходить виробничу практику, лікар і фельдшер бригади швидкої медичної допомоги.

Обов'язками учасників були своєчасна діагностика патологічного стану (шляхом збору анамнезу життя і захворювання, об'єктивного огляду) і надання екстреної та невідкладної медичної допомоги відповідно до клінічних рекомендацій.

Для відпрацювання навичок об'єктивного огляду в екстрених умовах, а також інтубації трахеї використовувався сучасний симулятор Sim Junior з високим ступенем реалістичності та можливістю дистанційного керування і тренажер для навчання інтубації з керуючим пристроєм.

При цьому мати дитини озвучувала вступні анамнезу життя і захворювання, проявляла турботу про життя і здоров'я дитини, а також стимулювала магістрантів вербалізувати вчинені ними дії.

Спостерігачі заповнювала оціночний лист, що складається з 20 пунктів. Оцінювалися: командна взаємодія, вибір лідера і його робота, знання протиепідемічного режиму тощо.

У кожному клінічному кейсі передбачена ситуація з розвитком асфіксії у дитини (як правило, при огляді задньої стінки глотки пацієнта або при укладанні його на спину). Завданням медичних працівників були своєчасна діагностика загрозливого стану і надання екстреної медичної допомоги – інтубації трахеї або коникотомії.

III. Дебрифінг.

Аналізом допущених помилок, зміною ролей магістрантів і подальшим еталонним виконанням повного алгоритму надання невідкладної допомоги.

Case-study «Невідкладні стани при гострих кишкових інфекціях у дітей»

Мета : навчити наданню медичної допомоги завдяки командній взаємодії медичного персоналу та батьків хворої дитини

Ситуація : У інфекційне відділення раннього віку міської клінічної лікарні 6 госпіталізована дитина К., 1 рік 8 міс. Під час госпіталізації мати дитини скаржилася на підвищення температури тіла у дитини до 39,2 град., слабкість, млявість, блювоту, рідкі випорожнення на протязі доби до 7 разів. Мати пов'язує хворобу дитини з вживанням напередодні глазуrowаного сирка. Лікар приймального відділення діагностував гостру кишкову інфекцію.

Проблеми: 1) план лікування;

2) розподіл обов'язків між учасниками лікувального процесу згідно посадовим інструкціям: лікар, лаборант, медична сестра, хвора дитина, батьки хворої дитини;

3) виконання кожним учасником лікувального процесу своїх обов'язків та корегування дій з іншими учасниками.

Питання до ситуації: - в чому полягає проблема кейса;

- хронологія подій, що відбулися;

- хто головні дійові особи, який в них досвід;

- чи досить інформації для проведення аналізу, що треба уточнювати.

Варіанти вирішення ситуації повинні дати змогу відповісти на поставлені запитання.

Розгляд кейса передбачено провести в усній формі в аудиторії . Для цього всі учасники виконують індивідуальне завдання , згідно їх функціональних обов'язків, після чого переходять до групового обговорення.

Групове обговорення проводиться у два етапи.

Перший етап. При роботі з групою викладач спочатку перевіряє правильність трактування ситуаційного завдання кейсу студентами та наявність індивідуальних рішень.

Другий етап. Студенти сформовані в 2 групи , кожна з яких має лікаря , лаборанта, медичну сестру, хвору дитину, батьків хворої дитини. Група обговорює рішення кожного учасника, а також складає план вирішення завдання кейсу. Кінцевий результат в кожній групі демонструється у вигляді рольової гри.

Після демонстрації в обох групах викладач формулює підсумкове рішення, яке є підставою для оцінок.

Ділова гра «Діагностичний алгоритм при паротитній інфекції. Виявлення характерних для епідемічного паротиту змін в органах і тканинах. Лабораторна діагностика» (робота в трійках).

Сценарій гри:

Ведучий представляє учасників гри, формулює мету і завдання.

Виступ ведучого – 5 хв.

Ведучий розподіляє ролі між першою трійкою студентів

Роль «хвора дитина» – виступ 10 хв.

Роль «педіатр» – виступ 10 хв.

Роль «лікар-лаборант» – виступ 10 хв.

Роль «студент-експерт» – виступ 15 хв.

Завдання виконує друга трійка студентів.

Оцінювання роботи кожної команди проводять: викладач, експерт команди, по одному члену з кожної команди – 25 хв.

Рефлексія.

Гра «Квадрат Малевича»

Для проведення цієї вправи бажано мати просторне приміщення та відеокамеру. Студенти — педіатри розподіляються на учасників та спостерігачів.

Учасники встають у коло, в більш складному варіанті гри - в шеренгу. Всі зав'язують очі і беруть в руки одну довгу мотузку. У найпростішому варіанті кінці мотузки пов'язані, в складному - ні. Далі по команді ведучого гравці повинні «скласти» з мотузки квадрат. При цьому можна розмовляти, але не можна підглядати або випускати мотузку з рук. Завдання вважається виконаним, коли команда приходить до спільного рішення, що квадрат склали, і повідомляє про це ведучому. Після цього всі відкривають очі і дивляться, наскільки правильна їх геометрична фігура. Гру можна продовжити, запропонувавши учасникам створити за допомогою мотузки коло, трикутник, ромб і ін .

У процесі обговорення аналізуються відеоматеріали або коментарі спостерігачів, а також самі учасники розповідають про те, що допомагало і заважало в процесі ігри, які ефективні способи вирішення завдання були знайдені.

Завдання: «Збір анамнезу захворювання»

Робота в парах. Студенти працюють в парах, виконуючи завдання. Парна робота вимагає обміну думками і дозволяє швидко виконати вправи, які в звичайних умовах є часомісткими або неможливими (обговорити подію, інформацію, вивести підсумок заняття, події тощо, взяти інтерв'ю один в одного, проанкетувати партнера). Після цього один з партнерів доповідає перед аудиторією про результати.

Зразковий склад учасників гри:

Ведучий (викладач).

Студент — педіатр - «лікар»

Студент — педіатр - «пацієнт»

Сценарій гри.

Ведучий представляє учасників гри, формулює мету і завдання.

Виступ ведучого – 2 хв.

Виступ «лікар» - «пацієнт» - 5-7 хв.

Підведення підсумків. Рефлексія (кожна група висловлює свою думку).

Робота в трійках. По суті, це ускладнена робота в парах. Найкраще в трійках проводити обговорення, обмін думками, підведення підсумків чи навпаки, виділення несхожих думок).

Завдання: «Пропедевтика захворювань бронхо-легеневої системи в педіатрії»

Зразковий склад учасників гри:

Ведучий (викладач).

Студенти — педіатри , що формують внутрішнє коло – 6 чол.

Студенти — педіатри , що формують зовнішнє коло – 6 чол.

Сценарій гри.

Ведучий представляє учасників гри, формулює мету і завдання.

Виступ ведучого – 2 хв.

Студенти внутрішнього кола по черзі оголошують методи діагностики на прикладі «симптом – патологія»

Студенти зовнішнього кола дають відповіді на прикладі «крупно-пухирчасті хрипи – пневмонія»

Карусель. Студенти розсаджуються в два кола – внутрішнє і зовнішнє. Внутрішнє коло нерухоме, зовнішнє рухається. Можливі два варіанти використання методу – для дискусії (відбуваються «попарні суперечки», причому кожен учасник внутрішнього кола має власні, неповторювані докази), чи для обміну інформацією (студенти із зовнішнього кола, рухаючись, збирають дані).

Підведення підсумків. Рефлексія (кожна група висловлює свою думку).

Диференційна діагностика гострого болю в животі у дитини раннього віку.

1. *Збір ідей за допомогою карток.* Завдання пишеться розбірливо та вивішується на дошку. Потім кожен учасник мовчки і індивідуально відповідає на питання, може бути кілька варіантів відповіді. Відповідь складається з декількох розділів : збір анамнезу, первинний огляд хворої дитини, обстеження , які потрібно зробити для диференційної діагностики, формулювання попереднього діагнозу. При цьому кожна ідея повинна бути написана друкованими літерами маркером на окремій картці. Збираємо картки і перемішуємо. Час на виконання — 10 хв.

Закінчення дод. К

2. *Групування ідей.* Фасилітатор знайомить з правилами цієї фази. Він озвучує і показує по черзі картки. Якщо групі не зрозуміло зміст картки, то запитуємо пояснення у автора, якщо все зрозуміло, то відразу розміщуємо. Час на пояснення обмежен до 30 секунд. Картки, близькі за змістом, розміщуємо в одну групу. Якщо думка групи розділилося з приводу картки, то пишемо копію картки і розміщуємо їх в дві групи. Останнє слово за автором. Всі конфлікти візуалізуються. Час на виконання – 10 хв.

3. *Надаємо назви груп.* Фасилітатор озвучує картки групи і просить придумати загальну назву цієї групи, при цьому група повинна прийти до спільного рішення. Якщо важко придумати назву групи, то треба розбити зміст на дві або більше частин, і придумати їм назви. Назва пишеться на картці круглої або овальної форми і прикріплюється зверху групи карток. В результаті вийде кілька чинників – ключових відповідей на поставлене на початку зустрічі питання. Потім можна провести ранжування з метою виявлення важливості виявлених чинників, проблем, рішень. Час на виконання – 20 хв.

Оцінювання роботи команди проводять: фасилітатор, експерт команди — 25 хв.

Рефлексія.

Притчи в командоутворенні

Завдання для магістрантів: віднайдіть сенсі притчі та змоделюйте життєву ситуацію (зокрема, медичної тематики), у якій можна застосувати дану притчу.

Притча «Сокира»

Була собі сокира. Вона погано виконувала свою роботу. Сокирище та лезо постійно сперечалися, вважаючи одне одного причиною проблем. Лезо вважало, що сокирище погано керує. А сокирище, яке керувало лезом, вважало, що лезо просто тупе!

Одного разу лезо та сокирище знайшли в собі сили й час придивитися, як вони взаємодіють. І виявилось, що між ними недостатньо щільний контакт. Вони побачили невеличку, але все ж таки щілину, яку треба було чимось заповнити. На щастя, поблизу знайшовся підходящий аркуш паперу. Саме він допоміг заповнити порожнечу, контакт налагодився, й робота нарешті закипіла.

Як багато цінного для налагодження контакту має в собі простий аркуш паперу ...»

Комунікація вважається найважливішим способом людської діяльності. А ефективна комунікація сприяє формуванню взаєморозуміння. Нас супроводжують розмови з різними людьми – розмови особисті, дружні, ділові. Проте через невміння слухати, почути під час розмови співрозмовника ми втрачаємо дуже багато інформації, що іноді призводить до конфліктних ситуацій. Сьогодні ми поговоримо про важливість слухати іншого та бути власне почутим.

Притча про взаємодопомогу і роботу в команді

Йшли кінь і осел з базару. Так сталося, що осел був навантажений вище голови, а кінь бігла без нічого. Йшли вони, йшли, пройшли півдороги. Осел втомився, крекче, ледве дихає.

– Будь іншому, - попросив він коня, - допоможи мені! Візьми частина вантажу!

Але кінь і вухом не повела.

Трохи згодом осів благав:

– Мені вже несила! Допоможи!

Але кінь тільки вухами пряде.

Дорога пішла в гору. Осел відчуває, що ось-ось впаде, і в третій раз просить кінь:

– Допоможи!

– Добре, - погодилася кінь, - дещо я візьму на себе: ти неси вантаж, а я, так вже й бути, буду за тебе кряхтеть і віддуватися.

Осел пройшов ще десяток кроків і впав.

– Вставай, вставай милий! - благав господар, але осел не міг піднятися.

Робити нічого. Розвантажив господар осла і всю поклажу звалив на коня. Тепер осел біг без нічого, а кінь кректала і віддувалась за двох.

Чим відрізняється пекло від раю

Жив-був собі Монах. І протягом більшої частини життя він намагався зясувати, чим відрізняється Пекло ві Раю.

На цю тему він розмірковував, йому наснилося, що він потрапив в Пекло. Озирнувся він навколо і бачить: сидять люди перед котлами з їжею. Але якісь виснажені і голодні. Придивився він трохи краще – у кожного в руках з довгою-ю-ю-нього ручкою. Зачерпнути з котла вони можуть, а в рот ніяк не потряплять. Раптом до нього підбігає місцевий службовець (судячи з цього, Чорт) і кричить:

- Швидше, а то ти запізнишся на поїзд, що йде в Рай.

Приїхав Чоловік в Рай. І що ж він бачить?! Така ж сама картина, що й в Пеклі. Котли з їжею, люди з ложками з довгу-у-у-щими ручками. Але всі веселі й ситі. Придивився чоловік – а тут люди цими ж ложками годують один одного

**Практичні заняття зі спеціального курсу
«Організація командної роботи в медичній організації»**

Завдання 1. Використовуючи словники та енциклопедії, дати визначення основних термінів теми: творча команда, творчий колектив, конформність, соціальне розслаблення, соціальна лінь.

Завдання 2. Підбір аргументів для участі у дебатах на тему «Команда під завдання або завдання під команду? Плюси і мінуси різних типів команд».

Завдання 3. Рольова гра на тему «Комунікації в команді. Правила командної роботи. Розподіл ролей в команді. Принципи роботи в команді».

Завдання 4. «Написання» портрета ефективного члена команди

Завдання 5. На яких принципах, на вашу думку, має ґрунтуватися ефективна командна робота і якими методами можна її поліпшити, якщо з'явилися ознаки групового мислення. Обґрунтуйте вашу думку та зробіть висновок.

Завдання 5. Визначте 3 переваги командної роботи у медичному закладі. Обґрунтуйте свою позицію.

Завдання 6. Визначте 3 недоліки командної роботи у медичному закладі.

Завдання 7. Обґрунтуйте свою позицію.

1. Поділіться на дві команди: команда «А – Оптимісти» і команда «Б – Песимісти». Оберіть лідера кожної команди.

2. Лідер команди «Б – Оптимісти» записує на дошці список переваг командної роботи у медичному закладі, продовжуючи вислів: «Працювати в команді у медичному закладі позитивно, тому що...». Як допоміжна інформація використовуються записані дані у шаблоні для виконання. Оцініть вплив кожного параметра за шкалою від «0» до «+5».

3. Лідер команди «А – Песимісти» записує на дошці список недоліків командної роботи у медичному закладі, продовжуючи вислів: «Працювати в команді у медичному закладі негативно, тому що...». Як допоміжна інформація використовуються записані дані у шаблоні для виконання. Оцініть вплив кожного параметра за шкалою від «0» до «-5».

4. Запропонуйте шляхи мінімізації недоліків і посилення переваг командної роботи у медичному закладі.

Шаблон для виконання

Командна робота у медичному закладі	
Переваги	Обґрунтування
Недоліки	Обґрунтування

Завдання 8. «Принципи командної роботи у медичному закладі»

1. Оберіть три найголовніші принципи взаємодії у команді: «спільна діяльність членів команди»; «результативність виконання завдання»; «діловитість спілкування»; «активність та особиста відповідальність кожного за результат»; «партнерство», «взаємопідтримка»; «взаємозбагачення», «довіра», «гуманізм», «толерантність».

2. Розкрийте сутність і особливості використання кожного з принципів у медичному закладі.

3. Наведіть приклади застосування зазначених принципів командної роботи у медичному закладі під час виконання певного завдання щодо профілактики, діагностики та лікування захворювань дітей та підлітків. Наприклад, діагностика і лікування atopічного дерматиту у новонародженого.

Шаблон для виконання

Принцип командної роботи	Сутність та особливості в медичному закладі	Приклад застосування
Спільна діяльність членів команди		
Результативність виконання завдання		
Діловитість спілкування		
Активність та особиста відповідальність кожного за результат		
Партнерство		
Взаємопідтримка		
Взаємозбагачення		
Довіра		
Гуманізм		
Толерантність		

Продовження дод. М

Завдання 9. Вправа «Визначення етапів розвитку ефективної команди в медичному закладі»

1. Визначте команду для аналізу та її склад.

2. Використовуючи «Модель розвитку команди за В. Тускман» визначте етап, на якому знаходиться Ваша команда. Обґрунтуйте Вашу думку.

3. Розробіть рекомендації для переходу команди на наступний етап формування та розвитку.

Шаблон для виконання

Склад команди	
<i>Ім'я, прізвище члена команди</i>	<i>Функції або ролі, які виконує у команді</i>
<i>Етап розвитку команди:</i>	
<i>Характеристика</i>	<i>Обґрунтування</i>
Рекомендації для переходу на наступний рівень розвитку команди	
1.	
2.	
3.	

Завдання 10. «Рекламна візитівка медичної команди»

1. Визначте «рекламний меседж», який найкраще характеризуватиме кожного члена Вашої команди та його роль у команді.

2. Розробіть «рекламну візитівку» Вашої команди із зображенням специфіки профілю діяльності медичного закладу. У розробці «рекламної візитівки» використовуйте інформацію з Шаблону для виконання та завчасно підготовлені зображення, що стосуються командної роботи, медичного середовища, кольоровий папір, фломастери, клей.

3. Головне завдання – створити рекламний твір, який «просуватиме» кожного з членів команди, не називаючи його імені.

4. Представте Ваш результат для розгляду аудиторії. Глядачі повинні вгадати, кого саме рекламували на «рекламній візитівці».

ПРОГРАМА
тренінгу для майбутніх педіатрів «Ефективна взаємодія в команді»
(позааудиторна діяльність)

Мета тренінгу: об'єднання учасників тренінгу в команду; отримання позитивних навичок взаємодії в команді; орієнтація на командну мету; підвищення лояльності до команди; покращення взаємин; покращення комунікації всередині команди.

Результат тренінгу: отримання учасниками групи досвіду позитивної та ефективної взаємодії в команді; усвідомлення значущості командної роботи для підвищення ефективності роботи; оволодіння навичками взаємодії в команді, отримання навичок командної комунікації; підвищення лояльності до команди.

Структура програми. Програма складається з 6 занять, що проводяться один раз на 2 тижні. Тривалість кожного заняття – 1 година 30 хвилин.

Завдання тренінгу: допомогти учасникам тренінгу усвідомити значимість командної роботи для підвищення ефективності в рамках індивідуальної професійної діяльності; дати учасникам досвід командної взаємодії; поліпшити взаємини в команді та допомогти учасникам тренінгу усвідомити значимість кожного учасника для створення команди; дати учасникам тренінгу позитивний зворотний зв'язок.

Групова динаміка:

БЛОКИ	ГРУПОВА ДИНАМІКА
<i>Введення, визначення правил; цілей</i>	<i>Підготовка</i>
<ul style="list-style-type: none"> – отримання досвіду взаємодії в команді; усвідомлення значущості командної роботи для підвищення ефективності роботи, розуміння терміна «команда», виявлення ознак ефективності командної роботи; – зворотній зв'язок 	Усвідомлення
<ul style="list-style-type: none"> – разом ми сильніші; – мій вклад в команду; – закріплення навичок командної взаємодії; 	Переоцінка
<ul style="list-style-type: none"> – ми команда; усвідомлення себе як команди; – командна відповідальність; – проєктна робота – орієнтація на командну мету, взаємодія в команді. 	Дія
<ul style="list-style-type: none"> – завершення, зворотній зв'язок; – конструктивна, позитивна взаємодія. 	Рефлексія

ТЕМАТИЧНЕ ПЛАНУВАННЯ

№ заняття	Мета заняття	Структура заняття	Час	
Заняття № 1 МИ ФОРМУЄМО КОМАНДУ (створення моделі ефективної команди)	Сприяти формуванню команди, розвитку навичок командної взаємодії	Вправа «Побажання до тренінгу»	10хв.	90хв.
		Правила роботи у групі	7 хв.	
		Вправа «Очікування-Побоювання» – робота індивідуально і в міні- групах	15 хв.	
		Очікування «Картина під назвою «Команда»	10хв.	
		Вправа «Асоціації»	8хв	
		Міні-лекція «Сутність поняття «команда»	5 хв.	
		Вправа «Клубок»	20хв	
		Вправа «Скринька практичної мудрості»	10хв.	
		Зворотній зв'язок. Підведення підсумків	5хв.	
Заняття № 2 ВЗАЄМОДІЯ В КОМАНДІ (правила командної взаємодії)	Сприяти усвідомленню необхідності існування правил та їх дотримання під час командної взаємодії.	Вправа «Передай дію по колу»	10 хв.	90хв.
		Правила роботи у групі	5 хв.	
		Вправа «Пляшка»	20 хв.	
		Мозковий штурм «Навіщо потрібні правила в команді?»	15 хв.	
		Робота в групах. Вправа «Закон джунглів»	30 хв.	
		Підведення підсумків	10 хв.	
Заняття № 3 РОЛЬОВИЙ РОЗПОДІЛ В КОМАНДІ (ролі в командній взаємодії)	Розширити усвідомлення закономірності командних ролей, індивідуальних особливостей один одного, отримання навичок спільної роботи та прийомів вироблення загальної стратегії.	Вправа «Ланцюжки»	15 хв.	90хв.
		Очікування «Ваш вихід»	8 хв.	
		Міні-лекція «Командні ролі»	10 хв.	
		Проективна вправа «Історія розвитку вашої групи»	17 хв.	
		Вправа «Будинок»	10 хв	
		Вправа «Ріпка»	25 хв.	
		Вправа «Лампа Аладіна»	5 хв.	

Закінчення дод. Н

Заняття № 4 КОНФЛІКТИ В КОМАНДІ (вирішення конфліктів у команді)	Сприяти формуванню у майбутніх педіатрів конфліктологічної компетентності, розширенню обізнаності членів команди в розв'язанні конфліктних питань.	Вправа «Дзеркало»	5хв.	90хв.
		Вправа «Торбинка асоціацій». Конфлікт – це...	10хв.	
		Міні-лекція «Зміст та види конфліктів»	10хв.	
		Вправа «Регулювання емоційного напруження»	5 хв.	
		Мозковий штурм «Причини виникнення конфліктів»	10 хв.	
		Вправа «Театралізація»	25хв.	
		Вправа «Закон гармонії»	20хв.	
		Підведення підсумків	5хв.	
Заняття № 5 КОМУНІКАЦІЯ ВСЕРЕДЕНІ КОМАНДИ (ефективна комунікація в команді)	Формувати навички конструктивного спілкування у магістрантів, активного слухання та партнерської взаємодії.	Притча «Сокира»	5хв.	90хв.
		Міні-лекція «Як ви вважаєте, в чому цінність спілкування?»	15хв.	
		Вправа «Нескінченний ланцюжок»	10 хв.	
		Вправа «Жахливий секрет»	20хв.	
		Вправа «Допоможіть!»	20хв.	
		Вправа «Переговори»	10 хв.	
		Зворотній зв'язок. Підведення підсумків.	10хв.	
Заняття № 6 РОЗВИТОК ДОВІРИ В КОМАНДІ (формула діяльності ефективної команди)	Формувати усвідомлення відповідальності та довіри під час взаємодії, як необхідної умови досягнення спільної мети.	Вітворення пройденого матеріалу	5 хв.	90хв.
		Вправа «Побоювання»	15 хв.	
		Вправа «Жахливий секрет»	20 хв.	
		Вправа «Дискусія»	15хв.	
		Вправа «Групове малювання Я+ТИ=МИ»	25хв.	
		Підведення підсумків. Вправа «Хвилина правди»	10 хв.	

Проект “Вивчення досвіду роботи медичних команд”

Мета проекту: дослідити теоретичну базу командної взаємодії, опрацювати досвід роботи медичної команди на прикладі клініки Mayo.

Основні поняття: команда, командна взаємодія, професійна комунікативна компетентність, відмінності медичної команди.

Завдання:

- з'ясувати суть поняття “Команда”, “робота в команді”;
- проаналізувати відмінності медичної команди від інших видів команд (спортивна, команда менеджерів, команда банківських працівників) ;
- показати роль професійної комунікації в взаємодії лікаря з колегами, підлеглими, пацієнтами;
- проаналізувати практичний досвід командної роботи лікарів; ??
- на досвіді клініки Mayo визначити чинники, що впливають на ефективну роботу в медичній команді.

Алгоритм роботи над проектом:

- визначення проблеми, теми, мети;
- формування завдань;
- планування процесу та варіантів дослідження;
- розподіл обов'язків;
- систематизування результатів дослідження;
- підготовка презентації;
- презентація роботи;
- feedback;
- рефлексія.

Опис проекту

Для виконання проекту студенти об'єднуються в три групи.

Група дослідників — теоретиків: досліджує етапи становлення команди, розподіл ролей в команді на прикладі вивченого досвіду спортивних команд, команд банківських працівників; представляє “+” та “-” командної роботи; вивчає роль професійної комунікації на етапах формування команди; формулює відмінності медичної команди.

Група розробників: на підставі вивченого досвіду провідної світової клініки Mayo розробляє модель команди по схемі: лікар — пацієнт — медична сестра — завідуючий відділенням.

Група лікарів — практиків: медики — практики — хірург, асистент хірурга, операційна сестра, анестезіолог — доповідають свій досвід роботи в команді (переваги командної роботи, помилки).

Закінчення дод. П*Кінцевий результат:*

- група дослідників — теоретиків презентує матеріал у вигляді слайдів з інформацією пошукової роботи;
- група розробників показує командну взаємодію у вигляді рольової гри, базою для якої є досвід закордонної клініки;
- група лікарів — практиків презентує досвід власної роботи та коректує помилки з урахуванням закордонного досвіду.

Модель заняття :

- I. Вступне слово викладача. Оголошення теми, мети.
- II. Презентація та захист проектів груп.
- III. Feedback в групах та з викладачем.
- IV. Рефлексія.

Додаток Р

Методики діагностики рівня сформованості у майбутніх педіатрів мотиваційно-ціннісного компонента готовності до роботи в команді

Додаток Р.1

Тест «Формування позитивної групової мотивації»

Шановний магістранте! Тест спрямований на оцінку факторів, що відносяться до формування загальногрупової мотивації. Біля кожного пункту опитувальника є шкала оцінок у балах від 1 до 7. У лівій частині тесту представлені позитивні фактори, що характеризують групову мотивацію. У правій частині його представлені чинники, що негативно характеризують групову мотивацію.

Інструкція

Перед вами тест, який містить 25 факторів (позитивних і негативних). Ці фактори дозволяють оцінити ступінь сформованості групової мотивації. Просимо вас уважно оцінити ці фактори і вибрати відповідний бал. Обведіть кружком відповідну вашим уявленням цифру.

<i>Переважаючі чинники</i>	<i>Бали</i>	<i>Переважаючі чинники</i>
Високий рівень згуртованості групи	7 6 5 4 3 2 1	Низький рівень групової згуртованості
Висока активність членів групи	7 6 5 4 3 2 1	Низька активність членів групи
Нормальні міжособистісні відносини в групі	7 6 5 4 3 2 1	Погані міжособистісні відносини в групі
Відсутність конфліктних відносин в групі	7 6 5 4 3 2 1	Наявність конфліктів у групі
Високий рівень групової сумісності	7 6 5 4 3 2 1	Низький рівень групової сумісності
Особистісне осмислення організаційних цілей і їх прийняття	7 6 5 4 3 2 1	Неприйняття членами групи організаційних цілей
Визнання авторитету керівника групи	7 6 5 4 3 2 1	Члени групи не визнають авторитет її керівника
Повага до компетентності керівника групи	7 6 5 4 3 2 1	Члени групи не віддають належного компетентності керівника
Визнання лідерських якостей керівника групи	7 6 5 4 3 2 1	Члени групи не вважають свого керівника лідером
Наявність довірчих відносин членів групи з керівником групи	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність довірчих відносин членів групи з керівником

Закінчення дод. Р.1

Участь у прийнятті колективних рішень членами групи	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність участі членів групи в ухваленні рішень
Є умови для вираження творчого потенціалу членів групи	7 6 5 4 3 2 1	Немає умов для вираження творчого потенціалу членів групи
Прагнення прийняти відповідальність членами групи за виконувану роботу	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність прагнення у членів групи прийняти відповідальність за виконувану роботу
Хороший психологічний клімат в групі	7 6 5 4 3 2 1	Поганий психологічний клімат в групі
Високий рівень контролю за діями кожного члена групи	7 6 5 4 3 2 1	Низький рівень контролю за діями кожного члена групи
Наявність активної життєвої позиції всередині групи	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність активної життєвої позиції у членів групи
Прагнення до самореалізації у членів групи	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність прагнення до самореалізації у членів групи
Високий ступінь узгодженості дій у членів групи	7 6 5 4 3 2 1	Слабка ступінь узгодженості дій у членів групи
Сформованість загальногрупових цінностей	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність загальногрупових цінностей
Відсутність стресів усередині групи	7 6 5 4 3 2 1	Наявність стресів усередині групи
Бажання працювати в групі	7 6 5 4 3 2 1	Прагнення членів групи працювати індивідуально
Позитивне ставлення керівника групи до її членів	7 6 5 4 3 2 1	Негативне ставлення керівника до членів групи
Позитивне ставлення членів групи до свого керівника	7 6 5 4 3 2 1	Негативне ставлення членів групи до свого керівника
Ухвалення моральних норм поведінки всередині групи	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність моральних норм поведінки всередині групи
Уміння проявляти самостійність у вирішенні поставлених завдань членами групи	7 6 5 4 3 2 1	Відсутність прагнення самостійно вирішувати поставлені завдання у членів групи

Мінімально можлива кількість балів при заповненні тесту дорівнює 25, максимальна – 175.

Оцінка результатів:

25–74 балів – особистість слабо мотивована на роботу в команді (низький рівень);

75–151 балів – особистість в достатній мірі мотивована на роботу в команді (достатній рівень);

152–175 балів – особистість позитивно мотивована на роботу в команді (високий рівень).

Діагностика інтерактивної спрямованості особистості (Н. Щуркова, Н. Фетискін)

Шановний магістранте, методика призначена для визначення рівня інтерактивної спрямованості особистості..

Мета: вивчення вектора інтерактивної спрямованості особистої соціалізації.

Інструкція. Вам буде запропонована анкета з готовими відповідями, позначеними літерами „а”, „b” і „с”. вам слід обрати не ту відповідь, яка вважається бажаною або правильною, а ту, яка більшою мірою відповідає Вашій думці і найбільш цінна для Вас. Відповідайте по можливості швидко, оскільки важлива перша реакція, а не результат довгого обдумування. У бланку відповідей запишіть номер питання, а поряд з ним – свою відповідь у літерній формі.

Опитувальник

1. На шляху стоїть людина. Вам треба пройти. Що робите?
 - a) обійду не по стривоживши;
 - b) відсуну і пройду;
 - c) дивлячись який буде настрої.
2. Ви помічаєте серед гостей непоказну дівчину (хлопця), що самотньо сидить осторонь. Що робите?
 - a) нічого. Яке моє діло?
 - b) не знаю, як складуться обставини;
 - c) підійду і неодмінно заговорю.
3. Ви спізнюєтеся на навчання. Бачите, що комусь стало погано. Що робите?
 - a) поспішаю на навчання;
 - b) якщо попросять про допомогу, не відмовлю;
 - c) телефоную до швидкої, зупиняю перехожих.
4. Ваші знайомі переїзять на нову квартиру. Вони старшого віку. Що робите?
 - a) запропоную свою допомогу;
 - b) не втручаюся у чуже життя;
 - c) якщо попросять, я, звичайно, допоможу.
5. Недалеко від будинку продають полуницю. Ви купуєте кілограм, що залишився. Позаду чуєте, що якась людина шкодує про те, що не вистачило полуниці для внучки. Як Ви на це реагуєте?
 - a) висловлюю співчуття, звичайно;
 - b) обертаюся, пропоную поступитися;
 - c) не знаю, подивлюся, як виглядає ця бабуся.

Продовж. дод. Р.2

6. Дізнаєтесь, що несправедливо покараний один з Ваших знайомих. Що робите?
 - a) дуже серджуся, лаю кривдника;
 - b) нічого, життя взагалі несправедливе;
 - c) вступаюся за скривдженого.
7. Ви черговий(ва). Підмітаючи підлогу, знаходите гроші. Що робите?
 - a) вони мої, якщо я їх знайшов(ла);
 - b) завтра запитаю, хто загубив;
 - c) можливо, візьму собі.
8. Складаєте іспит. На що розраховуєте?
 - a) на шпаргалки, звичайно, або на везіння;
 - b) на втому екзаменатора – може пропустить;
 - c) не себе самого (саму), свої знання.
9. Вам належить обрати роботу. Як будете діяти?
 - a) знайду що-небудь поряд з будинком;
 - b) пошукаю високооплачувану роботу;
 - c) оберу творчу роботу.
10. Вам пропонують три види подорожі. Що оберете?
 - a) невідому красу своєї країни;
 - b) екзотичні країни;
 - c) багаті країни.
11. Група вирішила провести прибирання приміщення. Ви бачите, що всі знаряддя праці розібрані. Що будете робити?
 - a) покручуся трохи, потім видно буде;
 - b) йду додому, звичайно;
 - c) приєднаюся до кого-небудь.
12. Чарівник пропонує зробити Ваше життя забезпеченим, без необхідності працювати. Що відповісте?
 - a) погоджуся з вдячністю;
 - b) спочатку дізнаюся, скільки було таких випадків;
 - c) рішуче відмовлюся.
13. Вас просять виконати одну справу. У Вас немає бажання. Що відбуватиметься далі?
 - a) забуваю про неї, пригадаю, якщо скажуть;
 - b) виконую, зрозуміло;
 - c) шукаю причини, щоб відмовитись.
14. Побували на дивовижному вернісажі. Що-небудь розповісте?
 - a) так, неодмінно – усім друзям і знайомим;
 - b) не знаю, розкажу, якщо буде можливість;
 - c) ні, нехай кожен живе, як хоче.

Продовж. дод. Р.2

15. Група вирішує, кому доручити роботу. Вам ця робота подобається. Що робите?
- a) прошу доручити мені;
 - b) чекаю, коли хтось назве мою кандидатуру;
 - c) нічого не роблю, хай буде, як буде.
16. Зібралися їхати на дачу до друга. У Вас просять відкласти поїздку заради певної справи. Що відповісте?
- a) їду на дачу, як було домовлено;
 - b) не їду, звичайно;
 - c) запитаю друга, що скаже.
17. Ви вирішили завести собаку. Що Вас влаштує?
- a) бездомне щеня;
 - b) дорослий пес із відомою вдачею;
 - c) щеня рідкісної породи з родоводом.
18. Стрілки годинника указують на кінець заняття. Викладач просить п'ять хвилин. Ваша реакція?
- a) нагадую про право на відпочинок;
 - b) погоджуюся;
 - c) як всі, та і я.
19. З Вами розмовляють образливим тоном. Як реагуєте?
- a) відповідаю тим же;
 - b) не помічаю, це не має значення;
 - c) розвиваю зв'язок.
20. Ви погано граєте на скрипці, але близькі просять Вас зіграти для гостей, похваливши. Що робите?
- a) граю;
 - b) зрозуміло, не граю;
 - c) приємно, що хвалять, але ухиляюся.
21. Задумали приймати гостей. Чим стурбовані?
- a) пригощанням, звичайно;
 - b) програмою спілкування;
 - c) нічим – вони ж мої друзі.
22. Школу закрили на карантин. Як реагуєте?
- a) як усі, гуляю, насолоджуюся свободою;
 - b) створюю програму самостійних занять;
 - c) живу в очікуванні нових повідомлень.
23. Вам подарували красиву авторучку. Два хлопці вимагають віддати її їм. Що будете робити?
- a) віддаю – життя дорожче;
 - b) спробую втекти від них;

- с) подарунків не віддаю.
24. При Вас хвалять Вашого знайомого. Що Ви відчуваєте?
- а) мені незручно, сліпо заздрю;
 - б) радий(а), мої достоїнства від цього не зменшуються;
 - с) це мене не хвилює, нічого не відчуваю.
25. Наступає Новий рік. Про що думаєте?
- а) про подарунки, звичайно, і про ялинку;
 - б) про новорічні канікули;
 - с) про новий етап свого життя;
26. Яка роль музики у Вашому житті?
- а) потрібна для танців;
 - б) є фоном життя;
 - с) звеселяє душу.
27. Їдете надовго з дому. Як відчуваєте себе далеко від дому?
- а) сняться рідні місця;
 - б) краще, ніж удома;
 - с) не знаю, надовго не виїжджав(ла).
28. Чи змінюється Ваш настрій під час перегляду інформаційних телепередач?
- а) ні, якщо мої справи йдуть добре;
 - б) так, і постійно;
 - с) не помічав(ла).
29. Проводиться благодійний збір книг. Ви берете участь?
- а) відбираю цікаві книги, приношу;
 - б) у мене немає книг, непотрібних мені;
 - с) якщо побачу, що всі здають, я теж принесу.
30. Чи можете Ви назвати 5 дорогих Вам місць на землі, 5 цікавих суспільно-історичних подій, 5 дорогих Вам імен видатних людей?
- а) безумовно, можу;
 - б) ні, на світі так багато цікавого;
 - с) не знаю, не рахував.
31. Чуєте повідомлення про подвиг людини. Про що думаєте?
- а) у цієї людини була своя вигода;
 - б) повезло прославитися;
 - с) глибоко задоволений(на), не припиняю дивуватись.

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка проводиться за допомогою ключа.

Орієнтація на взаємодію і співпрацю

1. В	6. С	11. С	16. В	21. В	26. С
2. С	7. В	12. С	17. А	22. В	27. А
3. С	8. С	13. В	18. В	23. С	28. В
4. А	9. С	14. А	19. В	24. В	29. А
5. В	10. А	15. В	20. А	25.С	30. В
31. С					

Відповіді, що співпадають з ключем, оцінюються в 1 бал, а що не співпадають – 0 балів. Відповідно до цього підраховується загальна кількість балів по кожній з трьох шкал. Про домінування тієї або іншої особистісної спрямованості можна робити висновок за найбільшою кількістю балів в одній з трьох шкал. Про рівень сформованості спрямованості можна говорити, виходячи з таких показників:

24 бали і вище – високий рівень;

14–23 бали – достатній рівень;

13 балів і менше – низький рівень.

Орієнтація на взаємодію, співпрацю з іншими людьми зумовлені потребами в підтримці конструктивних відносин з членами малої групи, емпатії та інтересі до спільної діяльності. Як правило, високий рівень даної шкали відповідає оптимальній соціалізації й адаптації.

Методика „Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова”

Даний опитувальник спрямований на дослідження вашої особистості та ваших відносин. Відповідайте по можливості швидко, довго не роздумуючи над кожним питанням. Пам'ятайте, що поганих або хороших відповідей немає, є тільки ваша власна думка. Відповідати потрібно „так” або „ні”. У бланку відповідей це відповідно „+” або „-”, які потрібно проставити поруч з номером питання.

ТЕСТ

1. Чи любите ви лежати на дивані та нічого не робити?
2. Любителі ви самі заробляти гроші і отримувати від цього задоволення?
3. Чи часто вас відвідує думка, що хочеться сходити в театр або на виставку?
4. Чи часто ви допомагаєте близьким по господарству?
5. Вважаєте ви, що любов – визначальне почуття в житті?
6. Чи любите ви читати книги про щось нове, ще невідомому вам?
7. Чи хочете ви стати босом (начальником якої-небудь компанії)?
8. Чи хочете ви, щоб вас поважали друзі за ваші особистісні якості?
9. Чи хочете ви самі приймати участь у будь-яких громадських заходах (мітингах, страйках) на користь близької вам шару населення?
10. Вважаєте ви, що без спілкування з друзями ваше життя буде тьмяною і безрадісною?
11. Вважаєте ви, що було б здоров'я, а все інше додасться?
12. Чи часто вам хочеться розслабитися (послухати легку музику, наприклад)?
13. Ви обрали свою професію в основному тому, що вона може вам приносити великий матеріальний достаток?
14. Вважаєте ви, що в житті важливо вміти грати на музичних інструментах, малювати тощо?
15. Якщо хтось із ваших знайомих захворів, чи виберете ви час, щоб його відвідати?
16. Ваш шлюб укладено (буде укладено) по любові?
17. Чи любите ви читати науково-популярні книги?
18. Хотіли ви в школі стати небудь організатором?
19. Якщо ви скоїли непорядний вчинок по відношенню до друзів або співробітникам, чи будете ви переживати з цього приводу?
20. Вважаєте ви, що шляхом громадських дій (мітингів, зібрань) можна щонебудь змінити в суспільному житті?

Продовж. дод. Р.3

21. Чи можете ви спокійно обійтися без частого спілкування зі своїми знайомими?
22. Вважаєте ви, що необхідно будь-яким чином зміцнювати своє здоров'я (плавати, бігати, грати в теніс і т. д.)?
23. Головне для вас – ваш настрій в даний момент, а що буде потім - не так важливо?
24. Вважаєте ви, що головне – це придбати будинок (квартиру), машину та інші матеріальні блага?
25. Чи любите ви гуляти лісом, парком?
26. Як ви вважаєте, чи потрібно допомагати матеріально тим, хто просить милостиню, чи ні?
27. Любов – це почуття, яке народжується і помирає?
28. Хотіли б ви стати вченим або науковим співробітником?
29. Влада – це почесно і значимо або від неї більше клопоту і всяких неприємностей?
30. Хотіли б ви, щоб у вас було більше друзів?
31. Чи спадало вам на думку зайнятися перебудовою якої громадської організації (клубу, консультаційного пункту, інституту)?
32. Чи багато свого вільного часу ви хотіли б приділяти спілкуванню?
33. Чи часто ви замислюєтеся про своє здоров'я?
34. Вважаєте ви, що дуже важливо вміти приносити собі задоволення?
35. Якщо все почати спочатку, обрали б ви зараз більш високооплачувану роботу, ніж справжня?
36. Хотіли б ви зайнятися фотографією?
37. Вважаєте ви, що потрібно обов'язково допомогти упалому людині?
38. Почуття любові для вас – це першооснова життя чи ні?
39. Чи часто ви задаєте собі питання: „А чому саме так?”
40. Хотіли б ви „робити” політику?
41. Чи часто ваш внутрішній голос задає вам питання: „А чи поважають мене оточуючі?”
42. Чи є для вас суспільні явища предметом обговорення вдома або на роботі?
43. Якщо ви три дні проведете на безлюдному острові, помрете ви від самотності?
44. Катаєтеся ви на лижах, щоб зміцнити своє здоров'я?
45. Чи часто ви підлягає мрієте, лежачи з закритими очима?
46. Головне в житті – це робити гроші і створювати власний бізнес?
47. Чи часто ви купуєте картини та інші художні вироби або хотіли б їх купити?
48. Якщо хтось із близьких досить довго хворіє, чи будете ви за нього виконувати його обов'язки по господарству смиренно і покійно?

Продовж. дод. Р.3

49. Чи любите ви маленьких дітей?
50. Хотіли б ви створити якусь свою «теорію» (відносності, таблицю і т. п.)?
51. Чи хочете ви бути схожим на якого відомого людини (актора, політика, бізнесмена)?
52. Важливо вам, щоб вас поважали товариші по службі за ваші професійні знання?
53. Хотіли б ви в даний час що-небудь самі зробити в політиці?
54. Ви людина рішуча?
55. Чи ходите ви в сауну, басейн, лазню, чи займаєтеся аеробікою для підтримки хорошого фізичного стану?
56. Нормальний відпочинок – це надзвичайно важливо, чи не так?
57. У житті надзвичайно важливо накопичити матеріальні засоби і передати їх дітям?
58. Чи хотілося вам коли-небудь самому намалювати картину або скласти музику?
59. Коли маленька дитина плаче – це „крик про допомогу”?
60. Для вас важливіше любити самому, ніж бути коханим?
61. „У всьому хочеться дійти до самої суті” – це про вас?
62. Ви хотіли б, щоб ваші діти стали знаменитими людьми?
63. Хотіли б ви, щоб товариші по службі зверталися до вас за допомогою в особистому плані, як до людини?
64. У суспільному житті нехай залишається все як є?
65. Спілкування – це лише марна трата часу?
66. Здоров'я – це не найголовніше в житті, чи не так?

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Ступінь вираженості кожної з поліструктурності ціннісних орієнтацій особистості визначалася за допомогою ключа, представленого у бланку відповідей. Відповідно цьому підраховується кількість позитивних відповідей у всіх одинадцяти стовпчиках.

За результатами обробки індивідуальних даних будується графічний профіль, що відображає вираженість кожної цінності. Для цього по вертикалі фіксується кількісна вираженість цінностей (по 6-бальній системі), а по горизонталі – види цінностей.

Перерахуємо дані цінності в узагальненому вигляді:

1. Приємне проведення часу, відпочинок.
2. Висока матеріальний добробут.
3. Пошук і насолоду прекрасним.
4. Допомога і милосердя до інших людей.

Закінчення дод. Р.3

5. Любов.
6. Пізнання нового у світі, природі, людині.
7. Високий соціальний статус і управління людьми.
8. Визнання та повага людей і вплив на оточуючих.
9. Соціальна активність для досягнення позитивних змін у суспільстві.
10. Спілкування.
11. Здоров'я.

Ключ

Номер питання										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
Сума										
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI

Інтерпретація результатів за шкалою „Допомога і милосердя до інших людей”

Високий рівень – 5–6 балів

Достатній рівень – 3–4 бали

Низький рівень – 0–2 бали

Діагностика потреби у спілкуванні (за методикою Ю. Орлова)

Шановні майбутні педіатри! Дайте, будь ласка, відповіді на поставлені запитання. Нам важливо з'ясувати Ваш рівень потреби у спілкуванні.

Інструкція до тесту: Відповідайте „так” або „ні” на наведені нижче твердження

Тестовий матеріал

1. Я отримую задоволення від участі в різних урочистостях.
2. Я можу приглушити свої бажання, якщо вони суперечать бажанням моїх друзів.
3. Мені приємно виявляти прихильність до когось.
4. Я більше зосереджений на набутті впливу, ніж дружби.
5. Я відчуваю, що по відношенню до моїх друзів у мене більше прав, ніж обов'язків.
6. Коли я дізнаюся про успіхи свого друга, у мене чомусь погіршується настрій.
7. Щоб бути задоволеним собою, я повинен комусь у чомусь допомогти.
8. Мої турботи зникають, коли я опиняюся серед товаришів по роботі.
9. Мої товариші мені трохи набридли.
10. Коли я роблю погано роботу, присутність людей мене дратує.
11. Притиснутий до стіни, я кажу лише ту частину правди, яка, на мою думку, не шкодить моїм друзям чи знайомим.
12. У важкій ситуації я думаю не стільки про себе, скільки про близьку людину.
13. Неприємності у друзів викликають у мене такий стан, що я можу захворіти.
14. Мені приємно допомагати друзям, навіть якщо це завдасть мені значних клопотів.
15. Із поваги до товариша я можу погодитися з його думкою, навіть якщо він неправий.
16. Мені більше подобаються пригодницькі оповідання, ніж оповідання про кохання.
17. Сцени насилля в кіно мені огидні.
18. У стані самотності відчуваю тривогу і напруженість більше, ніколи я знаходжуся серед людей.

Закінчення дод. Р.4

19. Я вважаю, що основною радістю у житті є спілкування.
20. Мені шкода покинутих собак та кішок.
21. Я віддаю перевагу мати менше друзів, але більш близьких.
22. Я люблю бувати серед друзів.
23. Я довго переживаю сварки з близькими.
24. У мене більше близьких людей, ніж у багатьох інших.
25. У мені більший потяг до досягнень, ніж до дружби.
26. Я більше довіряю власним інтуїції та уяві в погляді на людей, ніж судженням про них інших людей.
27. Я надаю більшого значення матеріальному благополуччю та престижу, ніж радості спілкування з приємними мені людьми.
28. Я співчуваю людям, у яких немає близьких друзів.
29. Стосовно мене люди часто невдячні.
30. Я люблю оповідання про безкорисливу дружбу та любов.
31. Заради друга я можу пожертвувати всім.
32. У дитинстві я входив до однієї „тісної” компанії.
33. Якби я був журналістом, мені подобалось би писати про дружбу.

Обробка результатів тесту

За кожну відповідь, що відповідає ключу, нараховується один бал.

Відповіді „так” на твердження 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 33.

Відповіді „ні” на твердження 3, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 25, 27, 29.

Інтерпретація результатів тесту

Визначається загальна сума балів. Чим вища оцінка, тим більша потреба у спілкуванні.

Від 22 до 33 балів – високий рівень; від 12 до 21 балів – достатній рівень; від 0 до 11 балів – низький рівень потреб у спілкуванні.

Методики діагностики рівня сформованості у майбутніх педіатрів діяльнісно-функціонального компонента готовності до роботи в команді

Додаток С.1

Авторська методика „Шкала самооцінки рівня сформованості умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді”

Методика призначена для діагностики діяльнісно-функціонального компонента готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді.

Респондентам пропонується шкала самооцінки рівня розвитку професійних умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) – всього 20 за 5-бальною шкалою від 1 (найнижчий рівень) до 5 (найвищий рівень).

Уміння, що забезпечують ефективну роботу в команді	Бали
1) аргументовано формулювати власні погляди, бути готовим до їх коригування, враховуючи точку зору членів команди	1 2 3 4 5
2) чітко формулювати завдання, передавати інформацію	1 2 3 4 5
3) висловлювати свою думку повільно, чітко, впевнено переконувати, навіювати, виявляти взаємоповагу, взаєморозуміння	1 2 3 4 5
4) кодувати і декодувати повідомлення за вербальними і невербальними каналами комунікації	1 2 3 4 5
5) формулювати контраргументи на захист своєї позиції	1 2 3 4 5
6) визначати проблему і розробляти програму її вирішення (мета, зміст, способи, результат), орієнтуючись на індивідуальний і загальний успіх	1 2 3 4 5
7) адекватно оцінювати власні можливості та потенції інших членів команди у вирішенні проблеми	1 2 3 4 5
8) будувати зв'язки та відносини з людьми, об'єднувати, координувати спільні зусилля членів команди з метою підвищення її ефективності	1 2 3 4 5
9) долати виникаючі перешкоди за допомогою розробки альтернативних варіантів вирішення проблеми	1 2 3 4 5
10) досягти взаєморозуміння, злагодженості членів команди, слухати й чути один одного	1 2 3 4 5
11) позитивно-стійко сприймати „значущого іншого” на основі емпатії, толерантності, довіри	1 2 3 4 5
12) встановлювати продуктивно-комфортні „суб'єкт-суб'єктні” ділові відносини	1 2 3 4 5
13) абстрагуватися від особистих симпатій/антипатій, пристосовуватись до стресових впливів	1 2 3 4 5
14) знаходити компроміси і шляхи вирішення конфліктних ситуацій	1 2 3 4 5

Закінчення дод. С.1

15) відповідно обраної стратегії обирати доцільну тактику роботи в команді, виражати довіру команді	1 2 3 4 5
16) здійснювати пошук, обробку, передачу і обмін професійно-значущої інформації для досягнення поставленої мети	1 2 3 4 5
17) співвідносити професійно-значущі цінності і норми деонтології зі змістом здійснюваної діяльності	1 2 3 4 5
18) нести персональну відповідальність за результати роботи	1 2 3 4 5
19) успішно співпрацювати у віртуальному середовищі	1 2 3 4 5
20) постійно вдосконалювати знання, ціннісні установки у загальному полі професійної діяльності	1 2 3 4 5

Обробка та інтерпретація. Щоб визначити рівень сформованості діяльнісно-функціонального компонента готовності до роботи в команді необхідно скласти усі бали за вказаними твердженнями. Порахуйте загальну кількість балів. Високий (80–100 балів); достатній (60–79 балів); низький (20–59 балів).

Авторська методика „Шкала оцінки експертами-викладачами рівня сформованості умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді”

Методика призначена для діагностики діяльнісно-функціонального компонента готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді. Викладачам-експертам пропонується шкала самооцінки рівня розвитку у магістрантів професійних умінь, що забезпечують ефективну роботу в команді (комунікативні, організаційно-координувальні, перцептивно-регулятивні, предметно-інформаційні) – всього 20 за 5-бальною шкалою від 1 (найнижчий рівень) до 5 (найвищий рівень).

Уміння, що забезпечують ефективну роботу в команді	Бали
1) аргументовано формулювати власні погляди, бути готовим до їх коригування, враховуючи точку зору членів команди	1 2 3 4 5
2) чітко формулювати завдання, передавати інформацію	1 2 3 4 5
3) висловлювати свою думку повільно, чітко, впевнено переконувати, навіювати, виявляти взаємоповагу, взаєморозуміння	1 2 3 4 5
4) кодувати і декодувати повідомлення за вербальними і невербальними каналами комунікації	1 2 3 4 5
5) формулювати контраргументи на захист своєї позиції	1 2 3 4 5
6) визначати проблему і розробляти програму її вирішення (мета, зміст, способи, результат), орієнтуючись на індивідуальний і загальний успіх	1 2 3 4 5
7) адекватно оцінювати власні можливості та потенції інших членів команди у вирішенні проблеми	1 2 3 4 5
8) будувати зв'язки та відносини з людьми, об'єднувати, координувати спільні зусилля членів команди з метою підвищення її ефективності	1 2 3 4 5
9) долати виникаючі перешкоди за допомогою розробки альтернативних варіантів вирішення проблеми	1 2 3 4 5
10) досягти взаєморозуміння, злагодженості членів команди, слухати й чути один одного	1 2 3 4 5
11) позитивно-стійко сприймати „значущого іншого” на основі емпатії, толерантності, довіри	1 2 3 4 5
12) встановлювати продуктивно-комфортні „суб'єкт-суб'єктні” ділові відносини	1 2 3 4 5
13) абстрагуватися від особистих симпатій/антипатій, пристосовуватись до стресових впливів	1 2 3 4 5
14) знаходити компроміси і шляхи вирішення конфліктних ситуацій	1 2 3 4 5
15) відповідно обраної стратегії обирати доцільну тактику роботи в команді, виражати довіру команді	1 2 3 4 5

Закінчення дод. С.2

16) здійснювати пошук, обробку, передачу і обмін професійно-значущої інформації для досягнення поставленої мети	1 2 3 4 5
17) співвідносити професійно-значущі цінності і норми деонтології зі змістом здійснюваної діяльності	1 2 3 4 5
18) нести персональну відповідальність за результати роботи	1 2 3 4 5
19) успішно співпрацювати у віртуальному середовищі	1 2 3 4 5
20) постійно вдосконалювати знання, ціннісні установки у загальному полі професійної діяльності	1 2 3 4 5

Обробка та інтерпретація. Щоб визначити рівень сформованості діяльнісно-функціонального компонента готовності до роботи в команді необхідно скласти усі бали за вказаними твердженнями. Порахуйте загальну кількість балів. Високий (80–100 балів); достатній (60–79 балів); низький (20–59 балів).

Методики діагностики рівня сформованості у майбутніх педіатрів особистісного компонента готовності до роботи в команді

Додаток Т.1

Діагностика доброзичливості (за шкалою Д. Кемпбелла)

Інструкція до тесту

Шановний магістранте! Уважно прочитайте пари суджень опитувальника. Якщо ви вважаєте, що будь-яке судження з пари вірно і відповідає вашому уявленню про себе та інших людей, то в банку відповідей навпроти номера судження відзначте ступінь вашої згоди з ним, використовуючи запропоновану шкалу.

Якщо у вас виникли якісь питання, задайте їх, перш ніж почнете виконувати тест.

Тестовий матеріал

№
n/n

Виберіть вірну думку

1.
 - 1.1. Людина найчастіше може бути упевнена в інших людях.
 - 1.2. Довіряти іншому небезпечно, оскільки тому що він може використовувати це в своїх цілях.
2.
 - 2.1. Люди швидше скоріше допомагатимуть один одному, чим ображати один одного.
 - 2.2. У наш час в наші часи навряд чи знайдеться перебуватиме така людина, якій можна було б повністю цілком довіритися.
3.
 - 3.1. Ситуація, коли людина працює для інших, повна цілковита небезпеки.
 - 3.2. Друзі і співробітники виступають вирушають кращим гарантом безпеки.
4.
 - 4.1. Віра в інших є основою виживання у наш час в наші часи.
 - 4.2. Довіряти іншим рівнозначно пошуку неприємностей прикромців.
5.
 - 5.1. Якщо знайомий просить прохає дати у борг позички, краще знайти спосіб відмовити йому.
 - 5.2. Здатність здібність допомогти іншому складає одну з кращих сторін нашого життя.

Закінчення дод. Т.1

6. 6.1. „Договір дорожчий за гроші” – все ще краще правило у наш час в наші часи.
6.2. У наш час в наші часи необхідно спостерігати та контролювати усіх незалежно від власних принципів.
7. 7.1. Неможливо перестрибнути через себе.
7.2. Там, де є воля, є і результат.
8. 8.1. У ділових стосунках не місце дружбі.
8.2. Основна функція ділових стосунків полягає в можливості спроможності допомогти іншому.

Обробка й інтерпретація результатів тесту

Вибори, що відображають доброзичливе ставлення до інших людей: 1А, 2А, 3В, 4А, 5В, 6А, 7В, 8В.

При збігу відповіді випробуваного з ключем він оцінюється в 1 бал, при розбіжності – в 0 балів. Бали підсумовуються.

Інтерпретація результатів тесту

- 2 бали і менше – низький рівень доброзичливого ставлення до інших;
- 3–5 балів – достатній рівень доброзичливого ставлення до інших;
- 6 балів і вище – високий рівень доброзичливого ставлення до інших.

Додаток Т.2

**Експрес-опитувальник „Індекс толерантності”
(Г. Солдатова, О. Кравцова, О. Хухлаєв, Л. Шайгерова)**

Шановний магістранте! Оцініть, будь ласка, наскільки Ви згодні або не згодні з наведеними твердженнями, і відповідно до цього поставте галочку або будь-який інший значок навпроти кожного твердження.

<i>№ n/n</i>	<i>Твердження</i>	<i>Абсолютно не згоден</i>	<i>Не згоден</i>	<i>Скоріше не згоден</i>	<i>Скоріше згоден</i>	<i>Згоден</i>	<i>Повністю згоден</i>
1.	У засобах масової інформації може бути представлена будь-яка думка						
2.	У змішаних шлюбах зазвичай більше проблем, ніж у шлюбах між людьми однієї національності						
3.	Якщо один зрадив, треба помститися йому						
4.	До кавказців стануть ставитися краще, якщо вони змінять свою поведінку						
5.	У суперечці може бути правильною лише одна точка зору						
6.	Жебраки і бродяги самі винні в своїх проблемах						
7.	Нормально вважати, що твій народ краще, ніж всі інші						
8.	З неохайними людьми неприємно спілкуватися						
9.	Навіть якщо у мене є своя думка, я готовий вислухати й інші точки зору						

Продовж. дод. Т.2

10.	Всіх психічно хворих людей необхідно ізолювати від суспільства						
11.	Я готовий прийняти в якості члена своєї сім'ї людину будь-якої національності						
12.	Біженцям треба допомагати не більше, ніж усім іншим, так як у місцевих проблемах не менше						
13.	Якщо хтось чинить зі мною грубо, я відповідаю тим же						
14.	Я хочу, щоб серед моїх друзів були люди різних національностей						
15.	Для наведення порядку в країні необхідна "сильна рука"						
16.	Приїжджі повинні мати ті ж права, що і місцеві жителі						
17.	Людина, яка думає не так, як я, викликає у мене роздратування						
18.	До деяких націй і народів важко добре ставитися						
19.	Безлад мене дуже дратує						
20.	Будь-які релігійні течії мають право на існування						
21.	Я можу уявити чорношкіру людину своїм близьким другом						
22.	Я хотів би стати більш терпимою людиною по відношенню до інших						

Закінчення дод Т.2

Обробка результатів

Для кількісного аналізу підраховується загальний результат, без поділу на субшкали.

Кожній відповіді на пряме твердження присвоюється бал від 1 до 6 („абсолютно не згоден” – 1 бал, „повністю згоден” – 6 балів). Відповідям на зворотні твердження присвоюються реверсивні бали („абсолютно не згоден” – 6 балів, „повністю згоден” – 1 бал). Потім отримані бали підсумовуються.

Номери прямих тверджень: 1, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 22.

Номери зворотних тверджень: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19.

Індивідуальна або групова оцінка виявленого рівня толерантності здійснюється за наступними ступенями:

60–22 – низький рівень толерантності. Такі результати свідчать про високу інтолерантність людини і наявності у неї виражених інтолерантних установок по відношенню до навколишнього світу і людям.

99–61 – достатній рівень. Такі результати показують респонденти, для яких характерне поєднання як толерантних, так і інтолерантних рис. В одних соціальних ситуаціях вони ведуть себе толерантно, в інших можуть проявляти інтолерантність.

132–100 – високий рівень толерантності. Представники цієї групи мають виражені риси толерантної особистості. У той же час необхідно розуміти, що результати, що наближаються до верхньої межі (більше 115 балів), можуть свідчити про розмивання у людини „кордонів толерантності”, пов’язаному, наприклад, з психологічним інфантилізмом, тенденціями до потурання, поблажливості чи байдужості. Також важливо враховувати, що респонденти, які потрапили в цей діапазон, можуть демонструвати високий ступінь соціальної бажаності.

Для якісного аналізу аспектів толерантності можна використовувати поділ на субшкали:

1. Етнічна толерантність: 2, 4, 7, 11, 14, 18, 21.

2. Соціальна толерантність: 1, 6, 8, 10, 12, 15, 16, 20.

3. Толерантність як риса особистості: 3, 5, 9, 13, 17, 19, 22.

Субшкала „етнічна толерантність” виявляє ставлення людини до представників інших етнічних груп і установки в сфері міжкультурної взаємодії. Субшкала „соціальна толерантність” дозволяє досліджувати толерантні й інтолерантні прояви по відношенню до різних соціальних груп (меншин, злочинців, психічно хворих людей), а також вивчати установки особистості по відношенню до деяких соціальних процесів. Субшкала „толерантність як риса особистості” включає пункти, що діагностують особистісні риси, установки і переконання, які в значній мірі визначають ставлення людини до навколишнього світу.

Додаток Т.3

Вимір соціальної активності академічної групи (на основі тесту Ю. Платонова) (адаптовано М. Карповою)

Шановний магістранте! Методика спрямована на вимірювання соціальної активності академічної групи.

Опис тесту: при дослідженні академічної групи важливо виявити психологічні фактори, що сприяють або перешкоджають злагодженій спільній роботі. Можливі труднощі, конфлікти, непорозуміння, пов'язані з різним розумінням і трактуванням людьми цілей, мотивів, почуттів, стосунків до навчання і членів групи тощо.

Інструкція до тесту: „Відзначте свою думку про спільну роботу всіх членів Вашої академічної групи за 7-бальною шкалою, відповідаючи на питання: „Як Ви думаєте, члени Вашої академічної групи ... ”

ТЕСТ

1. Шкала цілеспрямованості оцінки								
1.1.	Вважають, що головне – це високі результати праці	7	6	5	4	3	2	1
1.2.	Вважають, що необхідно раціонально використовувати робочий час	7	6	5	4	3	2	1
1.3.	Вважають, що необхідно якісно виконувати роботу	7	6	5	4	3	2	1
1.4.	Вважають, що необхідно проявляти ощадливість і працьовитість	7	6	5	4	3	2	1
1.5.	Вважають, що в роботі необхідно взаєморозуміння	7	6	5	4	3	2	1
1.6.	Вважають, що в роботі необхідна взаємодія	7	6	5	4	3	2	1
1.7.	Вважають, що робота повинна приносити користь суспільству	7	6	5	4	3	2	1
1.8.	Вважають, що в роботі головне – єдність	7	6	5	4	3	2	1
1.9.	Вважають, що головне – висока організованість праці	7	6	5	4	3	2	1
1.10.	Вважають, що важливо досягнення не стільки особистих, скільки колективних цілей	7	6	5	4	3	2	1
2. Шкала мотивованості оцінки								
2.1.	Прагнуть досягти максимально можливих результатів	7	6	5	4	3	2	1
2.2.	Прагнуть отримати якомога більшу індивідуальну винагороду	7	6	5	4	3	2	1
2.3.	Прагнуть розвивати свої професійні вміння і навички	7	6	5	4	3	2	1
2.4.	Прагнуть брати активну участь в справах колективу	7	6	5	4	3	2	1
2.5.	Прагнуть принести користь своєму колективу	7	6	5	4	3	2	1
2.6.	Прагнуть проявити свої кращі якості	7	6	5	4	3	2	1
2.7.	Прагнуть краще розібратися у виконуваній роботі	7	6	5	4	3	2	1
2.8.	Прагнуть проявити високу працездатність	7	6	5	4	3	2	1
2.9.	Прагнуть отримати визнання оточуючих	7	6	5	4	3	2	1
2.10.	Прагнуть вирішити свої особисті проблеми	7	6	5	4	3	2	1

Продовж. дод. Т.3

3. Шкала емоційності оцінки								
3.1.	Чи задоволені взаємовідносинами в групі	7	6	5	4	3	2	1
3.2.	Чи задоволені взаємовідносинами з викладачами	7	6	5	4	3	2	1
3.3.	Чи задоволені результатами своєї праці	7	6	5	4	3	2	1
3.4.	Чи задоволені відносинами до справи своїх одногрупників	7	6	5	4	3	2	1
3.5.	Чи задоволені своїми обов'язками	7	6	5	4	3	2	1
3.6.	Чи задоволені тим, що навчаються в цьому колективі	7	6	5	4	3	2	1
3.7.	Чи задоволені умовами навчальної діяльності	7	6	5	4	3	2	1
3.8.	Чи задоволені можливістю досягти бажаних результатів	7	6	5	4	3	2	1
3.9.	Чи задоволені тим, як організована навчальна діяльність	7	6	5	4	3	2	1
3.10.	Чи задоволені видами винагород своєї праці	7	6	5	4	3	2	1
4. Шкала стресостійкості оцінки								
4.1.	Турботливі та чуйні один до одного в навчанні	7	6	5	4	3	2	1
4.2.	Засуджують порушників дисципліни	7	6	5	4	3	2	1
4.3.	У скрутних ситуаціях виявляють стриманість	7	6	5	4	3	2	1
4.4.	Виявляють такт і повагу один до одного	7	6	5	4	3	2	1
4.5.	Спірні питання вирішують з урахуванням думок всіх сторін	7	6	5	4	3	2	1
4.6.	Добре поінформовані про результати своєї діяльності	7	6	5	4	3	2	1
4.7.	Не роблять образливих зауважень	7	6	5	4	3	2	1
4.8.	Об'єктивно оцінюють власні успіхи та невдачі	7	6	5	4	3	2	1
4.9.	Доброзичливі один до одного	7	6	5	4	3	2	1
4.10.	З розумінням ставляться до труднощів у роботі старости групи	7	6	5	4	3	2	1
5. Шкала колективності оцінки								
5.1.	Проявляють високу працездатність	7	6	5	4	3	2	1
5.2.	Ініціативні у навчанні	7	6	5	4	3	2	1
5.3.	Сумлінно ставляться до своїх обов'язків	7	6	5	4	3	2	1
5.4.	Критично ставляться до недоліків	7	6	5	4	3	2	1
5.5.	Старанні і дисципліновані в навчанні	7	6	5	4	3	2	1
5.6.	Зацікавлені в своєму навчанні	7	6	5	4	3	2	1
5.7.	Вимогливі в навчанні до себе та інших	7	6	5	4	3	2	1
5.8.	Відповідально ставляться до своїх обов'язків	7	6	5	4	3	2	1
5.9.	Працьовиті й ощадливі в навчанні	7	6	5	4	3	2	1
5.10.	Виявляють змагальну активність	7	6	5	4	3	2	1
6. Шкала інтегративності оцінки								
6.1.	Засуджують прояви індивідуалізму в спільній роботі	7	6	5	4	3	2	1
6.2.	Виникаючі в навчанні проблеми вирішують спільно	7	6	5	4	3	2	1
6.3.	Особисті інтереси підпорядковують інтересам колективу	7	6	5	4	3	2	1
6.4.	Не байдужі, якщо виникають перешкоди у навчальній діяльності	7	6	5	4	3	2	1
6.5.	Дотримуються загальних норм поведінки	7	6	5	4	3	2	1
6.6.	Підтримують корисні для справи починання	7	6	5	4	3	2	1
6.7.	Вірять у великі можливості колективної праці	7	6	5	4	3	2	1
6.8.	Чинять опір силам, що заважає навчальному процесу	7	6	5	4	3	2	1
6.9.	Підтримують хороші навчальні традиції	7	6	5	4	3	2	1

Закінчення дод. Т.3

6.10.	Дбають про результати спільної діяльності	7	6	5	4	3	2	1
7. Шкала організованості оцінки								
7.1.	Добре знають свої обов'язки	7	6	5	4	3	2	1
7.2.	Спільні питання вирішують належним чином	7	6	5	4	3	2	1
7.3.	Розуміють загальні цілі діяльності	7	6	5	4	3	2	1
7.4.	Як керівники – авторитетні організатори	7	6	5	4	3	2	1
7.5.	Належним чином ведуть справи	7	6	5	4	3	2	1
7.6.	Добре виконують свої обов'язки	7	6	5	4	3	2	1
7.7.	Організовані і дисципліновані	7	6	5	4	3	2	1
7.8.	У критичних ситуаціях можуть діяти швидко і організовано	7	6	5	4	3	2	1
7.9.	Важливі для справи рішення обговорюються в колективі	7	6	5	4	3	2	1
7.10.	З довірою ставляться до старости групи	7	6	5	4	3	2	1

Обробка і інтерпретація результатів тесту:

1. Шкала цілеспрямованості розкриває готовність групи до досягнення групових цілей в процесі спільної взаємодії. Мета взаємодії є необхідним стимулом внутрішньогрупової активності.

2. Шкала мотивованості описує особливості активного, зацікавленого дієвого відносини членів групи до взаємодії.

3. Шкала емоційності виявляє чуттєве ставлення до членів групи, що формується під впливом різних чинників. Емоційність проявляється насамперед у задоволеності членів групи ступенем реалізації висунутих цілей.

4. Шкала стресостійкості характеризує здатність групи узгоджено і швидко мобілізувати емоційно-вольовий потенціал для протидії різного роду деструктивних дій.

5. Шкала колективності визначає здатність групи до спільного досягнення результату діяльності, до створення відносин взаємодопомоги і підтримки.

6. Шкала інтегративності розкриває способи, що застосовуються в групі для створення спільності, єдності цілей та інтересів, внутрішньогрупових норм і традицій.

7. Шкала організованості показує рівень самоорганізації групи, ступінь старанності, дисципліни, вимогливості до себе та інших.

Психологічні параметри соціальної активності оцінюються через набір ознак (по 10 ознак кожного параметра). Для оцінки пропонується 7-бальна система, де 7 балів означає максимальну оцінку ознаки, а 1 бал – мінімальну. Максимальна оцінка по всьому опитувальнику в балах дорівнює 490, а мінімальна – 70.

За сумою ознак групу можна віднести до одного з трьох рівнів соціальної активності: 356 балів і вище – високий рівень розвитку соціальної активності, від 170 до 355 балів – достатній рівень розвитку соціальної активності; 170 і менше балів – низький рівень розвитку соціальної активності.

Додаток Т.4

Тест „Аналіз стилю життя” (Бостонський тест на стресостійкість)

Шановний магістранте, Вам необхідно відповісти на питання, виходячи з того, наскільки часто ці твердження вірні для Вас. Відповідати слід на всі пункти, навіть якщо дане твердження до Вас взагалі не відноситься.

ТЕСТ

<i>№ n/n</i>	<i>Питання</i>	<i>Завжди</i>	<i>Часто</i>	<i>Інколи</i>	<i>Майже ніколи</i>	<i>Ніколи</i>
1.	Ви їсте, принаймні, одне гаряче блюдо в день	1	2	3	4	5
2.	Ви спите 7–8 годин, майже, чотири рази в тиждень	1	2	3	4	5
3.	Ви постійно відчуваєте любов інших і віддасте свою любов натомість	1	2	3	4	5
4.	В межах 50 км у вас є хоча б одна людина, на яку Ви можете покластися	1	2	3	4	5
5.	Ви вправляєтеся до поту хоча б два рази на тиждень	1	2	3	4	5
6.	Ви викурюєте менше половини пачки сигарет в день	1	2	3	4	5
7.	За тиждень Ви споживаєте не більш п'яти чарок міцних алкогольних напоїв	1	2	3	4	5
8.	Ваша вага відповідає вашому росту Зріст (см) – вага (кг) = 100–10	1	2	3	4	5
9.	Ваш дохід повністю задовольняє ваші основні потреби	1	2	3	4	5
10.	Вас підтримує ваша віра	1	2	3	4	5
11.	Ви регулярно займаєтеся клубною або громадською діяльністю	1	2	3	4	5
12.	У Вас багато друзів і знайомих	1	2	3	4	5
13.	У Вас є один або двоє друзів, яким ви повністю довіряєте	1	2	3	4	5
14.	Ви здорові	1	2	3	4	5
15.	Ви можете відкрито заявити про свої почуття, коли Ви злі або стурбовані чим-небудь	1	2	3	4	5
16.	Ви регулярно обговорюєте з людьми, з якими живете, ваші домашні проблеми	1	2	3	4	5
17.	Ви робите щось тільки заради жарту хоча б раз на тиждень або смієтеся три рази в тиждень	1	2	3	4	5

Закінчення дод. Т.4

18.	Ви можете організувати Ваш час ефективно	1	2	3	4	5
19.	За день Ви споживаєте не більше трьох чашок кави, чаю або інших напоїв, що містять кофеїн	1	2	3	4	5
20.	У вас є трохи часу для себе протягом кожного дня	1	2	3	4	5

Тепер складіть результати ваших відповідей, і з отриманого числа відніміть 20 балів.

Рівні сформованості стресостійкості:

Високий – менше 15 балів – висока стійкість до стресових ситуацій.

Достатній – від 15 до 40 балів – нормальний рівень стресу.

Низький – більше 40 балів – висока вразливість до стресу.

Методика „Оцінка рівня комунікабельності” (В. Ряховського)

Тест оцінки рівня товариськості, комунікабельності містить можливість визначити рівень комунікабельності людини, його здатності встановлювати, підтримувати і зберігати хороші особисті і ділові взаємини з оточуючими людьми. Випробуваному пропонуються питання, відповідати на які слід, використовуючи три варіанти відповідей – „так”, „іноді” і „ні”.

Текст опитувальника

1. Вам належить ординарна або ділова зустріч. Чи вибиває Вас з колії її очікування?
2. Чи викликає у Вас замішання і незадоволення доручення виступити з докладом, повідомленням, інформацією на якій-небудь нараді, зборі або іншому подібному заході?
3. Чи не відкладаєте Ви візит до лікаря до останнього моменту?
4. Вам пропонують виїхати у відрядження в місто, де Ви ніколи не були. Чи прикладете Ви максимум зусиль, щоб уникнути цього відрядження?
5. Чи любите Ви ділитися своїми переживаннями з будь-ким?
6. Чи роздратовує Вас, якщо незнайома людина на вулиці звернеться до Вас з проханням (показати дорогу, назвати час, відповісти на якесь питання)?
7. Чи вірите Ви, що існує проблема „батьків і дітей” і що людям різних поколінь важко розуміти одне одного?
8. Чи посоромитеся Ви нагадати знайомому, що він забув Вам повернути гроші, які зайняв кілька місяців тому?
9. В ресторані або в їдальні Вам подали явно недоброякісне блюдо. Чи промовчите Ви, лише сердито відсунувши тарілку?
10. Опинившись наодинці з незнайомою людиною, Ви не включитеся з ним в бесіду і обтяжуватиметеся, якщо першим заговорить він. Чи це так?
11. Вас жахає будь-яка довга черга, де б вона не була (в магазині, бібліотеці, касі кінотеатру). Ви краще відмовитися від свого наміру чи встанете в кінець черги і будете нудитися в очікуванні?
12. Чи боїтеся Ви брати участь в якій-небудь комісії по розгляду конфліктних ситуацій?
13. У Вас є власні, виключно індивідуальні, критерії оцінки творів літератури, мистецтва, культури і ніяких чужих думок із цього приводу Ви не приймаєте. Це так?
14. Почувши де-небудь в кулуарах висловлювання явно помилкової точки зору з добре відомого Вам питання, чи вважаєте Ви за краще промовчати і не вступати в розмову?

Продовж. дод. Т.5

15. Чи викликає у Вас досаду чиє-небудь прохання допомогти розібратися в тому або іншому службовому питанні або учбовій темі?

16. Чи охочіше Ви викладаєте свою точку зору (думку, оцінку) у письмовій формі, ніж в усній?

Обробка й інтерпретація результатів.

Для кількісної обробки даних використовуються „Дешифратор” (Ключі), в яких вказані бали за обраний варіант відповіді:

„Так” – 2 очка,

„Іноді” – 1 очко,

„Ні” – 0 очок.

Отримані окуляри підсумовуються, і за класифікатором визначається, до якої категорії відноситься випробуваний.

Низький рівень:

– 30–32 бали – особистість характеризується відсутністю комунікаційних навичок. Навіть близькому оточенню не легко спілкуватися з такою людиною. На неї важко покладатись у справі, яка потребує групових зусиль.

– 3 бали і менше: комунікабельність респондента носить нездоровий характер. Він говіркий, багатослівний, втручається в справи, які не мають до нього ніякого відношення. Береться судити про проблеми, в яких абсолютно не компетентний. Вільно або мимовільно він часто становиться причиною різного роду конфліктів у своєму оточенні. Запальний, образливий, нерідко необ’єктивний. Серйозна робота – не для нього. Людям важко мати з ним справу і на роботі, і удома, і всюди.

Достатній рівень:

– 25–29 балів: респондент характеризується замкнутістю, мовчазністю, віддає перевагу самотності, тому у нього мало друзів. Нова робота і необхідність нових контактів якщо і не приводять до паніки, то надовго виводять його з рівноваги.

– 9–13 балів: респондент достатньо товариський (іноді навіть понад міру). Характеризується цікавістю, балакучістю, любить висловлюватися з різних питань, що, час від часу, викликає роздратування оточуючих. Охоче знайомитися з новими людьми. Любить бути в центрі уваги, нікому не відмовляє в проханнях, хоча не завжди може їх виконати. Якщо закіпає гнівом – швидко відходить. Йому бракує посидючості, терпіння й відваги при зіткненні з серйозними проблемами.

Закінчення дод. Т.5

– 4–8 балів: такий респондент, швидше за все, „хлопець-друга”. Надзвичайно товариський, завжди в курсі всіх справ, любить брати участь у всіх дискусіях, хоча серйозні теми можуть викликати у нього мігрень або навіть нудьгу. Охоче бере слово з будь-якого питання, навіть якщо має про нього поверхнєве уявлення. Усюди відчуває себе „в своїй тарілці”. Береться за будь-яку справу, хоча не завжди може успішно довести її до кінця. Із цієї самої причини керівники і колеги відносяться до нього з деяким побоюванням і сумнівами.

Високий рівень:

– 19–24 бали: достатня міра товарищкості. В незнайомій обстановці відчуває себе цілком упевнено. Нові проблеми людину не лякають, та все ж з новими людьми сходиться з обережністю, в суперечках і диспутах бере участь неохоче. У висловах, час від часу, дуже багато сарказму без будь-яких на те підстав.

– 14–18 балів: респондент з нормальним рівнем комунікабельності. Допитливий, охоче слухає цікавого співбесідника, достатньо терплячий у спілкуванні, відстоює свою точку зору без запальності. Без неприємних переживань йде на зустріч з новими людьми. В той же час не любить галасливих компаній; екстравагантні витівки і багатослівність викликають у нього роздратування.

Список опублікованих праць за темою дисертації

1. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник льотної академії: Педагогічні науки*. 2018. Вип. 3. С. 251–258.
2. Карпова М.Є. Історичні витoki становлення професії педіатра як суб'єкта командної діяльності. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*, 2017. № 2 (14), С. 13–18.
3. Карпова М.Є. Підходи науковців до визначення феноменів „команда”, „робота в команді”. *Педагогічні науки*. Херсон. 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 26–30.
4. Карпова М.Є. Формування готовності до роботи в команді в майбутніх педіатрів. *Науковий часопис Національного педагогічного Університету ім. М.П. Драгоманова Сер.: Педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2018. Вип. 63. С. 131–136.
5. Карпова М.Є. Аналіз поглядів науковців щодо підготовки майбутніх педіатрів. *Педагогічні науки*. Херсон. 2018. Вип. LXXXII. Том 3. С. 141–145.
6. Карпова М.Є. Компонентно-структурний аналіз феномена „готовність майбутніх педіатрів до роботи в команді”. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2020. № 1 (19), С. 167–172.
7. Карпова М.Є. Технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер.: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2020. № 2 (20). С. 195–200.
8. Karpova M.Ye. The structure of readiness of future pediatricians to work in a team. *Colloquium-journal*. Warszawa, Polska, 2020, № 31 (83), part 2, pp. 48–50.
9. Volkova N., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future paediatricians' readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School: monograph*. Prague, OKTAN PRINT, 2020, pp. 592–603.

Продовж. дод. У

10. Карпова М.Є. Щодо визначення ролі командоутворення у професійній діяльності педіатра. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки*: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Запоріжжя, 2017. С. 28–31.

11. Карпова М.Є. Застосування методу „інцидентів” у професійній підготовці майбутніх педіатрів. *Актуальні питання застосування на практиці досягнень сучасної педагогіки та психології*: матер. Міжнар. наук.-практ. конференції. Харків: Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 16–18.

12. Карпова М.Є. Елементи педагогічно-професійної комунікації в навчанні майбутніх педіатрів. *Пріоритетні напрямки вирішення актуальних проблем виховання і освіти*: матер. Міжнар. наук.-практ. конференції. Харків: Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 10–13.

13. Карпова М.Є. Професійна мобільність майбутніх педіатрів як складова командної роботи. *Пріоритетні напрямки розвитку сучасних педагогічних та психологічних наук*: матер. Міжнар.наук.-практ. конф. Одеса: ГО „Південна фундація педагогіки”, 2017. С. 17–19.

14. Карпова М.Є. Питання щодо виникнення професії педіатра. *Фактори розвитку педагогіки і психології в XXI столітті*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Харків : Центр педагогічних досліджень, 2017. С. 55–58.

15. Карпова М.Є. Підходи науковців до феномена „готовність фахівця до роботи в команді”. *Сучасні педагогіка та психологія: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Київ : ГО „Київська наукова організація педагогіки та психології”, 2017. С. 19–23.

16. Карпова М.Є. Синдром емоційного вигорання та особистісні особливості медичних працівників. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2017. С. 100–102.

Закінчення дод. У

17. Карпова М.Є. Методологічні підходи технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання. *Професійна педагогіка та андрагогіка: актуальні питання, досягнення та інновації*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Кривий Ріг. 2017. С. 236–238.

18. Карпова М.Є. Інтерактивні технології в навчанні майбутніх педіатрів. *Forming of modern educational environment : benefits, risks, implementation mechanisms: international scientific and practical conference proceedings*. Tbilisi : Baltija Publishing. 2017. С. 75–78.

19. Карпова М.Є. Інтерактивні методи навчання на основі навчального діалогу у процесі професійної підготовки майбутніх педіатрів. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи*: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2018. С. 73–75.

20. Карпова М.Є. Досвід застосування ділової гри та технології „перевернутий клас” („flipped classroom”) в навчанні майбутніх педіатрів навичкам командної роботи. *Тенденції та перспективи розвитку в умовах глобалізації*: матер. Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. Переяслав-Хмельницький. Вип. 41. 2018. С. 314–316.

21. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future peditrans as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference „Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”*: Conference proceedings (21–22 December 2018). BaiaMare: Baltija Publ. pp. 163–166.

22. Карпова М.Є. Алгоритм проектування технології підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних технологій. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи*: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2019. С. 107–109.

23. Карпова М.Є. Погляди дослідників на ризики технологій командотворення. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2019. С. 88–90.

УНІВЕРСИТЕТ
імені
АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ



ALFRED NOBEL
UNIVERSITY

вул. Свєтславська Набережна, 18, м. Дніпро, Україна, 49000
tel. +38 (056) 370-36-26, fax.: +38 (0562) 31-20-33
e-mail: info@duan.edu.ua, duan.edu.ua

18, Sicheslav's'ka Naberezhna Str., Dnipro, 49000, Ukraine
tel.: +38 (056) 370-36-26, fax.: +38 (0562) 31-20-33
e-mail: info@duan.edu.ua, duan.edu.ua

№ 44/1 від 05.02.2021

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Карпової Марини Євгеніївни

на тему «Підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання», поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії з галузі знань «Освіта/Педагогіка» за спеціальністю «Професійна освіта (за спеціалізаціями)»

Протягом навчальних років (2017-2020 рр.) результати дисертаційного дослідження Карпової Марини Євгеніївни неодноразово обговорювалися на засіданнях кафедри інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи ВНЗ «Університет імені Альфреда Нобеля».

Авторка щороку брала участь в міжнародній науково-практичній конференції «Сучасна вища освіта: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень», де представляла результати свого наукового пошуку.

Протягом 2017-2020 років М.Є. Карпова викладала англomовний курс лекцій в IBS Education «Modern models for quality management of medical aid» (guest-speaker), ВНЗ «Університет імені Альфреда Нобеля».

Наукові наробки авторки, її висновки і пропозиції становлять певний інтерес і прийнятні для практичного використання в діяльності закладу, зокрема презентована й апробована на практиці технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, авторський тренінг «Ефективна взаємодія в команді»

Розроблений М.Є. Карповою пакет діагностичних методик, спрямованих на виявлення рівня сформованості готовності майбутніх педіатрів до роботи в команді, отримав позитивну оцінку викладачів.

**ПРОРЕКТОР
ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ
ВИЩОЇ ОСВІТИ**



І.С. ШКУРА

УНІВЕРСИТЕТ СЕРТИФІКОВАНО ТА АКРЕДИТОВАНО МІЖНАРОДНИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ
THE UNIVERSITY HAS BEEN CERTIFIED AND ACCREDITED BY INTERNATIONAL ORGANIZATIONS





“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директорів науково-педагогічної роботи ОНМедУ
професор І. П. Шмакова

“07” _____ 09 _____ 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ


1. **Пропозиції для впровадження** : підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання
2. **Установа-розробник, автор** : Університет імені Альфреда Нобеля, кафедра інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи, аспірантка Карпова М.Є.
3. **Джерела інформації** :
 1. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future pediats as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference “Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”: Conference proceedings (21–22 December 2018)*. BaiaMare: Izdevnieciba “BaltijaPublishing”. pp.163–166.
 2. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник льотної академії: Педагогічні науки*. 2018. Випуск 3. С. 251–258.
 3. Volkova O., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future pediatricians’ readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School : monograph / Edit. I. F. Prokopenko, I. M. Trubavina*. – Prague, 2020. – p. 592-603.
4. **Впроваджено** : технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, тренінг «Ефективна взаємодія в команді»
5. **Термін впровадження** : 01.09.2018 – 19.06.2020 рр.
6. **Базова установа, яка проводить впровадження** : кафедра дитячих інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету МОЗ України
7. **Форма впровадження** : в освітній процес – в матеріали лекцій та практичних занять 1 та 2 медичного факультету, а також в наукову роботу кафедри
8. **Зауваження та пропозиції**: Не виносилися. Обговорено та затверджено на методичному засіданні кафедри дитячих інфекційних хвороб, протокол №2 від 04.09.2020.

Відповідальний за впровадження :

Завідуючий кафедрою дитячих інфекційних хвороб
Одеського національного медичного університету,
д.мед.н., професор

 Ю.П. Харченко

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор з науково-педагогічної,
методичної та виховної роботи
Державного закладу «Запорізька медична
академія післядипломної освіти Міністерства
охорони здоров'я України»
д.мед.н., професор  С.М. Дмитрієва
“ 18 ” “ 09 ” 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиції для впровадження** : підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання
2. **Установа -розробник , автор** : Університет імені Альфреда Нобеля, кафедра інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи, проф.Волкова Н.П., аспірантка Карпова М.Є.
3. **Джерела інформації** :
 1. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future pediatrans as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference “Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage” : Conference proceedings (21–22 December 2018)*. BaiaMare: Izdevnieciba “BaltijaPublishing”. pp.163–166.
 2. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник львівської академії: Педагогічні науки*. 2018. Випуск 3. С. 251–258.
 3. стаття в заруб.монографії
4. **Впроваджено** : педагогічна теорія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді.
5. **Термін впровадження** : 2020 - 2020 рік.
6. **Базова установа, яка проводить впровадження** : кафедра педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України».
7. **Форма впровадження** : в навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять кафедри, а також в наукову роботу кафедри
8. **Зауваження та пропозиції** : Не виносилися. Обговорено та затверджено на методичному засіданні кафедри педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії, протокол №14 від 17.09.2020 р.

Відповідальний за впровадження :

Завідувач кафедри педіатрії та неонатології
з курсом амбулаторної педіатрії
Державного закладу «Запорізька медична
академія післядипломної освіти Міністерства
охорони здоров'я України»,
Заслужений діяч науки і техніки України,
д.мед.н., професор



Овчаренко Л.С.



“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор
науково-педагогічної роботи
Запорізького державного
медичного університету
МОЗ України
професор В.А. Візир

“ 23 ” _____ 06 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиції для впровадження** : підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання
2. **Установа-розробник, автор** : Університет імені Альфреда Нобеля, кафедра інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи, аспірантка Карпова М.Є.
3. **Джерела інформації** :
 1. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future pediатrans as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference “Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”: Conference proceedings (21–22 December 2018)*. BaiaMare: Izdevnieciba “BaltijaPublishing”. pp.163–166.
 2. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник льотної академії: Педагогічні науки*. 2018. Випуск 3. С. 251–258.
 3. Volkova O., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future pediatricians’ readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School : monograph / Edit. I. F. Prokopenko, I. M. Trubavina.* – Prague, 2020. – p. 592-603.
4. **Впроваджено** : технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, тренінг «Ефективна взаємодія в команді»
5. **Термін впровадження** : 01.09.2018 – 19.06.2020 рр.
6. **Базова установа, яка проводить впровадження** : кафедра факультетської педіатрії Запорізького державного медичного університету МОЗ України
7. **Форма впровадження** : в освітній процес – в матеріали лекцій та практичних занять 1 та 2 медичного факультету, а також в наукову роботу кафедри
8. **Зауваження та пропозиції**: Не виносилися. Обговорено та затверджено на методичному засіданні кафедри факультетської педіатрії, протокол №37 від 22.06.2020.

Відповідальний за впровадження :

Завідувачка кафедри
факультетської педіатрії
Запорізького державного
медичного університету,
д.мед.н., професор

С.М. Недельська

Продовження дод. У

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор з науково-педагогічної роботи
Дніпропетровської медичної академії
МОЗ України

професор Л.Ю. Науменко

“31” 08 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиції для впровадження** : підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання
2. **Установа-розробник, автор** : Університет імені Альфреда Нобеля, кафедра інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи, аспірантка Карпова М.Є.
3. **Джерела інформації** :
 1. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future peditrans as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference “Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”: Conference proceedings (21–22 December 2018)*. BaiaMare: Izdevnieciba “BaltijaPublishing”. pp.163–166.
 2. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник льотної академії: Педагогічні науки*. 2018. Випуск 3. С. 251–258.
 3. Volkova O., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future pediatricians’ readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School* : monograph / Edit. I. F. Prokopenko, I. M. Trubavina. – Prague, 2020. – p. 592-603.
4. **Впроваджено** : технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних методів навчання, тренінг «Ефективна взаємодія в команді»
5. **Термін впровадження** : 01.09.2018 – 19.06.2020 рр.
6. **Базова установа, яка проводить впровадження** : кафедра педіатрії №2 Дніпропетровської медичної академії МОЗ України
7. **Форма впровадження** : в освітній процес – в матеріали лекцій та практичних занять 1 та 2 медичного факультету, а також в наукову роботу кафедри
8. **Зауваження та пропозиції**: Не виносилися. Обговорено та затверджено на методичному засіданні кафедри педіатрії №2, протокол №20 від 22.06.2020.

Відповідальний за впровадження :Завідуюча кафедрою педіатрії №2
Дніпропетровської медичної академії МОЗ України,
д.мед.н., професор

Борисова Т.П.

Закінчення дод. У

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

проректор з науково-педагогічної роботи
Харківського національного медичного
університету МОЗ України
доц. І.В. Лещина



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиції для впровадження** : підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді з засобами інтерактивних методів навчання
2. **Установа-розробник, автор**: Університет імені Альфреда Нобеля, кафедра інноваційних технологій з педагогіки, психології та соціальної роботи, аспірантка Карпова М.Є.
3. **Джерела інформації**: 1. Karpova M.E. Interactive technologies and professional communication in education of future pediatricians as a literature of effective team work. *International scientific and practical conference “Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage”: Conference proceedings (21–22 December 2018)*. BaiaMare: Izdevnieciba “BaltijaPublishing”. pp.163–166.
2. Карпова М.Є. Використання інтерактивних технологій в навчанні майбутніх педіатрів. *Науковий вісник льотної академії: Педагогічні науки*. 2018. Випуск 3. С. 251–258.
3. Volkova O., Tokarieva A., Karpova M. Training as an effective way to develop the future pediatricians’ readiness to work in a team. *Theory and Practice of Future Teacher's Training for Work in New Ukrainian School: monograph / Edit. I. F. Prokopenko, I. M. Trubavina*. – Prague, 2020. – p. 592-603.
4. **Впроваджено** : технологія підготовки майбутніх педіатрів до роботи в команді з засобами інтерактивних методів навчання, тренінг «Ефективна взаємодія в команді»
5. **Термін впровадження** : 01.09.2018 – 19.06.2020 рр.
6. **Базова установа, яка проводить впровадження**: кафедра пропедевтики педіатрії №1 ХНМУ МОЗ України
7. **Форма впровадження**: навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять з медичного факультету, а також в наукову роботу кафедри.
8. **Зауваження та пропозиції**: не виносилися. Обговорено та затверджено на методичному засіданні кафедри пропедевтики педіатрії №1, протокол №2 від 16.09.2020.

Відповідальний за впровадження :

Завідувачка кафедри пропедевтики педіатрії №1
Харківського національного медичного університету,
д.мед.н., професор

Т.В. Фролова