

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ»

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ»

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

ОСІННІЙ ІВАН АНАТОЛІЙОВИЧ

УДК 378:374.02:37:339.92:37.018.556

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАСАДАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ**

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



І.А. Осінній
(ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:
Олійник Ірина Вікторівна,
кандидат педагогічних наук, доцент

ДНІПРО – 2026

АНОТАЦІЯ

Осінній І.А. Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 015 Професійна освіта (за спеціалізаціями). – Вищий навчальний заклад «Університет імені Альфреда Нобеля», Дніпро, 2026.

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове розв’язання актуальної науково-педагогічної проблеми формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що полягає в теоретичному обґрунтуванні, розробленні та експериментальній перевірці науково-педагогічної технології, спрямованої на формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності в умовах розвитку громадського здоров’я, цифровізації системи охорони здоров’я та зростання ролі медичної грамотності населення.

У вступі обґрунтовано актуальність дослідження, зумовлену сучасними тенденціями розвитку громадського здоров’я, цифровізації системи охорони здоров’я, поширенням медичної дезінформації та зростанням ролі просвітницької діяльності лікаря у формуванні медичної грамотності населення. Визначено об’єкт, предмет, мету, завдання та методологічні засади дослідження, розкрито його наукову новизну, практичне значення, наведено відомості про апробацію й упровадження отриманих результатів.

У першому розділі – «Теоретичні засади підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції» – на основі комплексного аналізу праць з педагогіки, психології, медицини, громадського здоров’я, нормативно-правових документів України та міжнародних організацій, а також сучасного вітчизняного й зарубіжного досвіду професійної підготовки лікарів обґрунтовано теоретико-методологічні засади дослідження. Визначено сутність і структуру просвітницької діяльності лікаря як важливої складової його професійної

діяльності в умовах розвитку громадського здоров'я, цифрової трансформації системи охорони здоров'я та поширення концепції медичної грамотності населення (health literacy). Уточнено авторське трактування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності як інтегрального професійно-особистісного утворення, визначено її структуру, критерії, показники та рівні сформованості.

Систематизовано сучасні наукові підходи до організації просвітницької діяльності лікаря, визначено її принципи, функції, методи, організаційні форми та цифрові засоби реалізації, розкрито можливості використання концепцій health promotion, patient education, health literacy, доказової медицини та міжпрофесійної взаємодії у професійній підготовці майбутніх лікарів. На основі порівняльного аналізу українського та зарубіжного досвіду підготовки лікарів обґрунтовано доцільність використання міждисциплінарної інтеграції як методологічної основи формування їхньої готовності до просвітницької діяльності.

У другому розділі – «Обґрунтування та експериментальна перевірка науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції» – теоретично обґрунтовано й розроблено авторську науково-педагогічну технологію, спрямовану на формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності; визначено концептуальні засади, мету, завдання та логіку реалізації технології.

Концептуально-цільовий етап технології ґрунтується на інтеграції компетентнісного, аксіологічного, особистісно-діяльнісного та контекстного підходів, взаємодія яких забезпечує цілісність професійної підготовки, визначає логіку організації освітнього процесу та спрямована на формування мотиваційного, змістово-комунікативного й організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Реалізація концептуально-цільового етапу ґрунтується на принципах гуманізму та етичної відповідальності лікаря, міждисциплінарної інтеграції, адресності й комунікативної адаптивності

просвітницької діяльності, що забезпечують професійну спрямованість, наукову обґрунтованість і практикоорієнтований характер підготовки.

Організаційно-підготовчий етап спрямовано на створення організаційно-методичних передумов реалізації авторської технології. На цьому етапі було здійснено підготовку науково-педагогічних працівників до впровадження технології, координацію міждисциплінарної взаємодії викладачів, аналіз змісту освітніх компонентів щодо інтеграції просвітницької складової та визначення вихідного рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. За результатами пілотажного дослідження встановлено недостатній рівень готовності викладачів до реалізації міждисциплінарної інтеграції та організації просвітницької підготовки студентів, що зумовило розроблення навчально-методичного семінару-практикуму «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції». Реалізація цього етапу забезпечила координацію діяльності викладачів, узгодження змісту професійної підготовки та створення організаційно-методичних умов для впровадження авторської технології.

Змістово-процесуальний етап є центральним етапом авторської науково-педагогічної технології, оскільки забезпечує практичне формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції. Його зміст забезпечує оновлення професійної підготовки відповідно до сучасних завдань громадського здоров'я шляхом інтеграції змісту освітніх компонентів, організації практичної просвітницької діяльності студентів та використання сучасних педагогічних і цифрових технологій.

Обґрунтовано матрицю міждисциплінарної інтеграції підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, яка забезпечує координацію змісту освітніх компонентів, їх просвітницьке наповнення, визначає компетентності, що формуються, та форми організації освітньої взаємодії. Реалізація матриці передбачає інтеграцію просвітницької складової у дисципліни соціально-

гуманітарної, медико-біологічної, клінічної та вибіркової підготовки шляхом об'єднання їх навколо актуальних медико-соціальних проблем, що забезпечує цілісне формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Розкрито методику реалізації змістово-процесуального етапу, що ґрунтується на використанні інтерактивних, кейс-орієнтованих, тренінгових, проєктних, симуляційних та цифрових технологій навчання, спрямованих на розвиток професійної комунікації, умінь адаптувати медичну інформацію до різних цільових аудиторій, здійснювати просвітницьке консультування, створювати власний цифровий медико-просвітницький контент та організовувати інформаційно-просвітницькі заходи.

Особливістю авторської технології є організація практичної просвітницької діяльності студентів у взаємодії із закладами освіти, установами охорони здоров'я, центрами громадського здоров'я та громадськими організаціями, а також залучення здобувачів освіти до експертизи сучасного медико-просвітницького контенту, розроблення власних просвітницьких продуктів і реалізації інформаційних кампаній для різних категорій населення.

Рефлексивно-коригувальний етап технології спрямовано на моніторинг результатів формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, оцінювання ефективності реалізації авторської технології та своєчасне коригування змісту, форм, методів і засобів професійної підготовки відповідно до отриманих результатів. Обґрунтовано систему педагогічної діагностики, що забезпечує оцінювання динаміки сформованості готовності за визначеними критеріями, показниками та рівнями, створює підґрунтя для індивідуалізації професійної підготовки майбутніх лікарів і вдосконалення педагогічного впливу.

Реалізація авторської науково-педагогічної технології забезпечує формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, що проявляється у стійкій професійній мотивації, сформованості інтегрованих медико-просвітницьких

знань, просвітницько-комунікативних та організаційних умінь, цифрової медико-просвітницької грамотності, здатності самостійно проєктувати, реалізовувати й оцінювати результативність просвітницької діяльності, створювати науково обґрунтований просвітницький контент і використовувати сучасні цифрові технології у професійній взаємодії з різними категоріями населення.

Ефективність розробленої науково-педагогічної технології перевірено в ході педагогічного експерименту, який здійснювався у кілька взаємопов'язаних етапів і охоплював констатувальну та формувальну стадії дослідження. Експериментальна перевірка проводилася на базі закладів вищої медичної освіти із залученням студентів експериментальних і контрольної груп та була спрямована на визначення динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності за мотиваційним, змістово-комунікативним та організаційним компонентами.

Для оцінювання результативності технології розроблено комплексний критеріально-діагностичний інструментарій, який включав критерії, показники, рівні сформованості готовності, стандартизовані психолого-педагогічні методики, авторські діагностичні матеріали, педагогічне спостереження, анкетування та експертне оцінювання. Достовірність отриманих результатів підтверджено методами математичної статистики.

Результати формувального етапу педагогічного експерименту засвідчили статистично значущу позитивну динаміку сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності в студентів експериментальних груп за всіма визначеними компонентами. Зафіксовано істотне зростання кількості здобувачів із високим рівнем сформованості готовності, підвищення рівня професійної мотивації до здійснення просвітницької діяльності, сформованості інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних і організаційних умінь, цифрової медико-просвітницької грамотності, а також здатності проєктувати й реалізовувати просвітницькі заходи для різних категорій населення. Водночас у

контрольній групі зміни мали несуттєвий характер і не досягали статистично значущого рівня.

Статистичний аналіз результатів педагогічного експерименту підтвердив ефективність розробленої науково-педагогічної технології та достовірність позитивних змін, що відбулися у студентів експериментальних груп. Отримані результати засвідчили доцільність використання міждисциплінарної інтеграції як методологічної основи підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та підтвердили гіпотезу дослідження.

Розроблено, упроваджено та апробовано комплекс навчально-методичного забезпечення підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, який охоплює матрицю міждисциплінарної інтеграції, навчально-методичний семінар-практикум для науково-педагогічних працівників, авторський тренінг, систему міждисциплінарних кейсів, практикоорієнтованих і проєктних завдань, банк студентських просвітницьких проєктів, банк просвітницьких текстів і цифрового медіаконтенту для різних цільових аудиторій, методичні матеріали з організації просвітницьких кампаній, а також критеріально-діагностичний інструментарій для визначення рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Розроблене навчально-методичне забезпечення може бути впроваджене в освітній процес закладів вищої медичної освіти, систему післядипломної медичної освіти та підвищення кваліфікації фахівців сфери охорони здоров'я.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів порушеної проблеми. Перспективними напрямками подальших наукових досліджень є розроблення й упровадження цифрових технологій медичного просвітництва, удосконалення змісту та методики підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності в умовах цифрової трансформації системи охорони здоров'я, дослідження ефективності медико-психологічних і профілактично-просвітницьких програм для

різних категорій населення, а також розвиток просвітницької компетентності лікарів у системі післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку.

Ключові слова: медична освіта, медичне просвітництво, просвітницька діяльність лікаря, майбутні лікарі, готовність до просвітницької діяльності, формування компетентності, наукові підходи, міждисциплінарна інтеграція, професійна підготовка, науково-педагогічна технологія, інтерактивні технології, медична грамотність.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

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

1. Осінній І.А. Особливості підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у межах профільного навчання. *Новий колегіум*, 2025. Т. 4. № 120. С. 31–36. URL: <https://doi.org/10.34142/nc.2025.4.31>

2. Осінній І. А. Реалізація технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарного підходу. *Педагогічна Академія: Наукові записки*, 2026. № 28. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19357133>

3. Осінній І.А. Структура просвітницької діяльності лікаря. *Інноваційна педагогіка*, 2025. Вип. 82. Том 2. С. 127–130. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/82.2.22>

4. Осінній І.А. Модель підготовки до просвітницької діяльності майбутніх лікарів. *Педагогічна академія: Наукові записки*, 2025. № 18. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15577715>

5. Осінній І.А. Суть просвітницької діяльності лікаря. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*, 2024. Вип. 92. С. 200–204. URL: <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.92.33>

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Осінній І.А. Щодо просвітницької діяльності лікаря: зміст, функції. *Наука та освіта в умовах викликів сьогодення* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Чернігів, 16 грудня 2023 р.). Міжнародний гуманітарний дослідницький Research Europe, 2023. С. 191–193. URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2023/12/re-16.12.2023.pdf>

7. Осінній І.А. Медико-психологічна просвітницька діяльність лікарів. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. XV Міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпро, 26 березня 2024 р.). Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2024. С. 229–231. URL: https://duan.edu.ua/wp-content/uploads/2024/04/3birnyk-2024-psykholohy_.pdf

8. Осінній І.А. Міждисциплінарний підхід до просвітницької діяльності лікаря. *Актуальні проблеми педагогічної освіти: новації, досвід та перспективи* : матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю (Запоріжжя, 20 квітня 2024 р.). Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. С. 131 – 133.

9. Осінній І.А. Міждисциплінарна інтеграція у підготовці майбутніх лікарів. *Сучасні тенденції в українській і світовій гуманітаристиці*: матер. I Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 07 листопада 2024 р.). Харків: ХНАДУ, 2024. С. 93–95. URL: <https://dspace.khadi.kharkov.ua/handle/123456789/21951>

10. Осінній І.А. Технологічний підхід організації підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності *Тendenції розвитку педагогіки та освіти в умовах цифрових трансформацій (ByteEd 2025)* : матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (Харків, 17-19 квітня 2025 р.). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. С. 180–183. <https://drive.google.com/file/d/1Ph-4SjIPNThBb1virz74KkO5nrsUQ3yb/view>

11. Осінній І.А. Аспекти медичного просвітництва під час війни. *Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 6-7 червня 2025 р.). Одеса: Видавництво «Молодий вчений», 2025. С. 48–50. URL: <https://molodyivchenyi.ua/omp/index.php/conference/catalog/view/142/2177/4541-1>

ABSTRACT

Osinniy I.A. Preparing Future Physicians for Health Education Activities through Interdisciplinary Integration.

Dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 015 Professional Education (by specializations). – Higher educational institution Alfred Nobel University, Dnipro, 2026.

The dissertation presents a theoretical generalization and offers a novel solution to the relevant scientific and pedagogical problem of preparing future physicians for health education activities through interdisciplinary integration. The proposed solution consists in the theoretical substantiation, development, and experimental validation of an educational technology aimed at fostering future physicians' readiness for health education activities in the context of public health development, the digital transformation of the healthcare system, and the growing importance of health literacy among the population.

The introduction substantiates the relevance of the research, which is determined by current trends in public health development, the digital transformation of the healthcare system, the spread of medical misinformation, and the increasing role of physicians' health education activities in promoting health literacy among the population. The object, subject, purpose, objectives, and methodological foundations of the study are defined. The scientific novelty and practical significance of the research are highlighted, and information on the approbation and implementation of the research findings is provided.

Chapter One, "Theoretical Foundations of Preparing Future Physicians for Health Education Activities through Interdisciplinary Integration", substantiates the theoretical and methodological foundations of the research based on a comprehensive analysis of studies in pedagogy, psychology, medicine, and public health, as well as Ukrainian regulatory documents, international policy frameworks, and contemporary national and international experience in the professional training of physicians.

The chapter defines the essence and structure of physicians' health education activities as an essential component of their professional practice in the context of public health development, the digital transformation of healthcare, and the growing significance of the health literacy concept. The author's interpretation of future physicians' readiness for health education activities is refined and conceptualized as an integral professional and personal construct. Its structure, assessment criteria, indicators, and levels of development are identified.

The study systematizes contemporary scholarly approaches to organizing physicians' health education activities and identifies their principles, functions, methods, organizational forms, and digital implementation tools. It also demonstrates the educational potential of the concepts of health promotion, patient education, health literacy, evidence-based medicine, and interprofessional collaboration in the professional preparation of future physicians. Based on a comparative analysis of Ukrainian and international experience in medical education, the study substantiates the feasibility of using interdisciplinary integration as the methodological foundation for fostering future physicians' readiness for health education activities.

Chapter Two, "Substantiation and Experimental Validation of the Educational Technology for Preparing Future Physicians for Health Education Activities through Interdisciplinary Integration", presents the theoretical substantiation and development of the author's educational technology aimed at fostering future physicians' readiness for health education activities. The chapter defines the conceptual foundations, objectives, tasks, and implementation framework of the proposed technology.

The conceptual and goal-oriented stage of the technology is based on the integration of the competency-based, axiological, learner-centred activity, and contextual approaches. Their interaction ensures the integrity of professional preparation, determines the logic of the educational process, and facilitates the development of the motivational, content-communicative, and organizational components of future physicians' readiness for health education activities. The implementation of this stage is guided by the principles of

humanism and physicians' ethical responsibility, interdisciplinary integration, target audience orientation, and communicative adaptability of health education activities, thereby ensuring the professional relevance, scientific validity, and practice-oriented character of the educational process.

The organizational and preparatory stage is aimed at establishing the organizational and methodological prerequisites for implementing the proposed educational technology. At this stage, academic staff were prepared for the implementation of the technology, interdisciplinary collaboration among instructors was coordinated, the content of educational components was reviewed to integrate the health education dimension, and the initial level of future physicians' readiness for health education activities was assessed. The findings of the pilot study revealed an insufficient level of instructors' readiness to implement interdisciplinary integration and organize students' preparation for health education activities. This necessitated the development of the methodological training workshop "*Preparing Future Physicians for Health Education Activities through Interdisciplinary Integration*". The implementation of this stage ensured effective coordination among instructors, alignment of the professional preparation content, and the establishment of the organizational and methodological conditions required for implementing the proposed educational technology.

The content and procedural stage constitutes the core of the proposed educational technology, as it ensures the practical development of future physicians' readiness for health education activities through interdisciplinary integration. Its content modernizes professional preparation in accordance with contemporary public health priorities by integrating health education into the curriculum, organizing students' practical health education activities, and incorporating innovative pedagogical and digital technologies into the educational process.

The study substantiates an interdisciplinary integration matrix for preparing future physicians for health education activities. The matrix ensures coordination of educational content across curricular components, integrates the health education dimension into the

curriculum, identifies the competencies to be developed, and determines appropriate forms of educational interaction. Its implementation involves embedding the health education component into social sciences and humanities, biomedical, clinical, and elective courses by integrating them around current medical and social challenges. This approach facilitates the comprehensive development of the motivational, content-communicative, and organizational components of future physicians' readiness for health education activities.

The methodology for implementing the content and procedural stage is based on the application of interactive, case-based, training, project-based, simulation-based, and digital learning technologies. These approaches are aimed at developing professional communication skills, the ability to adapt medical information to diverse target audiences, provide health education counselling, create original digital health education content, and design and implement public health education initiatives.

A distinctive feature of the proposed educational technology is the organization of students' practical health education activities in collaboration with educational institutions, healthcare organizations, public health centres, and non-governmental organizations. It also involves engaging students in the critical evaluation of contemporary digital health education content, the development of their own health education resources, and the implementation of public health information campaigns targeting diverse population groups.

The reflective and corrective stage is designed to monitor the development of future physicians' readiness for health education activities, evaluate the effectiveness of the proposed educational technology, and make timely adjustments to the content, forms, methods, and instructional tools of professional preparation based on the evaluation results. A pedagogical assessment framework was developed to evaluate the dynamics of readiness according to the defined criteria, indicators, and levels of development. This framework provides a basis for individualizing the professional preparation of future physicians and enhancing the effectiveness of pedagogical support.

The implementation of the proposed educational technology ensures the development of future physicians' readiness for health education activities, as evidenced by sustained professional motivation, the acquisition of integrated knowledge in health education, well-developed health education communication and organizational skills, digital health education literacy, and the ability to independently design, implement, and evaluate health education activities. It also enables future physicians to create scientifically grounded health education content and effectively apply contemporary digital technologies in professional interaction with diverse population groups.

The effectiveness of the proposed educational technology was validated through a pedagogical experiment conducted in several interrelated stages, including the diagnostic and formative phases of the study. The experimental validation was carried out at higher medical education institutions involving students from the experimental and control groups and was aimed at assessing the dynamics of future physicians' readiness for health education activities across the motivational, content-communicative, and organizational components.

To evaluate the effectiveness of the proposed technology, a comprehensive assessment framework was developed, comprising assessment criteria, indicators, levels of readiness, standardized psychological and pedagogical instruments, author-developed diagnostic tools, pedagogical observation, questionnaires, and expert evaluation. The reliability of the obtained findings was confirmed using methods of mathematical statistics.

The results of the formative phase of the pedagogical experiment demonstrated a statistically significant positive improvement in the readiness of future physicians for health education activities across all defined components in the experimental groups. A substantial increase was observed in the proportion of students demonstrating a high level of readiness, enhanced professional motivation to engage in health education activities, improved integrated knowledge of health education, well-developed health education communication and organizational skills, higher levels of digital health education literacy,

and greater ability to design and implement health education initiatives for diverse population groups. In contrast, the changes observed in the control group were minor and did not reach statistical significance.

Statistical analysis of the experimental data confirmed the effectiveness of the proposed educational technology and the validity of the positive changes observed among students in the experimental groups. The findings demonstrated the feasibility of using interdisciplinary integration as the methodological foundation for preparing future physicians for health education activities and confirmed the research hypothesis.

The study resulted in the development, implementation, and validation of a comprehensive set of educational and methodological resources for preparing future physicians for health education activities through interdisciplinary integration. This set includes an interdisciplinary integration matrix, a methodological training workshop for academic staff, an author-developed training program, a system of interdisciplinary case studies, practice-oriented and project-based learning tasks, a repository of student health education projects, a collection of health education texts and digital media resources designed for diverse target audiences, methodological guidelines for organizing health education campaigns, and a comprehensive assessment framework for evaluating future physicians' readiness for health education activities. The developed educational and methodological resources can be implemented in the educational process of higher medical education institutions, postgraduate medical education, and continuing professional development programmes for healthcare professionals.

The conducted research does not exhaust all aspects of the problem under investigation. Promising directions for further research include the development and implementation of digital technologies for health education, further improvement of the content and methodology of preparing future physicians for health education activities in the context of the digital transformation of healthcare, investigation of the effectiveness of medical-psychological and preventive health education programmes for diverse

population groups, and the development of physicians' health education competence within postgraduate medical education and continuing professional development.

Keywords: medical education, health education, physicians' health education activities, future physicians, readiness for health education activities, competence formation, scientific approaches, interdisciplinary integration, professional training, scientific and pedagogical technology, interactive technologies, health literacy.

REFERENCES

Articles in Ukrainian professional journals included in international scientometric databases

1. Osinniy, I.A. (2025). *Osoblyvosti pidhotovky maibutnikh likariv do prosvitnytskoi diialnosti u mezhakh profilnoho navchannia* [Specific Features of Preparing Future Physicians for Health Education Activities within Specialized Training]. *Novyi Kolehium* [New Collegium], vol. 4, no. 120, pp. 31–36. DOI: <https://doi.org/10.34142/nc.2025.4.31> [In Ukrainian].
2. Osinniy, I.A. (2026). *Realizatsiia tekhnolohii pidhotovky maibutnikh likariv do prosvitnytskoi diialnosti na zasadakh mizhdystsyplynarnoho pidkhodu* [Implementation of the Educational Technology for Preparing Future Physicians for Health Education Activities through an Interdisciplinary Approach]. *Pedahohichna Akademiia: Naukovi Zapysky* [Pedagogical Academy: Scientific Notes], no. 28. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19357133> [In Ukrainian].
3. Osinniy, I.A. (2025). *Struktura prosvitnytskoi diialnosti likaria* [The Structure of Physicians' Health Education Activities]. *Innovatsiina pedahohika* [Innovative Pedagogy], no. 82, vol. 2, pp. 127–130. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/82.2.22> [In Ukrainian].
4. Osinniy, I.A. (2025). *Model pidhotovky do prosvitnytskoi diialnosti maibutnikh likariv* [A Model for Preparing Future Physicians for Health Education Activities]. *Pedahohichna Akademiia: Naukovi Zapysky* [Pedagogical Academy: Scientific Notes], no. 18. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15577715> [In Ukrainian].

5. Osinniy, I.A. (2024). *Sut prosvitnytskoi diialnosti likaria* [The Essence of Physicians' Health Education Activities]. *Pedahohika formuvannia tvorchoi osobystosti u vyshchii i zahalnoosvitnii shkolakh* [Pedagogy of Creative Personality Formation in Higher and General Secondary Schools], no. 92, pp. 200–204. DOI: <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.92.33> [In Ukrainian].

Scientific papers certifying the approbation of the dissertation materials

6. Osinniy, I.A. (2023). *Shchodo prosvitnytskoi diialnosti likaria: zmist, funktsii* [Physicians' Health Education Activities: Content and Functions]. *Nauka ta osvita v umovakh vyklykiv sohodennia: materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii* [Proc. Int. Scien. and Pract. Conf. "Science and Education under Contemporary Challenges"] (Chernihiv, December 16, 2023). Research Europe, pp. 191–193. [In Ukrainian].

7. Osinniy, I.A. (2024). *Medyko-psykholohichna prosvitnytska diialnist likariv* [Medical and Psychological Health Education Activities of Physicians]. *Praktychna psykholohiia u suchasnomu vymiri: materialy XV Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii* [Proc. XV Int. Scien. and Pract. Conf. "Practical Psychology in the Contemporary Dimension"] (Dnipro, March 26, 2024). Dnipro: Alfred Nobel University, pp. 229–231. [In Ukrainian].

8. Osinniy, I.A. (2024). *Mizhdystsyplinarnyi pidkhid do prosvitnytskoi diialnosti likaria* [An Interdisciplinary Approach to Physicians' Health Education Activities]. *Aktualni problemy pedahohichnoi osvity: novatsii, dosvid ta perspektyvy: materialy IV Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoi u chastiu* [Proc. IV All-Ukrainian Scien. and Pract. Conf. with International Participation "Current Issues of Teacher Education: Innovations, Experience and Prospects"] (Zaporizhzhia, April 20, 2024). Zaporizhzhia: Zaporizhzhia National University, pp. 131–133. [In Ukrainian].

9. Osinniy, I.A. (2024). *Mizhdystsyplinarna inte hratsiia u pidhotovtsi maibutnikh likariv* [Interdisciplinary Integration in the Preparation of Future Physicians]. *Suchasni*

tendentsii v ukrainskii i svitovii humanitarnystytsi: materialy I Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii [Proc. I All-Ukrainian Scien. and Pract. Conf. “Current Trends in Ukrainian and World Humanities”] (Kharkiv, November 7, 2024). Kharkiv: Kharkiv National Automobile and Highway University, pp. 93–95. [In Ukrainian].

10. Osinniy, I.A. (2025). *Tekhnolohichniy pidkhid orhanizatsii pidhotovky maibutnikh likariv do prosvitnytskoi diialnosti* [A Technological Approach to Organizing the Preparation of Future Physicians for Health Education Activities]. *Tendentsii rozvytku pedahohiky ta osvity v umovakh tsyfrovyykh transformatsii (ByteEd 2025): materialy II Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii* [Proc. II Int. Scien. and Pract. Conf. “Trends in the Development of Pedagogy and Education under Digital Transformations (ByteEd 2025)”] (Kharkiv, April 17–19, 2025). Kharkiv: V.N. Karazin Kharkiv National University, pp. 180–183. [In Ukrainian].

11. Osinniy, I.A. (2025). *Aspekty medychnoho prosvitnytstva pid chas viiny* [Aspects of Health Education during Wartime]. *Innovatsiini naukovy doslidzhennia u haluzi pedahohiky: materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii* [Proc. Int. Scien. and Pract. Conf. “Innovative Scientific Research in Pedagogy”] (Odesa, June 6–7, 2025). Odesa: Molodyi Vchenyi Publishing House, pp. 48–50. [In Ukrainian].

ЗМІСТ

ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1. РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАСАДАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ	
1.1. Просвітницька діяльність лікаря як предмет наукових досліджень	35
1.2. Сучасні тенденції підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції	77
1.3. Сутність та структурно-компонентний аналіз готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.	91
Висновки до розділу 1.	117
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАСАДАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ	
2.1. Обґрунтування науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції	120
2.2. Експериментальна перевірка ефективності науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції	145
2.3. Хід, аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи	189
Висновки до розділу 2.	220
ВИСНОВКИ	222
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	226
ДОДАТКИ	245

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я характеризується зміною професійної ролі лікаря, діяльність якого дедалі більше виходить за межі суто клінічної практики та охоплює профілактику захворювань, формування культури здоров'я населення, популяризацію здоров'язбережувальної поведінки й підвищення рівня медичної грамотності суспільства. За таких умов просвітницька діяльність лікаря розглядається не як додаткова професійна функція, а як один із ключових інструментів зміцнення громадського здоров'я, профілактики захворювань та формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я.

Особливого значення ця проблема набуває у світлі сучасних міжнародних підходів до розвитку систем охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я у стратегічних документах у сфері Health Promotion наголошує на необхідності розширення можливостей людини (empowerment) та розвитку health literacy – здатності знаходити, розуміти, критично оцінювати й застосовувати інформацію для підтримання та зміцнення здоров'я. У цьому контексті саме медичні працівники визначаються провідними комунікаторами доказової інформації та організаторами просвітницької діяльності, особливо в умовах стрімкого поширення медичної дезінформації, інформаційних ризиків і цифровізації суспільства [209].

В українському контексті актуальність досліджуваної проблеми підсилюється державним курсом на розвиток громадського здоров'я, посилення профілактичного напрямку охорони здоров'я, упровадження пацієнтоорієнтованої моделі медичної допомоги та вдосконалення комунікації «лікар – пацієнт – громада». Такі пріоритети відображено у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, де серед ключових завдань визначено зміцнення профілактичного напрямку, підвищення якості медичних послуг, розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я та формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я [140].

Важливість проблеми підтверджується також нормативно-стратегічними орієнтирами реформування медичної освіти України. Стратегія розвитку медичної освіти визначає одним із пріоритетів оновлення змісту та технологій професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до європейських стандартів, формування компетентного, комунікативно підготовленого фахівця, здатного працювати в міжпрофесійній команді, ефективно взаємодіяти з пацієнтом і громадою та реалізовувати профілактичні й просвітницькі функції у реальному професійному середовищі [140].

Водночас аналіз практики професійної підготовки майбутніх лікарів у закладах вищої медичної освіти свідчить, що, попри зростаючу суспільну потребу у фахівцях, здатних професійно здійснювати медичне просвітництво, система їхньої цілеспрямованої педагогічної підготовки до такої діяльності залишається недостатньо розробленою. У більшості освітніх програм просвітницька діяльність розглядається фрагментарно, переважно як складова окремих клінічних дисциплін або комунікативної підготовки, що не забезпечує формування цілісної готовності майбутніх лікарів до реалізації просвітницької функції в професійній діяльності.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що проблема просвітницької діяльності як напряму професійної діяльності фахівця достатньо широко представлена в сучасному науковому дискурсі.

Основні методологічні та методичні засади просвітництва представлені у працях вітчизняних і зарубіжних науковців, у яких розглядається історія громадсько-просвітницької діяльності (Т. Лутаєва [69], Ю. Ненько [87]); сучасні проблеми наукового просвітництва (С. Пінкер [115]); деонтологічні аспекти діяльності лікаря (Т. Блащук [6], Т. Бошам (*T. Beauchamp*), Дж. Чайлдрес (*J. Childress*) [164]); стратегічні засади розвитку сучасної системи охорони здоров'я (Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [140]); інституційні засади державної політики у сфері охорони здоров'я (С. Замчий [38], Я. Кульбашна, О. Стеченко [62], У. Супрун [142], Всесвітня організація охорони здоров'я (*World*

Health Organization) [157], праці О. Чабан (*O. Chaban*), А. Олексієнко (*A. Oleksiyenko*) [166; 167], Дж. ДеМарко (*J. DeMarco*), М. Ністром (*M. Nystrom*) [168], матеріали Центру громадського здоров'я МОЗ України [153; 161]).

Наукове підґрунтя просвітницької діяльності значною мірою сформоване в межах аксіологічного підходу, що розкриває значення ціннісних орієнтацій особистості (Л. Нікогосян, Ю. Асєєва [88], К. Федченко [149]); компетентнісного підходу (Я. Кульбашна [63], І. Радзієвська [121], О. Халло [151]), який актуалізує увагу на професіоналізмі та майстерності фахівця; особистісно-діяльнісного підходу (О. Дубасенюк [32], В. Ребенок [123]), що акцентує увагу на унікальності особистості та її самореалізації у професійній діяльності; контекстного підходу (О. Наливайко [84], Н. Мирончук [79]), відповідно до якого просвітницька взаємодія здійснюється з урахуванням конкретних життєвих ситуацій, соціального контексту та потреб цільової аудиторії.

Вагоме місце у сучасних дослідженнях посідають праці, присвячені розвитку комунікативної компетентності просвітника (М. Бичко [5], О. Орду [91], С. Поплавська [116], Н. Галіяш, Н. Білкевич, Н. Петренко [19], І. Кінаш [46] та ін.), а також формуванню соціальної відповідальності, мотивації та саморегуляції поведінки (Л. Ліпич [67], М. Казанжи [41]) і реалізації студентоцентрованого навчання (М. Римарчук [124]), що становлять важливе психолого-педагогічне підґрунтя підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Особливості медичного просвітництва висвітлено у працях вітчизняних і зарубіжних науковців, присвячених превентивній та профілактичній діяльності лікаря (В. Ждан, В. Штомпель, І. Іваницький [36], А. Ільченко [40], О. Кокун, В. Мороз, Н. Лозінська [48], Ю. Сіренко [128], Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192], М. Вейкфілд (*M. Wakefield*), Б. Локен (*B. Loken*), Р. Горнік (*R. Hornik*) [205]), реабілітації (В. Берко [2], Н. Богдановська, І. Кальонова [8], Н. Бражник, О. Селегень, А. Сушецька [9], Г. Гіллен (*G. Gillen*) [176], Р. Лазаро (*R. Lazaro*), Д. Амфред (*D. Umphred*) [188]), абілітації (І. Кареліна, М. Туркіна [43], Дж. Гейтон (*J. Hayton*)).

[184]) та профілактиці професійного вигорання медичних працівників (Г. Науменко [85]). Водночас у науковому дискурсі розкрито особливості реалізації медичного просвітництва в різних сферах професійної діяльності та щодо різних категорій населення: у системі неформальної медичної освіти дорослих (О. Волярська (*O. Voliarska*) [204]); медико-психологічного просвітництва (С. Горбатюк [23], О. Чабан (*O. Chaban*), А. Олексієнко (*A. Oleksiyenko*) [166]); у сфері психічного здоров'я студентської молоді (М. Кічула, В. Заворотна, Л. Трушченкова, А. Вишньовський [47]), військовослужбовців (О. Кокун, В. Мороз, Н. Лозінська, І. Пішко [48]), педагогічних працівників (О. Орещук [92]), суб'єктів дошкільної освіти (І. Феднова [148]), майбутніх лікарів (Ю. Колісник-Гуменюк, В. Гуменюк [52]); магістрів стоматології (Я. Кульбашна [63]), осіб із цукровим діабетом (Д. Шиллінгер (*D. Schillinger*), Дж. Пієтт (*J. Piette*), К. Грумбах (*K. Grumbach*) [199]), а також формування медичної грамотності населення (*health literacy*) (Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192], К. Соренсен (*K. Sørensen*) та ін. [200]).

Особливу увагу науковці приділяють етичним аспектам медичного просвітництва, зокрема впровадженню принципів доказової медицини у професійну підготовку майбутніх лікарів (В. Величко, Д. Лагода, Я. Венгер [14]); формуванню мотивації просоціальної поведінки (Н. Корчакова [57]); інтеграції моделей розвитку медичної грамотності населення К. Соренсен (*K. Sørensen*), С. Ван ден Бруке (*S. Van den Broucke*), Дж. Фуллам (*J. Fullam*) [200]); використанню просвітницьких кампаній засобів масової інформації для зміни поведінки, пов'язаної зі здоров'ям М. Вейкфілд (*M. Wakefield*), Б. Локен (*B. Loken*), Р. Горнік (*R. Hornik*) [205]).

У зарубіжному науковому дискурсі актуальними є дослідження, присвячені проблемам зміцнення здоров'я (*health promotion*) (Б. Беріч (*B. Berić*), А. Джелетович (*A. Dželetović*) [165], Д. Левін (*D. Levine*) [189], К. Пат'я (К. Patja) та ін. [196]); розвитку медичної грамотності населення (*health literacy*) (Дж. ДеМарко (*J. DeMarco*), М. Ністром (*M. Nystrom*) [168], Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192]);

формування культури здоров'я (М. Кройтер (*M. Kreuter*), С. Мак-Клур (*S. McClure*) [186]), що визначають сучасні світові орієнтири розвитку медичного просвітництва.

Проблеми професійної підготовки майбутніх лікарів розглянуто у працях С. Бронікової [10] – з позицій пацієнтоцентрованого підходу; Р. Горбатюка, І. Волча та ін. [24] – в умовах дистанційного навчання; М. Дяченка, Т. Закусилової [33] – з урахуванням зарубіжного досвіду підготовки фахівців громадського здоров'я; В. Крупені [60] – у контексті психологічної готовності до професійної діяльності; А. Левицької [66], Ю. Колісник-Гуменюк, В. Гуменюка [50; 51] – щодо формування професійно-етичної культури та комунікативної компетентності майбутніх лікарів; В. Ситнікової, М. Мельниченка та ін. [131] – у системі післядипломної медичної освіти; О. Ткачук [146] – щодо формування здоров'язбережувальної компетентності; а також у зарубіжних дослідженнях безперервного професійного розвитку фахівців громадського здоров'я (І. Дойл (*Y. Doyle*), П. Гейворд (*P. Hayward*) та ін. [169]).

У працях науковців детально описано просвітницькі технології та інструменти, психологічні техніки, пов'язані з нейропсихологією, зокрема сугестопедичну концепцію навчання (С. Стрілець [141]); прикладні соціально-комунікаційні технології (Н. Островська [110]); технології роботи зі страхами, опором та запереченнями (А. Шиманович [159], К. Вітте (*K. Witte*), М. Аллен (*M. Allen*) [206]); подолання комунікативних бар'єрів (І. Глазкова [21], В. Марчук, В. Корнієнко [71], К. Качайло [45]); використання фахових кейсів і професійно орієнтованих технологій навчання (Н. Волкова [16], М. Карпова [44], О. Набока [83], В. Стинська, І. Кліщ та ін. [139]).

Водночас аналіз наукових джерел засвідчує, що, попри значний науковий доробок із проблем медичного просвітництва, професійної підготовки лікарів, розвитку медичної комунікації та міждисциплінарної інтеграції, у більшості досліджень увагу зосереджено переважно на окремих аспектах просвітницької діяльності або професійної підготовки фахівців. Педагогічні механізми

цілеспрямованого формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, зокрема обґрунтування її структури, критеріїв, показників, розроблення та експериментальна перевірка науково-педагогічної технології й відповідного навчально-методичного забезпечення, залишаються недостатньо дослідженими.

Узагальнення результатів аналізу наукових джерел, нормативно-правових документів і сучасної практики професійної підготовки майбутніх лікарів дало змогу виявити низку суперечностей між:

- зростаючим суспільним запитом на доказове, науково обґрунтоване медичне просвітництво населення, визначеним стратегічними документами Всесвітньої організації охорони здоров'я, національними стратегіями розвитку системи охорони здоров'я та медичної освіти, і недостатньою готовністю майбутніх лікарів до здійснення просвітницької діяльності, що потребує інтеграції медичних, психолого-педагогічних, комунікативних і соціальних знань та вмій;

- об'єктивною потребою сучасної медичної освіти у формуванні цілісної готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності як невід'ємної складової їхньої професійної компетентності та недостатньою теоретичною розробленістю педагогічних засад формування такої готовності, зокрема її структури, компонентів, критеріїв, показників і рівнів сформованості в умовах міждисциплінарної інтеграції;

- значними можливостями міждисциплінарної інтеграції в освітньому процесі закладів вищої медичної освіти, що забезпечує можливості поєднання клінічної, психологічної, педагогічної, комунікативної та соціальної підготовки майбутніх лікарів, і відсутністю науково обґрунтованої та експериментально перевіреної науково-педагогічної технології, яка б забезпечувала системне формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Необхідність розв'язання зазначених суперечностей, соціальна значущість проблеми, недостатній рівень її теоретичного обґрунтування та практичного забезпечення зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: **«Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції»**.

Зв'язок теми дослідження з науковими програмами, планами, темами. Дисертація відповідає основним напрямам досліджень кафедри психології та педагогіки ВНЗ «Університету імені Альфреда Нобеля», проведених у межах комплексних наукових тем «Теоретичні та методичні засади моделювання компетентнісної професійної освіти у контексті євроінтеграції» (державний реєстраційний номер 0117U000784), «Теоретико-методологічні засади професійного становлення фахівця в інноваційному соціокультурному просторі» (державний реєстраційний номер 0122U200059). Тему затверджено вченою радою ВНЗ «Університет імені Альфреда Нобеля» (протокол № 8 від 7 листопада 2023 р.).

Об'єкт дослідження – процес професійної підготовки майбутніх лікарів.

Предмет дослідження – науково-педагогічна технологія підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Мета дослідження – обґрунтувати теоретичні засади підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, розробити та експериментально перевірити науково-педагогічну технологію реалізації означеного процесу.

Гіпотеза дослідження. Успішність підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції забезпечується впровадженням розробленої і теоретично обґрунтованої науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, яка спрямована на формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів зазначеного утворення.

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

1. На підставі аналізу медичної, психологічної, педагогічної, соціологічної літератури, джерел з комунікації, деонтології, нормативних документів з питань етики медичної діяльності розкрити теоретичні засади підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

2. Обґрунтувати сутність, структуру, показники та рівні сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

3. Розробити й теоретично обґрунтувати науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

4. Здійснити експериментальну перевірку ефективності науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

5. Підготувати навчально-методичний ресурс процесу підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять концептуальні положення сучасних методологічних підходів до професійної підготовки майбутніх лікарів, зокрема аксіологічного підходу, що розкриває значення ціннісного ставлення до здоров'я, соціальної відповідальності та гуманістичної спрямованості професійної діяльності лікаря (Л. Нікогосян, Ю. Асєєва [88], К. Федченко [149]); компетентнісного підходу, орієнтованого на формування здатності майбутнього лікаря ефективно діяти у професійних й соціально значущих ситуаціях (І. Радзієвська [121], О. Халло [151]); особистісно-діяльнісного підходу, що забезпечує розгляд майбутнього лікаря як активного суб'єкта професійного становлення, саморозвитку й просвітницької взаємодії (О. Дубасенюк [32], В. Ребенок [123]); контекстного підходу, відповідно до якого підготовка майбутніх лікарів

наближається до реальних умов професійної діяльності та взаємодії з різними цільовими аудиторіями (О. Наливайко [84], Н. МIRONЧУК [79]).

Важливе значення для дослідження мають також наукові положення методології педагогічних досліджень, що визначають логіку організації наукового пошуку, обґрунтування експериментальної роботи, добір методів дослідження та інтерпретацію отриманих результатів (О. Дубасенюк [31], Т. Завгородня, І. Стражнікова [37], В. Староста, Г. Товканець [138], Н. Тверезовська, В. Сидоренко [143], Є. Хриков [152] та ін.).

Теоретичним підґрунтям дослідження стали концепції професійної підготовки майбутніх лікарів, у яких акцентовано увагу на формуванні професійної компетентності, клінічного мислення, комунікативної культури, деонтологічної відповідальності та готовності до професійної діяльності в сучасній системі охорони здоров'я (А. Волосовець, І. Зозуля та ін. [17], І. Голованова, С. Касинець та ін. [22], В. Мілерян [77], Я. Рогальська, І. Кочубей та ін. [125], Н. Сміла [133], Г. Стечак [138], О. Шекера, В. Ткаченко [158], Д. Іщук (*D. Ishchuk*) [180]).

Методологічно значущими для розроблення авторської науково-педагогічної технології є положення педагогічного та науково-технологічного проєктування, які обґрунтовують системність, цілеспрямованість, алгоритмічність, діагностичність, відтворюваність і результативність освітнього процесу (О. Антонова [1], С. Вітвицька [15], М. Носко, С. Гаркуша та ін. [90], В. Ортинський [93], О. Пехота [114], І. Прокопенко [113], С. Сисоєва [130] та ін.).

Особливе значення для дослідження мають теоретичні положення щодо міждисциплінарної інтеграції в освітньому процесі, які розкривають можливості поєднання знань різних галузей для формування цілісної професійної готовності майбутніх фахівців, зокрема у сфері медичної освіти (І. Бурлака, В. Підгайна [11], І. Гуменна [25], І. Гуменна, Я. Нахаєва та ін. [26], О. Кузьменко, М. Томчук та ін. [61], І. Мельничук [74], Р. Слухенська, П. Ковальчук [132], К. Голдінг (*C. Golding*) [177] та ін.).

Для досягнення мети, розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотези дослідження використано комплекс взаємопов'язаних **методів дослідження**: *теоретичні* – аналіз, порівняння, систематизація, узагальнення й інтерпретація філософської, психолого-педагогічної, медичної, соціологічної та методичної літератури, нормативно-правових документів і результатів сучасних наукових досліджень – для визначення теоретико-методологічних засад підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, уточнення понятійно-категоріального апарату дослідження, обґрунтування структури готовності, критеріїв, показників, рівнів її сформованості та розроблення науково-педагогічної технології; *емпіричні* – діагностичні (анкетування, тестування, бесіда, експертне оцінювання); обсерваційні (педагогічне спостереження, самоспостереження); аналіз продуктів навчально-професійної діяльності студентів, самоаналіз – для визначення рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та виявлення динаміки її розвитку; *педагогічний експеримент* (констатувальний, формувальний і контрольний етапи) – з метою експериментальної перевірки ефективності розробленої науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції; *методи математичної статистики* – для статистичної обробки результатів експериментального дослідження, перевірки достовірності отриманих даних та встановлення статистично значущих відмінностей між експериментальною і контрольною групами із застосуванням критерію Пірсона χ^2 ; *методи табличного й графічного подання результатів* – для систематизації, порівняння, візуалізації та інтерпретації результатів експериментального дослідження.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася впродовж 2021–2025 рр. на базі Приватного закладу вищої освіти «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я» (м. Дніпро) та Дніпровського державного медичного університету. На різних етапах до

експерименту було залучено 94 здобувачів другого (магістерського) рівня за освітньо-професійною програмою «Медицина» спеціальності 222, які були поділені на експериментальну (51 особа) і контрольну (43 особи) групи; 21 викладач зазначених закладів вищої освіти.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- *уперше* розроблено, теоретично обґрунтовано й експериментально перевірено науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, побудовану на інтеграції аксіологічного, компетентнісного, особистісно-діяльнісного та контекстного методологічних підходів, яка реалізується через взаємодію концептуально-цільового, організаційно-підготовчого, змістово-процесуального та рефлексивно-коригувального етапів. Наукову новизну технології становить обґрунтування матриці міждисциплінарної інтеграції, що забезпечує координацію змісту освітніх компонентів навколо актуальних медико-соціальних проблем, інтеграцію просвітницької складової у професійну підготовку майбутніх лікарів, поетапне формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності до просвітницької діяльності, а також поєднання практичної просвітницької діяльності студентів із використанням сучасних цифрових технологій;

- *уточнено* понятійно-категоріальний апарат дослідження, зокрема зміст понять «лікар-просвітник», «просвітницька діяльність лікаря», «готовність майбутнього лікаря до просвітницької діяльності»; обґрунтовано авторське трактування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності як інтегрального професійно-особистісного утворення, визначено її структуру, що охоплює мотиваційний, змістово-комунікативний та організаційний компоненти, а також критерії, показники й рівні сформованості;

- *удосконалено* зміст, форми, методи, цифрові засоби та навчально-методичне забезпечення професійної підготовки майбутніх лікарів до просвітницької

діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції шляхом інтеграції просвітницької складової в освітні компоненти, практичну підготовку та міждисциплінарну взаємодію; упровадження матриці міждисциплінарної інтеграції як засобу координації змісту професійної підготовки; використання інтерактивних, кейс-орієнтованих, тренінгових, проєктних, симуляційних і цифрових технологій навчання; залучення здобувачів освіти до практичної просвітницької діяльності, створення цифрового медико-просвітницького контенту та реалізації просвітницьких ініціатив для різних категорій населення; інтегрований профіль компетентностей лікаря-просвітника, який узагальнює медичні, психолого-педагогічні, комунікативні, організаційні й цифрові компетентності, необхідні для ефективного здійснення просвітницької діяльності; систематизацію напрямів просвітницької діяльності лікаря відповідно до сучасних потреб системи охорони здоров'я шляхом виокремлення профілактично-превентивного, консультативного, реабілітаційно-абілітаційного, медико-психологічного, професійно-освітнього та цифрово-комунікаційного напрямів;

– *набули подальшого розвитку* теоретико-методологічні засади професійної підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності в умовах міждисциплінарної інтеграції, що враховують сучасні тенденції розвитку громадського здоров'я, цифрової трансформації системи охорони здоров'я, поширення концепції медичної грамотності населення та міжпрофесійної взаємодії; організаційно-педагогічні підходи до інтеграції просвітницької діяльності у зміст професійної підготовки майбутніх лікарів; комплексний критеріально-діагностичний інструментарій оцінювання рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, який поєднує стандартизовані психолого-педагогічні методики, авторські діагностичні матеріали, педагогічне спостереження, анкетування та експертне оцінювання й забезпечує комплексний моніторинг динаміки сформованості готовності.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в розробленні, експериментальній перевірці та впровадженні комплексу взаємопов'язаних науково-методичних і педагогічних рішень, спрямованих на вдосконалення професійної підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції. Запропоновані результати можуть бути використані під час підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина», модернізації освітньо-професійних програм, навчальних планів, робочих програм освітніх компонентів, організації практичної підготовки, вибіркового освітніх компонентів, а також у системі післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку фахівців сфери охорони здоров'я.

Практичну цінність становить матриця міждисциплінарної інтеграції, яка забезпечує координацію змісту освітніх компонентів навколо актуальних медико-соціальних проблем, інтеграцію просвітницької складової у професійну підготовку майбутніх лікарів, узгодження результатів навчання, компетентностей, методів і форм організації освітнього процесу, а також цілісне формування готовності здобувачів до здійснення просвітницької діяльності.

Запропонована науково-педагогічна технологія створює умови для організації практикоорієнтованого освітнього середовища, у якому майбутні лікарі набувають досвіду розроблення, реалізації та оцінювання результативності просвітницької діяльності, створення цифрового медико-просвітницького контенту, адаптації медичної інформації до рівня медичної грамотності різних категорій населення, використання сучасних цифрових технологій, інтерактивних методів навчання, симуляційних практик і проєктної діяльності, а також реалізації просвітницьких ініціатив у взаємодії із закладами освіти, установами охорони здоров'я, центрами громадського здоров'я та громадськими організаціями.

Практичне значення мають також розроблені автором комплексне навчально-методичне забезпечення та діагностичний інструментарій, що включають матрицю

міждисциплінарної інтеграції, навчально-методичний семінар-практикум для науково-педагогічних працівників, авторський тренінг, систему міждисциплінарних кейсів, практикоорієнтованих і проєктних завдань, банк студентських просвітницьких проєктів, банк просвітницьких текстів і цифрового медіаконтенту для різних цільових аудиторій, методичні матеріали з організації просвітницьких кампаній, а також комплексний критеріально-діагностичний інструментарій оцінювання рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Розроблені матеріали можуть бути використані викладачами закладів вищої медичної освіти під час викладання професійно орієнтованих дисциплін, організації практичної підготовки, діяльності професійних медичних майстерень, у системі післядипломної медичної освіти та підвищення кваліфікації лікарів.

Основні положення та результати дослідження **впроваджено** в процес професійної підготовки Приватного закладу вищої освіти «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я» (м. Дніпро) (довідка № 295 від 03.10.2024 р.), Дніпровського державного медичного університету (акт впровадження від 01.06.2026 р.), ВНЗ «Університет імені Альфреда Нобеля» (довідка № 410 від 25.06.2026 р.), діяльність Дніпровського міського об'єднання ВТ «ПРОСВІТА» ім. ТАРАСА ШЕВЧЕНКА (довідка № 35 від 19.06.2026 р.), Товариства з обмеженою відповідальністю «ФЕМІЛІ ВІЖН» (довідка № 4-07/2026 від 28.07.2026 р.), Університетської лікарні Дніпровського державного медичного університету (довідка № 668 від 30.08.2026 р.).

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження репрезентовано в доповідях і повідомленнях на міжнародних науково-практичних конференціях: «Наука та освіта в умовах викликів сьогодення» (Чернігів, 2023), «Практична психологія у сучасному вимірі» (Дніпро, 2024), «Тенденції розвитку педагогіки та освіти в умовах цифрових трансформацій (ByteEd, 2025)» (Харків, 2025), «Наука і освіта в глобальному та національному вимірах: виклики, загрози,

перспективи розвитку» (Лубни, 2026); всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми педагогічної освіти: Новації, досвід та перспективи» (Запоріжжя, 2024), «Сучасні тенденції в українській і світовій гуманітаристиці» (Харків, 2024), «Соціальна робота, соціальна педагогіка, практична психологія: теорія та інноватика» (Полтава-Лубни-Миргород, 2025), «Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки» (Одеса, 2025).

Результати та висновки виконаної роботи обговорено на інтерактивному методологічному он-лайн семінарі молодих дослідників «Компетентнісні засади освітнього процесу в умовах впровадження інновацій: вітчизняний та міжнародний досвід (Житомир – Полтава – Київ, 2023), 1 Міжнародній науково-практичній конференції «Освіта в сучасних викликах» (Полтава, 2025), засіданнях кафедри психології та педагогіки, щорічних звітних науково-практичних конференціях професорсько-викладацького складу ВНЗ «Університет імені Альфреда Нобеля» (упродовж 2023–2026 рр.).

Публікації. Основні теоретичні положення й висновки дослідження відображено у 11 публікаціях, з яких: 5 статті у провідних наукових фахових виданнях України, внесених до міжнародних наукометричних баз, 6 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 (215 найменувань, в тому числі 52 іноземними мовами), 12 додатків на 44 стор. Дисертація містить 21 таблицю та 8 рисунків. Загальний обсяг дисертації 287 сторінки, з них – 206 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАСАДАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

1.1. Просвітницька діяльність лікаря як предмет наукових досліджень

Сучасний розвиток системи охорони здоров'я характеризується суттєвою зміною пріоритетів професійної діяльності медичних працівників. Якщо традиційно основна увага зосереджувалася на діагностиці та лікуванні захворювань, то сьогодні одним із визначальних напрямів державної політики більшості країн світу є збереження і зміцнення здоров'я населення шляхом профілактики захворювань, формування культури здорового способу життя та підвищення рівня медичної грамотності громадян. Така трансформація зумовлена усвідомленням того, що ефективність системи охорони здоров'я визначається не лише якістю медичної допомоги, а й здатністю населення приймати обґрунтовані рішення щодо власного здоров'я.

Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах сучасних глобальних викликів. Наслідки пандемії COVID-19, стрімке поширення хронічних неінфекційних захворювань, цифровізація інформаційного простору, активне розповсюдження недостовірної медичної інформації, погіршення психічного здоров'я населення, а для України – ще й наслідки повномасштабної війни, що супроводжуються значним зростанням потреб у медичній, психологічній та реабілітаційній допомозі, актуалізують необхідність підвищення ролі просвітницької діяльності у практиці сучасного лікаря.

Відповідно до сучасної концепції громадського здоров'я фізичне, психічне та соціальне благополуччя людини розглядається як результат комплексної взаємодії біологічних, поведінкових, соціально-економічних, психологічних і екологічних

чинників. Такий підхід суттєво розширив уявлення про професійні функції лікаря, який сьогодні виступає не лише клініцистом, а й консультантом, комунікатором, наставником, провідником науково обґрунтованих знань і активним учасником формування культури відповідального ставлення населення до власного здоров'я.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, переважна більшість факторів ризику передчасної смертності пов'язана з поведінкою людини та способом її життя. Тютюнокуріння, нераціональне харчування, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем, ожиріння, артеріальна гіпертензія та інші модифіковані чинники значною мірою піддаються профілактиці за умови своєчасного інформування населення, формування медичної грамотності та розвитку навичок відповідальної поведінки щодо власного здоров'я. Це свідчить про те, що ефективність профілактичної медицини дедалі більше залежить від якості професійної комунікації лікаря з пацієнтом і суспільством.

Ідеологічним підґрунтям сучасної стратегії зміцнення здоров'я стала доповідь М. Лалонда *A New Perspective on the Health of Canadians* (1974) [187], у якій вперше було доведено, що спосіб життя людини має значно більший вплив на стан її здоров'я, ніж власне система медичної допомоги. Подальший розвиток ці положення отримали в Оттавській хартії зі зміцнення здоров'я (1986) [195], яка визначила Health Promotion одним із провідних напрямів сучасної політики громадського здоров'я та наголосила на необхідності активної участі медичних працівників у формуванні здоров'язбережувальної культури населення. У сучасних міжнародних дослідженнях концепція Health Promotion нерозривно пов'язується з розвитком медичної грамотності (health literacy), ефективною комунікацією між лікарем і пацієнтом, профілактикою захворювань та підтримкою відповідальної поведінки щодо власного здоров'я.

Отже, просвітницька діяльність перестає розглядатися як другорядний напрям професійної діяльності лікаря і набуває статусу однієї з його ключових професійних функцій. Саме тому проблема підготовки майбутніх лікарів до

здійснення ефективної просвітницької діяльності перебуває в центрі уваги сучасної педагогічної, медичної та міждисциплінарної науки, що зумовлює необхідність ґрунтовного аналізу її теоретичних засад.

Подальший виклад матеріалу в межах підрозділу здійснюватиметься за такою логікою: спочатку буде розкрито сутність просвітницької діяльності лікаря та обґрунтовано доцільність використання поняття «лікар-просвітник»; далі схарактеризовано основні напрями медичного просвітництва – профілактично-превентивний, консультативний, реабілітаційно-абілітаційний, медико-психологічний та кризово-орієнтований; після цього проаналізовано комунікативну природу просвітницької діяльності лікаря крізь призму patient education, health literacy, пацієнтоорієнтованої взаємодії та спільного ухвалення рішень; окрему увагу приділено принципам, формам, методам і цільовим аудиторіям медичного просвітництва. Така послідовність дозволяє розглянути просвітницьку діяльність лікаря не як сукупність окремих інформаційних заходів, а як цілісне професійно значуще явище, що має власну мету, зміст, суб'єктів, напрями, організаційні форми та комунікативно-педагогічні механізми реалізації.

Аналіз наукових джерел у галузі медицини, валеології, медичної деонтології, соціології, психології та педагогіки дозволяє стверджувати, що просвітницька діяльність лікаря є складним міждисциплінарним феноменом, зміст якого не обмежується інформуванням населення з окремих медичних питань. Її сутність полягає у цілеспрямованому формуванні в різних груп населення усвідомленого ставлення до збереження здоров'я, профілактики захворювань, ведення активного способу життя, дотримання медичних рекомендацій, а також у підтримці пацієнтів і членів їхніх родин у ситуаціях хвороби, лікування, реабілітації чи зміни звичного способу життєдіяльності.

У сучасних умовах професійні функції лікаря суттєво виходять за межі діагностично-лікувальної діяльності й дедалі більше охоплюють профілактичну, комунікативну, психолого-педагогічну та просвітницьку взаємодію з пацієнтом і

суспільством. Науковці наголошують на зростанні ролі педагогічних компетентностей у клінічній практиці лікаря, оскільки сучасна медична діяльність передбачає не лише лікування, а й пояснення, консультування, підтримку, формування здоров'язберезувальної поведінки та розвиток медичної грамотності населення. У дослідженнях, присвячених професійній підготовці майбутніх лікарів, акцентується, що сучасний лікар має бути здатним до ефективної комунікації, емпатійної взаємодії, просвітницького супроводу пацієнта та адаптації медичної інформації до рівня розуміння різних соціальних аудиторій.

У міжнародному науковому дискурсі ці ідеї корелюють із концепцією *patient education*, відповідно до якої медичний працівник розглядається як суб'єкт освітньої взаємодії, що допомагає пацієнтові усвідомити зміст медичних рекомендацій, зрозуміти логіку лікування, сформувати навички самозбереження здоров'я та відповідального ставлення до власних медичних рішень. У працях Н. Лобач [68], О. Маражі, І. Жулкевич [70] підкреслено, що ефективна просвітницька діяльність лікаря підвищує рівень довіри до медичної системи, покращує прихильність пацієнтів до лікування та сприяє розвитку медичної грамотності населення.

З огляду на зазначене, у контексті нашого дослідження доцільним є використання поняття «лікар-просвітник». Під *лікарем-просвітником* розуміємо фахівця медичної галузі, професійна діяльність якого, поряд із діагностичною, лікувальною, профілактичною та реабілітаційною функціями, передбачає здійснення цілеспрямованої просвітницької взаємодії, спрямованої на формування медичної грамотності, профілактичної поведінки, здоров'язберезувальної культури та усвідомленого ставлення людини до власного фізичного й психічного благополуччя.

На відміну від традиційного розуміння професійної ролі лікаря як переважно клінічного фахівця, лікар-просвітник адаптує складну медичну інформацію до рівня розуміння пацієнта; здійснює профілактичне консультування; працює з медичними міфами, страхами й дезінформацією; забезпечує психоемоційну підтримку

пацієнта; сприяє розвитку навичок самозбереження здоров'я; використовує комунікативні, педагогічні та цифрові інструменти медичного просвітництва. Важливо, що діяльність лікаря-просвітника реалізується не лише в клінічному середовищі, а й у ширшому соціальному просторі – через просвітницькі кампанії, цифрову медичну комунікацію, соціальні мережі, громадські ініціативи, профілактичні програми та здоров'язберезувальні практики.

Отже, просвітницька діяльність лікаря постає як професійно значуща форма медико-педагогічної взаємодії, що поєднує науково обґрунтоване медичне знання, комунікативну доцільність, етичну відповідальність і здатність впливати на поведінку людини щодо збереження її здоров'я. Саме тому підготовка майбутніх лікарів до такої діяльності має розглядатися як важливий складник професійної медичної освіти, що забезпечує готовність фахівця до ефективної взаємодії з пацієнтом і суспільством в умовах сучасних інформаційних, епідеміологічних, соціально-психологічних і воєнних викликів.

Просвітницька діяльність лікаря характеризується складною внутрішньою структурою, що зумовлена різноманітністю професійних завдань, соціальних запитів та цільових аудиторій, з якими взаємодіє медичний працівник. Проведений аналіз наукових праць у галузі громадського здоров'я, соціальної медицини, медичної педагогіки, медичної психології, медичної деонтології, реабілітаційної медицини, а також нормативно-правових документів, що регламентують професійну діяльність лікарів, засвідчив, що в сучасному науковому дискурсі достатньо ґрунтовно висвітлено окремі аспекти медичного просвітництва. Зокрема, предметом наукового аналізу стали питання профілактики захворювань і формування здорового способу життя, консультування пацієнтів, психоедукації, медичної реабілітації, безперервного професійного розвитку медичних працівників, цифрової медичної комунікації та розвитку медичної грамотності населення.

Водночас аналіз зазначених джерел засвідчив, що означені напрями переважно розглядаються ізольовано, у межах окремих галузей медичної науки або

відповідних видів професійної діяльності лікаря. У дослідженнях увага акцентується на змісті конкретного напрямку, його клінічних, психологічних чи організаційних особливостях, тоді як цілісне уявлення про просвітницьку діяльність лікаря як інтегровану професійну функцію фактично залишається поза межами спеціального наукового аналізу.

Саме тому для досягнення мети нашого дослідження виникає необхідність не лише проаналізувати окремі сфери реалізації просвітницької діяльності лікаря, а й здійснити їх систематизацію на основі єдиного методологічного підходу. Така логіка дослідження дозволяє послідовно розкрити специфіку кожного напрямку просвітницької діяльності, визначити його функціональне призначення, особливості взаємодії лікаря з різними категоріями населення, а також обґрунтувати професійні компетентності, необхідні майбутньому лікарю для ефективного виконання просвітницької функції.

Відповідно до означеної логіки далі послідовно проаналізуємо основні напрями просвітницької діяльності лікаря, після чого здійснимо їх узагальнення та систематизацію.

Серед основних напрямів просвітницької діяльності лікаря провідне місце посідає профілактично-превентивний напрям, оскільки саме він найбільшою мірою відображає сучасну парадигму розвитку системи охорони здоров'я, зорієнтовану на попередження захворювань, збереження здоров'я населення та формування відповідального ставлення людини до власного способу життя [36; 40; 128; 140; 189; 196; 211]. На відміну від лікувальної діяльності, спрямованої на подолання наслідків уже сформованого патологічного процесу, профілактичне медичне просвітництво має випереджувальний характер і покликане мінімізувати дію факторів ризику ще до виникнення захворювання.

У сучасній медичній науці профілактичний напрям розглядається як один із пріоритетних механізмів реалізації політики громадського здоров'я. Саме тому просвітницька діяльність лікаря дедалі частіше пов'язується із формуванням

здоров'язбережувальної компетентності населення, популяризацією здорового способу життя, розвитком культури профілактики та відповідального ставлення до власного здоров'я.

Проблема превенції захворювань і формування здорового способу життя широко представлена у вітчизняних дослідженнях із соціальної медицини та громадського здоров'я. Так, санітарно-просвітницька діяльність розглядається як система цілеспрямованих заходів, що розпочинається з гігієнічного виховання населення, формування переконань щодо необхідності дотримання принципів здорового способу життя та профілактики захворювань [127; 133]. Особлива роль у реалізації цієї функції належить лікарям первинної ланки медичної допомоги, професійна діяльність яких передбачає не лише лікування пацієнтів, а й постійне інформування населення щодо факторів ризику, раннього виявлення захворювань, профілактичних оглядів і формування навичок самозбереження здоров'я [189; 196].

На важливості профілактичної складової професійної діяльності лікаря наголошує А. Ільченко [40], який розглядає профілактику як невід'ємну складову сучасної медицини, спрямовану на формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я людини і її родини шляхом реалізації комплексу профілактичних, діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів. Науковець обґрунтовує доцільність диференціації просвітницької роботи залежно від вікових, професійних і соціальних особливостей різних груп населення, що значно підвищує її ефективність.

У нормативних документах, які регламентують розвиток громадського здоров'я в Україні, профілактичне просвітництво також розглядається як один із провідних інструментів зміцнення здоров'я населення. Зокрема, у межах соціальної медицини увага акцентується на вивченні детермінант здоров'я, соціальних чинників захворюваності, демографічних процесів, надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я та інших проблем, вирішення яких неможливе без системної просвітницької роботи серед населення [117; 118; 133; 157].

Ефективність профілактичного медичного просвітництва значною мірою визначається рівнем професійної підготовки лікаря та його комунікативної компетентності. Результати дослідження В. Ждана, В. Штомпеля, І. Іваницького та П. Штомпеля [36], І. Федік [120] свідчать, що результативність профілактичної роботи безпосередньо залежить від якості консультативної взаємодії лікаря з пацієнтом. Автори підкреслюють, що у структурі діяльності лікаря загальної практики близько 30–40 % робочого часу доцільно відводити саме просвітницько-профілактичній роботі, що ще раз підтверджує її важливість як самостійного напрямку професійної діяльності.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, можемо зробити висновок, що профілактично-превентивний напрям просвітницької діяльності лікаря спрямований не лише на передачу медичної інформації, а насамперед на формування відповідального ставлення людини до власного здоров'я, мінімізацію впливу факторів ризику та розвиток культури профілактики як важливої складової громадського здоров'я. Реалізація цього напрямку потребує від лікаря здатності здійснювати ефективну просвітницьку взаємодію з різними категоріями населення, адаптувати медичну інформацію до особливостей цільової аудиторії, мотивувати до здоров'язбережувальної поведінки та застосовувати сучасні комунікативні технології профілактичного консультування. Це, своєю чергою, актуалізує необхідність цілеспрямованої підготовки майбутніх лікарів до виконання профілактично-превентивної просвітницької діяльності шляхом формування не лише клінічних знань, а й комунікативної, психолого-педагогічної та здоров'язбережувальної компетентностей.

Не менш важливим напрямом просвітницької діяльності лікаря є **консультативний**, який реалізується безпосередньо у процесі професійної взаємодії з пацієнтом та членами його родини. Якщо профілактично-превентивна діяльність орієнтована переважно на широкі групи населення та попередження захворювань, то консультативне просвітництво має індивідуалізований характер і

спрямоване на формування у пацієнта усвідомленого ставлення до власного лікування, реабілітації та подальшої життєдіяльності.

У сучасному міжнародному науковому дискурсі цей напрям пов'язують із концепцією *patient education*, відповідно до якої інформування пацієнта розглядається як невід'ємна складова якісної медичної допомоги. За такого підходу лікар виступає не лише джерелом спеціальних знань, а й консультантом, наставником і фасилітатором, який допомагає пацієнтові зрозуміти особливості перебігу захворювання, логіку запропонованого лікування, можливі ризики та прогноз, а також сформувати готовність до активної участі у власному лікувальному процесі.

Наукові дослідження свідчать, що результативність лікування значною мірою залежить від якості комунікації між лікарем і пацієнтом. Так, у роботах Дж. ДеМарко (*J. DeMarco*) та М. Ністром (*M. Nystrom*) [168] консультативна взаємодія розглядається як процес пояснення пацієнтові особливостей захворювання, очікуваних результатів лікування та можливих варіантів подальших дій. Водночас Дж. Сільверман (*J. Silverman*), С. Куртц (*S. Kurtz*) та Дж. Дрейпер (*J. Draper*) [198] доводять, що ефективне медичне консультування ґрунтується на використанні структурованого медичного інтерв'ю, яке забезпечує не лише збір клінічної інформації, а й побудову довірливих партнерських відносин між лікарем і пацієнтом.

Особливої актуальності консультативне просвітництво набуває під час інформування пацієнтів щодо механізмів дії лікарських препаратів, можливих побічних реакцій, необхідності дотримання режиму лікування, особливостей післяопераційного догляду, профілактики ускладнень та зміни способу життя. Саме в таких ситуаціях лікар виконує просвітницьку функцію, допомагаючи пацієнтові адаптувати складну медичну інформацію до власного життєвого досвіду та прийняти обґрунтовані рішення щодо лікування [209; 211].

Водночас консультативний напрям не обмежується взаємодією лише з пацієнтом. У багатьох клінічних ситуаціях об'єктом просвітницької діяльності стають члени його родини, які беруть участь у догляді, реабілітації або паліативній підтримці. У таких випадках лікар здійснює не лише медичне консультування, а й психолого-педагогічний супровід, роз'яснюючи особливості догляду, алгоритми виконання медичних процедур, принципи взаємодії з пацієнтом та можливі психологічні труднощі, що виникають у процесі тривалого лікування.

Особливого значення консультативна діяльність лікаря набуває в умовах розвитку пацієнтоорієнтованої медицини, у якій пацієнт розглядається як активний учасник лікувального процесу. За таких умов ефективність просвітницької взаємодії визначається не лише повнотою наданої інформації, а й рівнем її зрозумілості, доступності та здатністю пацієнта використовувати отримані знання для прийняття власних медичних рішень.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, можемо зробити висновок, що консультативний напрям просвітницької діяльності лікаря є одним із ключових механізмів реалізації принципів пацієнтоорієнтованої медицини. Його ефективність забезпечується поєднанням професійної компетентності лікаря, високого рівня комунікативної культури, педагогічної майстерності, емпатійності та здатності адаптувати медичну інформацію до індивідуальних потреб, психологічного стану й рівня медичної грамотності пацієнта. Це актуалізує необхідність сформованості консультативної компетентності, уміння вибудовувати партнерську взаємодію з пацієнтом і членами його родини, забезпечуючи їх активну участь у лікувальному процесі. Відтак у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів особливої уваги потребує формування готовності до здійснення консультативно-просвітницької діяльності як важливої складової сучасної медичної практики.

Особливого значення в сучасних умовах набуває *реабілітаційно-абілітаційний напрям просвітницької діяльності лікаря*, актуальність якого суттєво зростає у зв'язку зі збільшенням кількості пацієнтів, які потребують

тривалого відновного лікування, фізичної, психологічної та соціальної реабілітації. Для України цей напрям набув особливої значущості внаслідок повномасштабної війни, що супроводжується значною кількістю бойових травм, ампутацій, черепно-мозкових ушкоджень, психологічних травм та інших станів, які потребують комплексного медичного супроводу.

На відміну від профілактично-превентивного та консультативного напрямів, реабілітаційне просвітництво спрямоване на формування у пацієнта та членів його родини готовності до тривалого процесу відновлення, опанування нових моделей життєдіяльності, усвідомлення логіки реабілітаційного процесу та активної участі у ньому. У цьому випадку лікар виконує не лише інформаційну, а й мотиваційну, координувальну та психолого-педагогічну функції.

У науковій літературі реабілітація розглядається як комплексний процес, що поєднує медичні, психологічні, соціальні, педагогічні та професійні заходи, спрямовані на максимально можливе відновлення функціональної незалежності людини та її повернення до активного життя [2]. Відповідно, просвітницька діяльність лікаря стає одним із механізмів забезпечення ефективності реабілітаційних заходів, оскільки саме вона формує у пацієнта розуміння цілей лікування, необхідності дотримання рекомендацій, послідовності відновного процесу та власної відповідальності за його результати.

Сучасні дослідження у сфері фізичної реабілітації, ерготерапії, нейрореабілітації, спортивної медицини та психологічної реабілітації (Н. Богдановська [8], В. Осьодла [144], В. Сокрут та ін. [150], М. О'Салліван (*M. O'Sullivan*) [194], Р. Лазаро (*R. Lazaro*), Д. Амфред (*D. Umphred*) [188], Г. Гіллен (*G. Gillen*) [176], М. Бражник, О. Селегень, А. Сушецька [9]) переконливо доводять, що ефективність відновлення значною мірою залежить від активної участі самого пацієнта у реабілітаційному процесі. Саме тому важливим завданням лікаря є не лише визначення індивідуальної програми реабілітації, а й систематичне навчання пацієнта та його родини особливостям виконання реабілітаційних заходів,

користування технічними засобами, дотримання режиму фізичної активності, профілактики ускладнень і підтримання мотивації до відновлення.

Особливої уваги потребує проблема абілітації, яка останніми роками набула нового змістового наповнення. Якщо реабілітація передбачає відновлення втрачених функцій, то абілітація спрямована на формування нових функціональних можливостей, необхідних для повноцінної життєдіяльності людини. Відповідно до сучасних міжнародних підходів до розмежування понять «реабілітація» та «абілітація», представлених у працях Дж. Гейтона (*J. Hayton*) та співавторів [184], абілітація орієнтована на розвиток функцій, які раніше не були сформовані або не могли бути реалізовані внаслідок вроджених чи набутих порушень. У сучасних українських реаліях поняття абілітації дедалі частіше пов'язують із допомогою військовослужбовцям і цивільним особам, які після тяжких травм змушені адаптуватися до нових фізичних, психологічних і соціальних умов життя.

У цьому контексті просвітницька діяльність лікаря набуває особливого гуманістичного змісту. Вона спрямовується не лише на передачу медичних знань, а й на формування готовності пацієнта до прийняття нового способу життя, розвитку навичок самообслуговування, використання протезів та інших допоміжних засобів, подолання психологічних бар'єрів, відновлення соціальної активності та професійної самореалізації. Саме тому просвітництво у сфері абілітації має виражений міждисциплінарний характер і здійснюється у взаємодії лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, соціального працівника та інших фахівців мультидисциплінарної команди.

Важливою особливістю реабілітаційно-абілітаційного просвітництва є його безперервність. Воно розпочинається ще під час стаціонарного лікування, коли пацієнт отримує первинні знання щодо перебігу відновного процесу, і продовжується після виписки через систему амбулаторного супроводу, дистанційного консультування, навчальних програм, роботи з членами родини та груп взаємопідтримки. За таких умов просвітницька діяльність стає важливим

чинником забезпечення прихильності пацієнта до реабілітаційних заходів та підвищення їх результативності.

Узагальнюючи результати аналізу, можемо констатувати, що реабілітаційно-абілітаційний напрям просвітницької діяльності лікаря виходить далеко за межі інформування пацієнта про особливості лікування. Його зміст полягає у формуванні готовності людини до активної участі у процесі відновлення, розвитку нових життєвих компетентностей, психологічної адаптації та інтеграції у соціальне середовище. Це зумовлює необхідність підготовки майбутніх лікарів до здійснення комплексного просвітницького супроводу пацієнтів у взаємодії з фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Важливою особливістю реабілітаційно-абілітаційного напрямку є те, що просвітницька діяльність лікаря не обмежується окремою консультацією або передачею необхідної інформації. Вона набуває характеру безперервного психолого-педагогічного супроводу, який здійснюється на всіх етапах лікування, реабілітації та подальшої соціальної адаптації пацієнта. Зміст такого супроводу змінюється відповідно до етапу відновлення, функціонального стану людини, її психологічної готовності до сприйняття інформації та рівня залучення членів родини до реабілітаційного процесу.

Умовно організацію просвітницької діяльності в реабілітації та абілітації можна розглядати у двох взаємопов'язаних площинах: у період стаціонарного лікування та на етапі позалікарняного супроводу.

На стаціонарному етапі основною метою просвітницької діяльності є підготовка пацієнта до активної участі у відновному процесі. У цей період лікар здійснює роз'яснення клінічної ситуації, обґрунтовує логіку лікування й реабілітаційних втручань, знайомить пацієнта та його родину з прогнозом, можливими труднощами та перспективами відновлення. Водночас важливе місце посідає навчання практичним навичкам, необхідним для подальшого життя: користуванню технічними засобами реабілітації, виконанню фізичних вправ,

самообслуговуванню, профілактиці можливих ускладнень. Значною мірою така діяльність реалізується у взаємодії лікаря з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, психологом, логопедом та іншими членами мультидисциплінарної команди, що забезпечує комплексність просвітницького впливу.

Після завершення стаціонарного лікування просвітницька діяльність не втрачає своєї актуальності, а трансформується у форму довготривалого консультативного й освітнього супроводу. На цьому етапі особливого значення набувають індивідуальні консультації, дистанційна комунікація, навчальні матеріали, онлайн-платформи, групи взаємопідтримки, робота з родинами пацієнтів та доглядальниками. Просвітницький супровід спрямовується на закріплення сформованих навичок, підтримання мотивації до тривалого відновлення, своєчасне коригування поведінкових стратегій та попередження вторинних ускладнень.

Особливу роль у сучасній моделі реабілітаційного просвітництва відіграє родина пацієнта. Саме члени сім'ї найчастіше забезпечують повсякденний догляд, психологічну підтримку, контроль виконання медичних рекомендацій та організацію побутової адаптації. У зв'язку з цим просвітницька діяльність лікаря має бути спрямована не лише на самого пацієнта, а й на його найближче соціальне оточення, яке також потребує спеціальних знань, практичних умінь і психологічної підтримки.

В умовах цифровізації системи охорони здоров'я суттєво розширюються можливості організації просвітницького супроводу. Використання телемедичних консультацій, цифрових платформ, мобільних застосунків, відеоінструкцій, електронних пам'яток і дистанційних освітніх програм забезпечує безперервність взаємодії між лікарем і пацієнтом, підвищує доступність медичної інформації та створює додаткові умови для формування відповідальної поведінки під час тривалого відновлення.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, можемо зробити висновок, що реабілітаційно-абілітаційний напрям просвітницької діяльності лікаря є

безперервним процесом професійної взаємодії лікаря, пацієнта, його родини та членів мультидисциплінарної команди, спрямованим на забезпечення ефективного відновлення, соціальної адаптації та підвищення якості життя людини. Це свідчить про необхідність від лікаря здатності здійснювати не лише медичний супровід пацієнта, а й організовувати його психолого-педагогічну підтримку, координувати міжпрофесійну взаємодію, навчати пацієнта й членів його родини навичок відновлення та адаптації до нових життєвих умов. Відтак у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів важливим завданням є формування готовності до здійснення реабілітаційно-абілітаційної просвітницької діяльності, що забезпечує їхню спроможність ефективно працювати в умовах мультидисциплінарної медичної команди та реалізовувати сучасну пацієнтоорієнтовану модель реабілітаційної допомоги.

Особливе місце у структурі просвітницької діяльності сучасного лікаря посідає медико-психологічний (психоедукаційний) напрям, актуальність якого істотно зросла в умовах погіршення психічного здоров'я населення, зумовленого пандемією COVID-19, воєнними діями, тривалим інформаційним перевантаженням, вимушеною міграцією та іншими соціальними викликами. За цих умов професійна діяльність лікаря дедалі частіше виходить за межі суто клінічного лікування, охоплюючи психологічну підтримку пацієнтів, просвітництво щодо збереження психічного здоров'я, подолання стигматизації психічних розладів та формування культури відповідального ставлення до власного психологічного благополуччя.

На відміну від консультативного напрямку, який переважно пов'язаний із поясненням особливостей конкретного захворювання чи лікування, психоедукаційне просвітництво спрямовується на формування у населення науково обґрунтованих уявлень про взаємозв'язок психічного й соматичного здоров'я, механізми розвитку психоемоційних порушень, способи їх профілактики та своєчасного звернення по професійну допомогу.

У сучасних наукових дослідженнях дедалі більше уваги приділяється проблемі психосоматичних розладів, що виникають унаслідок тривалого стресу, хронічної тривожності, емоційного виснаження та інших психологічних чинників. О. Чабан (*O. Chaban*) та А. Олексієнко (*A. Oleksiyenko*) [166] розглядають психоедукацію як важливий складник комплексної медичної допомоги, що сприяє усвідомленню пацієнтом взаємозв'язку психічних процесів із функціонуванням різних систем організму, підвищує прихильність до лікування та ефективність реабілітаційних заходів. Подібні підходи реалізуються і в сучасних психоедукаційних програмах, основною метою яких є не лише інформування населення, а й формування відповідального ставлення до власного здоров'я, розвиток навичок самодопомоги та зміна поведінкових моделей, що негативно впливають на фізичне й психічне здоров'я [192; 200].

Важливим складником медико-психологічного просвітництва виступає психологічний супровід пацієнтів із тяжкими, хронічними та невиліковними захворюваннями, а також членів їхніх родин. У цих ситуаціях діяльність лікаря передбачає не лише пояснення особливостей перебігу хвороби, а й допомогу у психологічному прийнятті діагнозу, адаптації до нових життєвих обставин, переживанні втрати, паліативному супроводі та формуванні реалістичних очікувань щодо подальшого лікування.

Окремого значення набуває просвітництво у сфері інформаційно-психологічної гігієни. В умовах стрімкого поширення цифрових медіа лікар дедалі частіше виконує роль експерта, який допомагає пацієнтам критично оцінювати медичну інформацію, протидіяти поширенню дезінформації, уникати інформаційного перевантаження та зберігати психоемоційну рівновагу.

Невід'ємною складовою цього напрямку є також популяризація принципів медичної деонтології, етики професійного спілкування, поваги до гідності пацієнта, дотримання його прав, розвитку емпатійної культури взаємодії та дестигматизації

психічних розладів. Усе це сприяє формуванню партнерських відносин між лікарем і пацієнтом та підвищенню довіри до системи охорони здоров'я.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, можемо зробити висновок, що медико-психологічний (психоедукаційний) напрям просвітницької діяльності лікаря спрямований на формування культури психічного здоров'я населення, розвиток психологічної грамотності, профілактику психоемоційних порушень та підтримку пацієнтів у складних життєвих ситуаціях. Саме тому підготовка майбутніх лікарів має забезпечувати сформованості у лікаря високого рівня психологічної компетентності, емпатійності, етичної культури, комунікативної майстерності та здатності здійснювати психоедукаційний супровід різних категорій пацієнтів. Відтак у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів важливим завданням є формування готовності до медико-психологічної просвітницької діяльності, що забезпечує їхню здатність ефективно поєднувати клінічну, психологічну й педагогічну складові професійної взаємодії в сучасній системі охорони здоров'я.

Поряд із просвітницькою діяльністю, спрямованою на пацієнтів і населення, важливе місце у професійній діяльності сучасного лікаря посідає **професійно-освітній напрям**, який реалізується у системі безперервного професійного розвитку медичних працівників. Його сутність полягає у поширенні сучасних медичних знань, клінічного досвіду, інноваційних технологій лікування, профілактики та реабілітації серед професійної медичної спільноти, що забезпечує постійне оновлення професійних компетентностей лікаря відповідно до розвитку медичної науки.

Необхідність професійного просвітництва обумовлена надзвичайно високою динамікою розвитку сучасної медицини. Щорічне оновлення клінічних протоколів, впровадження нових методів діагностики, лікування та реабілітації, розвиток доказової медицини потребують від лікаря готовності до безперервного навчання протягом усієї професійної діяльності. Саме тому безперервний професійний

розвиток сьогодні розглядається як одна з основних умов забезпечення якості медичної допомоги.

У сучасних наукових дослідженнях професійне просвітництво пов'язують передусім із концепцією безперервного професійного розвитку (*Continuing Professional Development, CPD*), яка передбачає систематичне оновлення професійних знань, удосконалення практичних навичок, розвиток клінічного мислення та професійної рефлексії. На відміну від традиційного післядипломного навчання, сучасна модель CPD орієнтується на безперервний характер професійного розвитку, індивідуальну освітню траєкторію лікаря та інтеграцію формальної, неформальної й інформальної освіти (І. Дойл (*Y. Doyle*), П. Гейворд (*P. Hayward*) та ін. [169], К. Пат'я (*K. Patja*) та ін. [196]).

Особливого значення у системі професійного просвітництва набувають міжпрофесійні форми навчання, у межах яких лікарі взаємодіють із психологами, фізичними терапевтами, фармацевтами, біоінженерами, фахівцями громадського здоров'я та представниками інших професій. Саме така міждисциплінарна взаємодія забезпечує обмін досвідом, формування комплексного бачення проблем пацієнта, розвиток командної моделі надання медичної допомоги та готовність до роботи в сучасному мультидисциплінарному середовищі (Ф. Френк (*J. Frenk*), Л. Чен (*L. Chen*), З. Бхутта (*Z. A. Bhutta*) та ін. [175], Дж. Франк (*J. R. Frank*), Л. Снелл (*L. Snell*), Дж. Шербіно (*J. Sherbino*) [174]).

У працях українських дослідників (Н. Волкової [16], В. Ситнікової, М. Мельниченка та ін. [131]) професійне просвітництво розглядається як складова освіти дорослих у сфері охорони здоров'я, що забезпечує професійну мобільність лікаря, його готовність до впровадження сучасних медичних технологій та адаптації до змін у системі охорони здоров'я. Значна увага приділяється використанню дистанційних освітніх технологій, професійних вебінарів, симуляційного навчання, тематичних тренінгів і цифрових освітніх платформ.

Міжнародний досвід свідчить, що професійно-освітній напрям дедалі більше інтегрується з науковою діяльністю та клінічною практикою. Сучасні моделі безперервного професійного розвитку (*Continuing Professional Development, CPD*) орієнтовані на створення професійного освітнього середовища, у якому лікарі мають можливість не лише опановувати нові знання, а й обмінюватися клінічним досвідом, аналізувати складні клінічні випадки, обговорювати сучасні стандарти медичної допомоги та вдосконалювати навички професійної комунікації (І. Дойл (Y. Doyle), П. Гейворд (P. Hayward) та ін. [169], К. Пат'я (K. Patja) та ін. [196]).

Особливої актуальності професійно-освітній компонент підготовки лікаря набуває у сфері громадського здоров'я, де лікар має бути готовим не лише застосовувати сучасні медичні технології, а й здійснювати просвітницьку діяльність серед населення, реалізовувати профілактичні програми, працювати в міжпрофесійній команді та організовувати міжвідомчу взаємодію щодо збереження здоров'я громадян (Ф. Френк (J. Frenk), Л. Чен (L. Chen), З. Бхутта (Z. A. Bhutta) та ін. [175], Дж. Франк (J. R. Frank), Л. Снелл (L. Snell), Дж. Шербіно (J. Sherbino) [173]).

Узагальнюючи наведені наукові підходи, можемо зробити висновок, що професійно-освітній напрям просвітницької діяльності лікаря забезпечує безперервне оновлення професійних знань, розвиток клінічного мислення, міжпрофесійної взаємодії та готовності до впровадження сучасних медичних технологій у практичну діяльність. Отже, ефективність цього напрямку безпосередньо залежить від сформованості в лікаря мотивації до навчання впродовж життя, здатності до професійної рефлексії, академічної взаємодії та трансляції професійного досвіду медичній спільноті. Відтак у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів важливим завданням є формування готовності до безперервного професійного розвитку та здійснення професійно-освітньої просвітницької діяльності як необхідної умови їхнього успішного функціонування в сучасній системі охорони здоров'я.

Стрімкий розвиток цифрових технологій, медіапростору та інформаційного суспільства суттєво трансформував форми реалізації просвітницької діяльності лікаря. Якщо традиційно медичне просвітництво здійснювалося переважно під час безпосередньої взаємодії лікаря з пацієнтом або організованими групами населення, то сьогодні дедалі більшого поширення набувають цифрові канали комунікації, що забезпечують оперативне поширення медичних знань, формування здоров'язбережувальної поведінки та підвищення рівня медичної грамотності населення.

Особливістю **цифрово-комунікаційного напрямку** є можливість значного розширення аудиторії просвітницького впливу. Завдяки використанню офіційних вебсайтів, соціальних мереж, відеоплатформ, тематичних блогів, телемедичних сервісів, мобільних застосунків і цифрових освітніх платформ лікар отримує можливість здійснювати безперервне медичне просвітництво незалежно від місця перебування пацієнта, оперативно реагувати на актуальні запити суспільства та забезпечувати доступ населення до науково обґрунтованої медичної інформації.

Водночас цифровізація медичного просвітництва супроводжується новими професійними викликами. Насамперед це стосується стрімкого поширення недостовірної медичної інформації, псевдонаукових рекомендацій, інформаційних маніпуляцій і комерціалізації медичного контенту. За таких умов суттєво зростає відповідальність лікаря як експерта, здатного забезпечити населення доказовою, достовірною, доступною та етично представленою інформацією.

Однією з ключових категорій сучасного цифрового медичного просвітництва є *health literacy* (медична грамотність), що визначає здатність людини знаходити, розуміти, критично оцінювати та використовувати медичну інформацію для прийняття обґрунтованих рішень щодо збереження власного здоров'я. Як зазначає Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192], медична грамотність охоплює не лише обсяг знань людини, а й рівень розвитку когнітивних, комунікативних і соціальних умінь, необхідних для ефективної взаємодії із системою охорони здоров'я. У сучасних

дослідженнях поняття *health literacy* розглядається як один із визначальних чинників успішності медичного консультування, профілактичної роботи та пацієнтоорієнтованої медицини (Дж. ДеМарко (*J. DeMarco*), М. Ністром (*M. Nystrom*) [168], К. Соренсен (*K. Sørensen*) та ін. [200]).

Важливою складовою цифрово-комунікаційного напрямку є використання різноманітних медіаформатів просвітницької діяльності. Аналіз сучасної практики свідчить про активне застосування лікарями професійних блогів, YouTube-каналів, подкастів, вебінарів, онлайн-лекцій, інтерактивних консультацій, інформаційних кампаній у соціальних мережах, а також спеціалізованих платформ безперервної медичної освіти. Значний внесок у популяризацію медичного просвітництва здійснюють офіційні інформаційно-комунікаційні ресурси Центру громадського здоров'я МОЗ України [153; 161], професійні освітні платформи OpenLikar [193], TESIMED [202], а також цифрові ресурси медичних університетів і професійних медичних спільнот.

У сучасних умовах воєнного стану цифрові комунікації набувають особливої соціальної значущості. Саме через цифрові ресурси населення отримує інформацію щодо доступності медичних послуг, програм реабілітації, психологічної підтримки, донорства, профілактики інфекційних захворювань, надання домедичної допомоги, функціонування мобільних аптечних пунктів, державних програм забезпечення лікарськими засобами та інших життєво важливих сервісів. Таким чином, цифрові технології забезпечують не лише інформування населення, а й підтримують його соціальну адаптацію в кризових умовах.

Водночас ефективність цифрового просвітництва визначається не стільки використанням сучасних інформаційних технологій, скільки професійною готовністю лікаря до здійснення цифрової комунікації, що передбачає здатність адаптувати складну медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, створювати доступний медіаконтент, використовувати інтерактивні форми взаємодії, дотримуватися норм професійної етики та академічної

добросовісності, забезпечувати доказовість і достовірність інформаційних повідомлень.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, можемо зробити висновок, що цифрово-комунікаційний напрям просвітницької діяльності лікаря є закономірним результатом цифрової трансформації сучасної системи охорони здоров'я та відкриває нові можливості для поширення доказової медичної інформації, розвитку медичної грамотності населення й формування здоров'язбережувальної поведінки. Реалізація цього напрямку потребує від лікаря сформованості цифрової, комунікативної, медіаінформаційної та педагогічної компетентностей, здатності ефективно використовувати сучасні цифрові технології для професійної взаємодії з різними категоріями населення. Відтак у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів важливим завданням є формування готовності до здійснення цифрово-комунікаційної просвітницької діяльності, що забезпечує їхню конкурентоспроможність, професійну мобільність та ефективне виконання просвітницької функції в умовах цифровізації суспільства.

Проведений теоретичний аналіз наукових джерел дозволив встановити, що просвітницька діяльність лікаря є багатокомпонентним видом професійної діяльності, який не обмежується інформуванням населення щодо окремих медичних питань. Вона охоплює широкий спектр професійних функцій, спрямованих на формування медичної грамотності населення, профілактику захворювань, підтримку пацієнтів у процесі лікування та реабілітації, збереження психічного здоров'я, професійний розвиток медичних працівників і використання сучасних цифрових технологій для поширення науково обґрунтованої медичної інформації.

Аналіз сучасних медичних, педагогічних, психологічних і міждисциплінарних досліджень засвідчив, що кожен із розглянутих напрямів характеризується власною метою, специфічними завданнями, особливостями організації взаємодії, цільовими аудиторіями та засобами реалізації. Водночас їх

доцільно розглядати не як самотійні ізольовані складові, а як взаємопов'язані компоненти єдиної системи просвітницької діяльності лікаря, ефективність функціонування якої забезпечується їх комплексною реалізацією.

Профілактично-превентивний напрям орієнтує діяльність лікаря на формування здоров'язбережувальної поведінки та попередження розвитку захворювань. Консультативний напрям забезпечує партнерську взаємодію з пацієнтом, сприяє усвідомленому прийняттю медичних рішень та підвищує прихильність до лікування. Реабілітаційно-абілітаційний напрям супроводжує процес відновлення фізичного, психологічного й соціального функціонування людини. Медико-психологічний напрям забезпечує формування культури психічного здоров'я, психоедукацію та психологічну підтримку різних категорій населення. Професійно-освітній напрям спрямований на безперервний професійний розвиток медичних працівників, тоді як цифрово-комунікаційний забезпечує ефективне використання сучасного інформаційного простору для поширення доказових медичних знань і розвитку медичної грамотності населення.

Таким чином, кожний із визначених напрямів відображає окремий аспект професійної діяльності лікаря, однак лише їх інтеграція забезпечує цілісну реалізацію просвітницької функції сучасного медичного працівника. Саме така інтеграція відповідає сучасним тенденціям розвитку системи охорони здоров'я, яка дедалі більше орієнтується на пацієнтоорієнтованість, міждисциплінарну взаємодію, профілактичну спрямованість, безперервний професійний розвиток та цифрову трансформацію медичних послуг.

Водночас проведений аналіз дозволяє стверджувати, що реалізація кожного із зазначених напрямів потребує від лікаря не лише високого рівня професійної медичної компетентності, а й сформованості педагогічної, комунікативної, психологічної, цифрової та міждисциплінарної компетентностей. Саме вони забезпечують здатність ефективно здійснювати просвітницьку діяльність у різних соціальних середовищах, взаємодіяти з різними категоріями населення, адаптувати

медичну інформацію до потреб конкретної аудиторії та використовувати сучасні технології професійної комунікації.

Отже, результати проведеного теоретичного аналізу дали підстави систематизувати основні напрями просвітницької діяльності лікаря, які в сукупності утворюють цілісну систему його просвітницької функції (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Система напрямів просвітницької діяльності лікаря

Представлена система напрямів просвітницької діяльності лікаря (рис. 1.1), дозволяє простежити, що сучасне медичне просвітництво має поліфункціональний характер і реалізується у різних площинах професійної діяльності лікаря. При цьому кожний напрям виконує самостійну функцію, однак лише їх інтеграція забезпечує комплексний вплив на здоров'язбережувальну поведінку населення, медичну грамотність, психологічне благополуччя та професійний розвиток медичної спільноти.

Особливістю запропонованої систематизації є те, що вона об'єднує клінічні, педагогічні, психологічні, соціальні та цифрові аспекти професійної діяльності лікаря в єдину систему просвітницької діяльності.

Отже, систематизація напрямів просвітницької діяльності лікаря дала змогу визначити змістове поле професійної підготовки майбутніх фахівців до її здійснення. Водночас ефективна реалізація кожного з окреслених напрямів потребує відповідної організації освітнього процесу, інтеграції знань різних галузей медицини, психології, педагогіки та комунікації. Саме це актуалізує необхідність аналізу сучасних тенденцій підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що становить предмет наступного підрозділу дослідження.

Проведений аналіз наукових джерел засвідчив, що ефективність просвітницької діяльності лікаря визначається не лише рівнем його клінічної компетентності, а й здатністю здійснювати професійну комунікацію, адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій та організовувати процес її усвідомленого засвоєння. Саме тому в сучасній медичній науці просвітницька діяльність дедалі частіше розглядається на перетині медицини, педагогіки, психології та комунікації, а її реалізація ґрунтується на низці концепцій, що визначають сучасні підходи до взаємодії лікаря з пацієнтом і суспільством.

У міжнародному науковому дискурсі однією з базових концепцій виступає *patient education*, відповідно до якої пацієнт розглядається не як пасивний отримувач медичної допомоги, а як активний учасник лікувального процесу. Метою такої взаємодії є не лише передача медичної інформації, а й формування в пацієнта знань, умінь і відповідального ставлення до власного здоров'я, необхідних для усвідомленої участі у профілактиці захворювань, лікуванні та реабілітації. У цьому контексті лікар виконує роль не лише клініциста, а й педагога, консультанта та фасилітатора процесу навчання пацієнта (Дж. ДеМарко (*J. DeMarco*), М. Ністром

(*M. Nystrom*) [168], Дж. Сільверман (*J. Silverman*), С. Куртц (*S. Kurtz*), Дж. Дрейпер (*J. Draper*) [198]).

Важливим розвитком концепції *patient education* стало формування підходу *health literacy* (медична грамотність), який у сучасній медицині розглядається як один із ключових показників ефективності взаємодії системи охорони здоров'я з населенням. Як зазначає Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192], медична грамотність охоплює не лише здатність людини отримувати медичну інформацію, а й уміння критично її оцінювати, інтерпретувати та використовувати для прийняття обґрунтованих рішень щодо власного здоров'я. Відповідно, результативність просвітницької діяльності лікаря значною мірою залежить від того, наскільки він уміє адаптувати професійну інформацію до рівня підготовленості, вікових, соціальних і психологічних особливостей конкретної аудиторії (К. Соренсен (*K. Sørensen*) та ін. [200]).

Подальший розвиток міжнародних підходів до просвітницької діяльності лікаря відбувався у межах концепцій доказової та пацієнтоорієнтованої медицини. Теоретичне підґрунтя сучасної моделі *patient education* сформувалося у працях Дж. ДеМарко (*J. DeMarco*), М. Ністром (*M. Nystrom*) [168], Дж. Сільвермана (*J. Silverman*), С. Куртца (*S. Kurtz*), Дж. Дрейпера (*J. Draper*) [198], які обґрунтували необхідність переходу від простого інформування пацієнта до його активного навчання, партнерської взаємодії та усвідомленої участі у процесі лікування.

Вагомий внесок у розвиток концепції *health literacy* здійснив Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192], який розглядав медичну грамотність як сукупність когнітивних і соціальних навичок, необхідних людині для отримання, розуміння та використання інформації щодо збереження здоров'я. Саме ці наукові підходи стали основою подальшого розвитку сучасних комунікативних технологій медичного просвітництва.

Подальший розвиток комунікативно-педагогічного підходу до просвітницької діяльності лікаря пов'язаний із впровадженням технологій, що забезпечують не

лише передачу інформації, а й перевірку її розуміння пацієнтом та його активне залучення до процесу лікування. Сучасна пацієнтоорієнтована медицина орієнтується на використання комунікативних практик, які забезпечують ефективний зворотний зв'язок між лікарем і пацієнтом, сприяють усвідомленому прийняттю клінічних рішень та підвищують прихильність пацієнтів до лікування [168; 198; 209].

Одним із ефективних інструментів такої взаємодії є метод *teach-back*, що ґрунтується на принципі зворотного зв'язку між лікарем і пацієнтом. Його сутність полягає в тому, що після надання медичної інформації лікар пропонує пацієнтові власними словами пояснити отримані рекомендації, алгоритм лікування або особливості подальших дій. Такий підхід дає змогу своєчасно виявити неправильне розуміння інформації, скоригувати пояснення та мінімізувати ризики помилок під час виконання медичних рекомендацій. Д. Шиллінгер (*D. Schillinger*), Дж. Піетт (*J. Piette*), К. Грумбах (*K. Grumbach*) та ін. [199] доводять, що використання подібних комунікативних технологій істотно підвищує прихильність пацієнтів до лікування, покращує результати терапії та сприяє розвитку партнерської взаємодії між лікарем і пацієнтом.

Не менш важливим сучасним підходом є концепція *shared decision making* (спільного ухвалення рішень), відповідно до якої лікувальна стратегія визначається не одноосібно лікарем, а шляхом професійного діалогу з пацієнтом. У межах цієї концепції лікар забезпечує пацієнта повною, достовірною та зрозумілою інформацією щодо можливих варіантів лікування, їхніх переваг і ризиків, тоді як пацієнт бере активну участь у виборі найбільш прийняттого рішення з урахуванням власних цінностей, життєвих обставин та індивідуальних потреб [168; 198]. Такий підхід сприяє формуванню відповідального ставлення пацієнта до власного здоров'я, підвищує рівень довіри до лікаря та забезпечує реалізацію принципів пацієнтоорієнтованої медицини.

Концепція *shared decision making* сьогодні є одним із провідних напрямів розвитку пацієнтоорієнтованої медицини й широко використовується у міжнародних рекомендаціях щодо забезпечення якості медичної допомоги. Її реалізація ґрунтується на ефективній комунікації між лікарем і пацієнтом, взаємній довірі, доступності медичної інформації та активній участі пацієнта у процесі лікування [198; 209].

Аналіз зазначених концепцій дозволяє констатувати, що сучасна просвітницька діяльність лікаря вже не зводиться до одностороннього інформування населення. Вона передбачає організацію конструктивного професійного діалогу, під час якого лікар не лише передає медичні знання, а й створює умови для їх усвідомлення, критичного осмислення та практичного використання пацієнтом. За таких умов комунікація набуває виразно педагогічного характеру, оскільки її результатом стає зміна знань, ставлень і поведінки людини щодо власного здоров'я.

Таким чином, концепції *patient education*, *health literacy*, *teach-back* та *shared decision making* відображають сучасну парадигму просвітницької діяльності лікаря, у межах якої медична допомога поєднується з навчанням, консультуванням і розвитком медичної грамотності населення (див. табл. 1.1). Це дає підстави розглядати просвітницьку діяльність лікаря як специфічний вид професійної медико-педагогічної взаємодії, що потребує сформованості не лише клінічних, а й комунікативних, педагогічних, психологічних та етичних компетентностей.

Водночас сучасне медичне просвітництво ґрунтується на принципах доказової медицини (*Evidence-Based Medicine*), що передбачає використання лише науково підтверджених даних, сучасних клінічних рекомендацій та міжнародних стандартів медичної допомоги. Саме доказовість визначає достовірність просвітницької інформації, яку лікар транслює різним категоріям населення, забезпечує її наукову обґрунтованість і є необхідною умовою формування довіри до системи охорони здоров'я. У цьому контексті принцип доказовості виступає

методологічною основою організації просвітницької діяльності лікаря та визначає зміст, форми і способи комунікації з пацієнтами й різними соціальними групами.

Таблиця 1.1

**Характеристика сучасних комунікативно-педагогічних концепцій
просвітницької діяльності лікаря**

Концепція	Сутність концепції	Значення для просвітницької діяльності лікаря	Професійні компетентності лікаря, що забезпечують реалізацію концепції
Patient education	Розглядає пацієнта як активного учасника лікувального процесу, а лікаря – як наставника, консультанта та організатора навчання.	Сприяє формуванню усвідомленої участі пацієнта у профілактиці, лікуванні та реабілітації, підвищує прихильність до виконання медичних рекомендацій.	Педагогічна – організація процесу навчання пацієнта; комунікативна – доступне пояснення складної медичної інформації; етична – дотримання принципів поваги до особистості та партнерської взаємодії.
Health literacy	Орієнтована на розвиток здатності людини знаходити, розуміти, критично оцінювати та використовувати інформацію щодо збереження здоров'я.	Забезпечує підвищення медичної грамотності населення, формування здоров'язбережувальної поведінки та відповідального ставлення до власного здоров'я.	Комунікативна – адаптація інформації до різних аудиторій; цифрова – використання сучасних інформаційних ресурсів; просвітницька – популяризація доказової медицини; інформаційно-аналітична – відбір і критична оцінка медичної інформації.
Teach-back	Передбачає перевірку правильності розуміння пацієнтом отриманої інформації шляхом її відтворення власними словами.	Дозволяє своєчасно виявити непорозуміння, підвищує ефективність лікування та знижує ризик помилок під час виконання рекомендацій.	Педагогічна – організація зворотного зв'язку; комунікативна – побудова ефективного діалогу; рефлексивна – оцінювання результатів взаємодії; психологічна – урахування індивідуальних особливостей пацієнта.
Shared decision making	Передбачає спільне ухвалення клінічних рішень лікарем і пацієнтом на основі доказової інформації та цінностей пацієнта.	Формує партнерські взаємини, підвищує довіру до лікаря, відповідальність пацієнта за власне лікування та мотивацію до виконання рекомендацій.	Комунікативна – ведення професійного діалогу; етична – повага до автономії пацієнта; психологічна – розвиток емпатії; консультативна – аргументоване обговорення альтернатив лікування та підтримка прийняття рішень.
Evidence-Based	Використання найкращих сучасних наукових доказів,	Забезпечує наукову достовірність просвітницької	Клінічна – використання сучасних клінічних рекомендацій та доказових

Medicine (EBM)	клінічних рекомендацій та професійного досвіду під час прийняття медичних рішень.	інформації, формує довіру пацієнтів до медичних рекомендацій, протидіє поширенню псевдонаукових уявлень і медичної дезінформації.	медичних технологій; інформаційно-аналітична – пошук, критичний аналіз і інтерпретація наукових доказів; критичне мислення – оцінювання достовірності медичної інформації та протидія псевдонауковим твердженням; цифрова – ефективне використання міжнародних електронних баз доказової медицини й цифрових інформаційних ресурсів; етична – відповідальне застосування науково обґрунтованих рекомендацій з урахуванням інтересів і потреб пацієнта
----------------	---	---	---

Концептуальні засади доказової медицини були сформульовані у працях Д. Сакетта (*D. L. Sackett*), В. Розенберга (*W. M. C. Rosenberg*), Дж. Муїра Грея (*J. A. Muir Gray*), Р. Гейнса (*R. B. Haynes*) та В. Річардсона (*W. S. Richardson*), які визначили доказову медицину як свідоме, чітке й обґрунтоване використання найкращих сучасних наукових доказів під час прийняття клінічних рішень [197].

Аналіз даних, наведених у табл. 1.1, свідчить, що сучасні міжнародні концепції просвітницької діяльності лікаря ґрунтуються на спільній методологічній ідеї – переході від традиційної моделі одностороннього інформування пацієнта до моделі партнерської взаємодії, заснованої на професійній комунікації, навчанні, взаєморозумінні та спільному прийнятті рішень. Незважаючи на відмінності у змістових акцентах, усі розглянуті концепції орієнтовані на формування активної позиції пацієнта у процесі збереження власного здоров'я, розвиток його медичної грамотності, відповідального ставлення до профілактики, лікування та реабілітації.

Водночас проведене узагальнення дозволяє зробити важливий для нашого дослідження висновок: реалізація сучасних концепцій медичного просвітництва забезпечується не окремими професійними вміннями лікаря, а інтегрованим комплексом взаємопов'язаних компетентностей. Їх аналіз засвідчив, що поряд із високим рівнем клінічної підготовки особливого значення набувають педагогічна

компетентність, яка забезпечує організацію процесу навчання пацієнта; комунікативна – спрямована на встановлення конструктивної взаємодії та адаптацію медичної інформації до особливостей різних цільових аудиторій; психологічна – необхідна для врахування емоційного стану, індивідуальних потреб і мотивації пацієнта; цифрова – забезпечує ефективне використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій у просвітницькій діяльності; етична – виступає основою партнерських взаємин, довіри та поваги до автономії пацієнта; рефлексивна – сприяє оцінюванню результативності професійної взаємодії та її подальшому вдосконаленню.

Отже, результати проведеного аналізу дають підстави розглядати просвітницьку діяльність лікаря як специфічний вид медико-педагогічної діяльності, ефективність якої визначається інтеграцією клінічної, педагогічної, психологічної, комунікативної та цифрової складових професійної підготовки. Саме тому формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності має здійснюватися як цілісний педагогічний процес, спрямований на розвиток інтегрованого комплексу компетентностей, що забезпечують здатність ефективно взаємодіяти з різними соціальними групами, здійснювати медичне просвітництво та популяризувати принципи доказової медицини в умовах сучасних суспільних викликів.

Як засвідчив проведений аналіз наукових джерел [164; 192; 197], ефективність просвітницької діяльності лікаря визначається не лише її змістом, а й дотриманням сукупності принципів, використанням адекватних методів і вибором організаційних форм взаємодії з різними категоріями населення. Саме вони забезпечують наукову обґрунтованість просвітницького процесу, його педагогічну доцільність, комунікативну ефективність та практичну результативність. Варто означити, що принципові настанови у медичному просвітництві, висвітлені фахівцями зарубіжних країн та українськими науковцями, мають як спільні риси, так і певні

розбіжності. Так, у зарубіжних працях засадничими положеннями означені такі принципи:

- доказовості (evidence-based medicine (EBM) та evidence-based public health), де інформаційні та освітні втручання розглядаються як інтервенції, що мають підлягати такій самій перевірці, як і клінічні методи лікування [197];

- автономії та поваги до гідності – як здатність людини самостійно ухвалювати рішення щодо власного здоров'я – без маніпулювань та примусів, а отже, деталізація принципу стосується прозорості інформації, відсутності прихованого впливу, права на вибір [164];

- благодіяння (beneficence) – як орієнтація на конкретну мету стосовно покращення здоров'я людини, відсутність нейтральності у змісті інформації [164; 197];

- недопущення шкоди (non-maleficence) – як пропорційність та відповідальність інформації, що спрямовує її представленню без ризиків викликати у споживача паніку, посилити стигму, спричинити страх без способу дії [164; 197];

- доступності та зрозумілості (health literacy) – інформація має бути представлена із урахуванням рівня можливості її адекватно сприйняти споживачем: мовно доступною, культурно адаптованою, поданою у зрозумілій формі [192; 200];

- соціальної справедливості – як урахування інтересів вразливих груп населення: людей з низьким доступом до медичних послуг, осіб з інвалідністю, мешканців кризових регіонів – що в цілому дозволяє забезпечувати рівний доступ до інформації [195; 212];

- культурної чутливості – як урахування локальних традицій, релігійних переконань, що знижує рівень спротиву або недовіри населення [186];

- партнерства (empowerment) – як залучення громади до взаємодії [195];

- відповідальності за комунікаційні наслідки – як оцінка організаторами можливих побічних ефектів, ризику стигматизації, довготривалих наслідків [192; 213].

Отже, зарубіжні науковці багато в чому орієнтуються на етику взаємодії медичних працівників та клієнтів, зокрема виокремлюючи значущість поваги індивідуальності споживача (клієнта) та його вибору, балансу впливу та недопущення шкоди, партнерства у комунікації.

На відміну від зарубіжної традиції, в українському науковому дискурсі система принципів організації медичного просвітництва більшою мірою акцентує увагу на соціальному контексті здоров'я та розглядає пацієнта не лише як автономного суб'єкта прийняття рішень, а й як представника певної соціальної спільноти, на поведінку якого впливають соціальні, культурні та економічні чинники. Так, науковці визначають такі принципи:

- доказовості та наукової обґрунтованості – як умову довіри населення до профілактичної медицини. Цей принцип обумовлює необхідність опертя на сучасні наукові дані, клінічні настанови, перевірені епідеміологічні показники, що виключає використання неперевіраних тверджень, побутових уявлень та псевдонаукових рекомендацій у просвітницькій діяльності [14; 134];

- доступності та зрозумілості інформації – із урахуванням освітнього рівня, віку, соціального статусу, психоемоційного стану споживачів, натомість недостатня зрозумілість медичної інформації розглядається як бар'єр ефективної профілактики та лікування [46; 91];

- пацієнторієнтованості та партнерства – передбачає активне залучення пацієнта до ухвалення рішень щодо власного здоров'я [10; 17];

- профілактичної спрямованості – як орієнтованість саме на попередження захворювань, формування здоров'язберезливої поведінки, мінімізацію факторів ризику та розвиток відповідального ставлення людини до власного здоров'я [36; 40; 134];

- етичності та недопущення шкоди – як убезпечення від надмірної тривоги, страху, стигматизації або почуття провини у пацієнтів з тяжкими захворюваннями та у кризових станах [6; 35];

– соціальної орієнтації та справедливості – урахування соціальної нерівності у доступі до медичної допомоги, а також потреби вразливих груп населення – при цьому просвітницька діяльність розглядається як інструмент подолання соціальних і медичних диспропорцій [18; 82; 118];

– системності та міждисциплінарності – просвітництво розглядається як складова системи охорони здоров'я, що забезпечує комплексний характер формування здоров'язбережувальної поведінки населення [25; 26; 42; 49; 51];

– психічної безпеки та дестигматизації – як необхідність зниження стигматизації психічних розладів, формування позитивного ставлення до звернення по психологічну та психіатричну допомогу і підтримки психічного благополуччя населення [55; 72; 156].

Отже, на відміну від зарубіжної традиції, у якій домінують біоетичні та комунікативні засади взаємодії лікаря і пацієнта, українські дослідження значною мірою акцентують увагу на соціальній функції медичного просвітництва, його профілактичній спрямованості, інтеграції медичних, психологічних, педагогічних і соціальних підходів. Водночас спільними для обох наукових традицій є орієнтація на доказовість, доступність інформації, партнерську взаємодію та відповідальність за результати просвітницького впливу. Саме зазначені принципи визначають характер взаємодії лікаря з пацієнтом, впливають на вибір методів комунікації та забезпечують досягнення просвітницької мети (табл. 1.2).

Проведений аналіз засвідчив, що принципи визначають не лише загальну філософію просвітницької діяльності лікаря, а й безпосередньо впливають на вибір методів та організаційних форм взаємодії з різними категоріями населення. Саме тому їх реалізація має здійснюватися комплексно, забезпечуючи цілісність медико-педагогічного процесу.

Відповідно до визначених принципів добираються методи реалізації просвітницької діяльності лікаря, які забезпечують досягнення її освітньої, профілактичної, консультативної та соціальної мети. На відміну від клінічної

діяльності, де основним об'єктом професійного впливу є патологічний процес, у просвітницькій діяльності центральним об'єктом виступає людина як суб'єкт збереження власного здоров'я. Саме тому вибір методів визначається не лише змістом медичної інформації, а й особливостями цільової аудиторії, рівнем її медичної грамотності, віком, попереднім досвідом, психоемоційним станом, мотивацією та готовністю до зміни поведінки [40; 134; 192; 200].

Таблиця 1.2

Система принципів просвітницької діяльності лікаря

Принцип	Зміст принципу	Практичне значення для просвітницької діяльності лікаря
Доказовості	Використання сучасних науково підтверджених медичних знань	Забезпечує достовірність інформації та довіру населення
Пацієнтоорієнтованості	Урахування потреб, цінностей і особливостей пацієнта	Формує партнерську взаємодію
Доступності	Адаптація інформації до рівня сприйняття аудиторії	Підвищує медичну грамотність
Етичності	Повага до автономії особистості та недопущення шкоди	Забезпечує довіру до лікаря
Міждисциплінарності	Інтеграція медичних, психологічних, педагогічних і соціальних знань	Підвищує комплексність просвітництва
Соціальної відповідальності	Орієнтація на потреби громади та громадського здоров'я	Сприяє розвитку культури здоров'язбереження

У сучасних дослідженнях методи медичного просвітництва розглядаються як сукупність способів професійної взаємодії лікаря з окремою особою, групою або громадою, спрямованих на формування знань про здоров'я, розвиток здоров'язбережувальної поведінки, підвищення прихильності до лікування, профілактики та реабілітації. Їх ефективність забезпечується поєднанням інформаційних, комунікативних, практикоорієнтованих, інтерактивних і цифрових

технологій навчання, що дозволяє адаптувати просвітницьку діяльність до сучасних соціальних викликів та інформаційного середовища [17; 40; 91; 125; 134].

Вибір конкретного методу залежить від завдань просвітницької діяльності, кількісного складу аудиторії, рівня її підготовленості, характеру медичної проблеми та очікуваних результатів взаємодії. На практиці найвищу результативність забезпечує комплексне використання різних методів, коли традиційні форми усної комунікації поєднуються із засобами візуалізації, практичним навчанням, інтерактивною взаємодією та цифровими інформаційними ресурсами. Саме така інтеграція створює умови для активного залучення пацієнтів до процесу збереження здоров'я, формування відповідального ставлення до профілактики захворювань і розвитку партнерських відносин між лікарем та пацієнтом [17; 46; 91; 125; 134].

Узагальнення результатів аналізу наукових джерел дало змогу систематизувати основні методи реалізації просвітницької діяльності лікаря відповідно до їх функціонального призначення (табл. 1.3).

Вивчення наукової літератури дозволило дійти висновку, що вибір організаційної форми просвітницької діяльності визначається не лише її змістом, а й особливостями цільової аудиторії, характером медичної проблеми, поставленою метою та умовами реалізації просвітницького впливу [35; 40; 91; 125; 134]. Сучасний лікар здійснює просвітницьку діяльність у взаємодії з різними соціальними групами, які відрізняються за віком, станом здоров'я, рівнем медичної грамотності, соціальним досвідом, психологічними особливостями та інформаційними потребами. Відповідно, ефективність просвітницької діяльності безпосередньо залежить від здатності лікаря адаптувати зміст, методи та форми комунікації до особливостей конкретної аудиторії.

У сучасній медичній практиці організаційні форми просвітницької діяльності дедалі частіше реалізуються не ізольовано, а у взаємозв'язку між собою. Індивідуальне консультування може поєднуватися з груповими інформаційними заняттями, тренінговими формами роботи, дистанційними консультаціями та

масовими інформаційними кампаніями. Така інтеграція забезпечує безперервність просвітницького впливу, розширює можливості взаємодії з різними категоріями населення та підвищує ефективність формування здоров'язбережувальної поведінки.

Таблиця 1.3

Методи реалізації просвітницької діяльності лікаря

Метод	Призначення	Приклади реалізації у просвітницькій діяльності лікаря
Усна комунікація	Передача медичної інформації, формування довіри, роз'яснення особливостей профілактики, лікування та реабілітації	індивідуальні консультації, бесіди, лекції, інформаційні зустрічі, відповіді на запитання пацієнтів, профілактичні виступи
Візуалізація	Полегшення сприйняття складної медичної інформації, підвищення рівня її запам'ятовування	плакати, буклети, пам'ятки, інфографіка, презентації, відеоматеріали, демонстраційні моделі
Практичне навчання	Формування практичних умінь і здоров'язбережувальних навичок	тренінги, майстер-класи, навчання користуванню медичними виробами, відпрацювання навичок само- та взаємодопомоги, симуляційні заняття
Цифрові методи	Забезпечення доступності медичної інформації та безперервності просвітницької взаємодії	вебінари, онлайн-консультування, соціальні мережі, медичні блоги, подкасти, відеолекції, мобільні застосунки
Інтерактивні методи	Активізація пізнавальної діяльності, розвиток критичного мислення та залучення аудиторії до взаємодії	дискусії, аналіз клінічних ситуацій, рольові ігри, кейс-метод, метод <i>teach-back</i> , спільне обговорення клінічних рішень (<i>shared decision making</i>)

Узагальнення результатів аналізу наукових джерел дозволило систематизувати основні організаційні форми просвітницької діяльності лікаря відповідно до їх функціонального призначення та особливостей взаємодії з різними цільовими аудиторіями (табл. 1.4). Як свідчать наведені у таблиці 1.4 дані, кожна організаційна форма має власну сферу застосування та забезпечує досягнення різних просвітницьких цілей. Індивідуальні форми є найбільш ефективними під час

консультування пацієнтів і членів їхніх родин, оскільки дають змогу врахувати індивідуальні особливості людини, рівень її медичної грамотності та психоемоційний стан. Групові форми доцільні для роботи з аудиторіями, об'єднаними спільними віковими, професійними або соціальними характеристиками. Масові та дистанційні форми забезпечують широке охоплення населення й особливої актуальності набувають у сучасному цифровому інформаційному просторі. Тренінгові форми є найбільш результативними у процесі формування практичних навичок, розвитку здоров'язбережувальної поведінки та підготовки населення до дій у кризових ситуаціях.

Таблиця 1.4

Форми організації просвітницької діяльності лікаря

Форма	Характеристика	Цільова аудиторія
Індивідуальна	Консультування конкретного пацієнта	пацієнти, члени родини
Групова	Робота з визначеною соціальною групою	школярі, студенти, вагітні, люди похилого віку
Масова	Інформаційні кампанії	населення громад
Дистанційна	Онлайн-взаємодія	широкі верстви населення
Тренінгова	Формування практичних навичок	населення, медичні працівники, військові

До найбільш значущих цільових аудиторій медичного просвітництва належать дитячі колективи та їхні батьки, пацієнти з хронічними й тяжкими захворюваннями та члени їхніх родин, працівники підприємств зі шкідливими умовами праці, мешканці територій із підвищеними екологічними ризиками, внутрішньо переміщені особи, військовослужбовці, ветерани та інші категорії населення, які потребують спеціалізованого медико-психологічного супроводу. Для кожної з цих груп характерними є власні інформаційні запити, що визначають зміст просвітницької роботи лікаря.

Узагальнення результатів аналізу наукових джерел дало підстави стверджувати, що вибір організаційної форми просвітницької діяльності визначається не лише її змістом, а й особливостями цільової аудиторії, характером медичної проблеми, поставленою метою та умовами реалізації просвітницького впливу [35; 40; 91; 125; 134].

Особливої актуальності в сучасних умовах набуває використання цифрових форм просвітницької діяльності, які забезпечують оперативність поширення медичної інформації, її доступність, інтерактивність та можливість постійного оновлення відповідно до суспільних потреб. Цифровізація системи охорони здоров'я суттєво трансформувала традиційні підходи до медичного просвітництва, розширивши його інформаційно-комунікаційні можливості та аудиторію.

Важливо зазначити, що сучасне медичне просвітництво активно реалізується не лише у закладах охорони здоров'я, а й у цифровому інформаційному просторі. Аналіз сучасних медіаресурсів свідчить про формування цілісної системи цифрової медичної едукції, яка охоплює офіційні інформаційні платформи органів державної влади, професійні освітні ресурси, спеціалізовані медичні портали, симуляційні центри, тематичні інформаційні канали та авторські просвітницькі проекти практикуючих лікарів. Зокрема, важливу роль у поширенні доказової медичної інформації відіграють ресурси Центру громадського здоров'я МОЗ України [153; 161], платформа OpenLika [191], TESIMED – Center for Medical Simulation [202], інформаційні ресурси MSD [190], а також цифрові просвітницькі проекти закладів вищої медичної освіти й професійних медичних спільнот.

Поряд із ресурсами, орієнтованими на населення, активно розвиваються цифрові платформи безперервного професійного розвитку медичних працівників, що забезпечують доступ до сучасних клінічних рекомендацій, симуляційного навчання, професійних вебінарів, дистанційних курсів та навчально-методичних матеріалів [190; 191; 202]. Це сприяє не лише професійному вдосконаленню лікарів, а й підвищенню якості їхньої просвітницької діяльності.

Таким чином, аналіз сучасного цифрового інформаційного простору свідчить, що медичне просвітництво дедалі більше набуває ознак цілісної цифрової екосистеми, у межах якої взаємодіють державні установи, професійні спільноти, заклади медичної освіти, громадські організації та практикуючі лікарі. Це забезпечує безперервність просвітницької діяльності, значно розширює її аудиторію та створює нові можливості для популяризації принципів доказової медицини.

Водночас стрімкий розвиток цифрового інформаційного простору супроводжується поширенням явища інфодемії (*infodemic*) – надлишкового потоку недостовірної, суперечливої або маніпулятивної медичної інформації, що ускладнює прийняття населенням обґрунтованих рішень щодо власного здоров'я. У відповідь на цей виклик Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO) запропонувала концепцію управління інфодемією (*Infodemic Management*), відповідно до якої одним із важливих професійних завдань медичних працівників є своєчасне поширення доказової інформації, протидія поширенню медичної дезінформації, недостовірних рекомендацій та псевдонаукових уявлень та формування навичок критичного оцінювання інформаційних джерел у різних груп населення. Таким чином, сучасний лікар дедалі більше виконує роль не лише клінічного фахівця, а й відповідального комунікатора та провідника доказових медичних знань у цифровому інформаційному просторі [213; 215].

Проведений аналіз сучасних інформаційних ресурсів дозволив виокремити кілька пріоритетних тематичних напрямів цифрового медичного просвітництва, що відображають актуальні потреби українського суспільства в умовах воєнного стану та реформування системи охорони здоров'я. До них належать інформаційна підтримка населення щодо доступності лікарських засобів (Програма «Доступні ліки» [30], інформаційний ресурс про мобільні аптечні пункти, зокрема Мобільні аптечні пункти [81]), популяризація донорського руху (платформа Donor.ua), розвиток системи психічного здоров'я та психологічної підтримки населення (оглядовий ресурс #ЩоТам [163]), а також інформаційний супровід громадян, які

потребують високоспеціалізованої медичної допомоги, зокрема через програми медичного туризму [73].

Наведені приклади переконливо свідчать, що сучасне медичне просвітництво трансформується із сукупності окремих санітарно-просвітницьких заходів у цілісну цифрову інформаційно-комунікаційну систему, яка інтегрує діяльність державних інституцій, закладів охорони здоров'я, професійних спільнот, громадських організацій та цифрових платформ. За цих умов лікар виступає не лише носієм професійних знань, а й активним суб'єктом формування інформаційного простору громадського здоров'я, здатним забезпечувати населення достовірною, доказовою та соціально значущою медичною інформацією.

Отже, результати проведеного теоретичного аналізу дозволяють констатувати, що в сучасних умовах просвітницька діяльність перестає бути другорядною складовою професійної діяльності лікаря і набуває статусу однієї з його ключових професійних функцій. Її зміст значно виходить за межі традиційного інформування пацієнта й охоплює профілактично-превентивний, консультативний, реабілітаційно-абілітаційний, медико-психологічний, професійно-освітній та цифрово-комунікаційний напрями діяльності, спрямовані на формування медичної грамотності населення, розвиток культури здоров'язбереження, підтримку пацієнтів на різних етапах медичної допомоги та популяризацію принципів доказової медицини.

Проведений аналіз сучасних міжнародних концепцій (*patient education, health literacy, teach-back, shared decision making*) засвідчив, що ефективність просвітницької діяльності визначається не лише професійною компетентністю лікаря, а й його здатністю здійснювати педагогічно доцільну комунікацію, адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, організовувати партнерську взаємодію та забезпечувати активну участь пацієнта у процесі збереження і відновлення здоров'я. Зазначене дозволяє розглядати просвітницьку діяльність як специфічний різновид медико-педагогічної взаємодії, у

якій професійні знання лікаря поєднуються з комунікативними, психологічними та педагогічними технологіями впливу.

Встановлено, що реалізація просвітницької діяльності ґрунтується на системі взаємопов'язаних принципів, методів і форм, які забезпечують її наукову обґрунтованість, гуманістичну спрямованість, комунікативну ефективність та практичну результативність. Водночас вибір конкретних методів і організаційних форм визначається особливостями цільової аудиторії, змістом просвітницьких завдань, рівнем цифровізації суспільства, сучасними викликами розвитку системи охорони здоров'я та необхідністю протидії медичній дезінформації.

Таким чином, результати проведеного аналізу дають підстави розглядати просвітницьку діяльність лікаря як інтегративний вид професійної діяльності, що формується на перетині клінічної практики, медичної педагогіки, психології, громадського здоров'я, професійної комунікації та цифрових технологій. Саме така багатовимірність просвітницької функції зумовлює необхідність пошуку нових підходів до її формування у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів. Проведений аналіз також засвідчив, що жоден із розглянутих напрямів просвітницької діяльності не може бути ефективно реалізований у межах лише однієї медичної дисципліни. Їх практичне забезпечення потребує інтеграції клінічних, психолого-педагогічних, комунікативних, соціальних та цифрових знань, що ще раз підтверджує доцільність використання міждисциплінарної інтеграції як методологічної основи професійної підготовки майбутніх лікарів.

Одним із найбільш перспективних методологічних підходів до розв'язання цього завдання є міждисциплінарна інтеграція, теоретичні засади та освітній потенціал якої стануть предметом аналізу в наступному підрозділі дослідження.

1.2. Сучасні тенденції підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції

Результати проведеного у попередньому підрозділі теоретичного аналізу засвідчили, що просвітницька діяльність сучасного лікаря має інтегративний характер і охоплює профілактичний, консультативний, реабілітаційний, медико-психологічний, комунікативний, педагогічний та цифровий напрями професійної діяльності. Очевидно, що формування готовності майбутнього лікаря до виконання такої багатовекторної професійної функції не може забезпечуватися засобами окремої навчальної дисципліни. Вона потребує цілісної інтеграції знань, умінь, способів професійної діяльності та досвіду міждисциплінарної взаємодії, що набуває особливого значення в умовах модернізації медичної освіти.

У сучасному міжнародному освітньому просторі міждисциплінарна інтеграція розглядається як один із провідних напрямів розвитку підготовки медичних кадрів. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO), World Federation for Medical Education, Association for Medical Education in Europe та інші міжнародні професійні організації наголошують, що сучасний лікар повинен володіти не лише фундаментальними клінічними знаннями, а й компетентностями у сфері комунікації, громадського здоров'я, психології, медичної етики, цифрових технологій та міжпрофесійної взаємодії [175; 211; 214]. Саме інтеграція цих складових забезпечує готовність фахівця ефективно діяти в умовах швидких соціальних змін, інформаційних викликів та розвитку пацієнтоорієнтованої моделі охорони здоров'я.

Особливого значення міждисциплінарний підхід набув у концепції компетентнісно орієнтованої медичної освіти (Competency-Based Medical Education), відповідно до якої професійна підготовка лікаря має бути спрямована не на засвоєння ізольованих дисциплінарних знань, а на формування інтегрованих професійних компетентностей, необхідних для розв'язання реальних клінічних і соціально значущих завдань [173; 174; 178]. Аналогічні підходи відображені у

міжнародній моделі підготовки лікарів CanMEDS та рекомендаціях *Lancet Commission*, де комунікація, співпраця, лідерство, просвітницька діяльність і безперервний професійний розвиток розглядаються як взаємопов'язані компоненти професійної компетентності сучасного лікаря [173; 175].

Зазначені міжнародні підходи створюють концептуальне підґрунтя для переосмислення змісту професійної підготовки майбутніх лікарів і водночас актуалізують необхідність наукового осмислення міждисциплінарної інтеграції в українській медичній освіті. Саме тому подальший аналіз доцільно спрямувати на розгляд наукових підходів до сутності міждисциплінарної інтеграції та можливостей її використання у процесі формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Проблема міждисциплінарної інтеграції протягом останніх десятиліть перебуває в центрі уваги педагогічної науки, оскільки саме інтеграційні процеси забезпечують цілісність професійної підготовки майбутніх фахівців та наближення змісту освіти до реальних умов професійної діяльності. Особливої актуальності зазначена проблема набуває у медичній освіті, де професійні завдання лікаря потребують одночасного використання знань клінічних, біомедичних, психолого-педагогічних, соціальних і комунікативних наук.

У вітчизняній педагогічній науці проблема міждисциплінарної інтеграції розглядається як один із провідних чинників підвищення якості професійної освіти.

У працях І. Бурлаки, В. Підгайної [11], Н. Гуменної [25], Н. Кузьменко, М. Томчук, Д. Кисюк [61], І. Мельничук [74] та інших міждисциплінарна інтеграція трактується як педагогічний механізм поєднання змісту різних навчальних дисциплін, що забезпечує формування цілісної системи професійних знань, розвиток інтегрованого мислення та здатності застосовувати набуті компетентності під час розв'язання комплексних професійних завдань.

Водночас аналіз зазначених досліджень свідчить, що більшість авторів розглядають міждисциплінарну інтеграцію переважно як спосіб удосконалення

структури освітнього процесу або встановлення логічних зв'язків між окремими навчальними дисциплінами. Натомість сучасні виклики розвитку медичної освіти потребують ширшого трактування цього поняття, за якого інтеграція охоплює не лише зміст навчання, а й інтеграцію професійних ролей, способів діяльності, комунікативних практик і ціннісних орієнтирів майбутнього лікаря.

Особливо важливим це є у контексті підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Аналіз змісту такої діяльності, здійснений у попередньому підрозділі, переконливо засвідчив, що її реалізація потребує одночасного використання знань із клінічної медицини, громадського здоров'я, психології, педагогіки, професійної комунікації, цифрових технологій та медичної етики. За таких умов міждисциплінарна інтеграція перестає бути лише дидактичним принципом і набуває статусу методологічної основи професійної підготовки майбутніх лікарів.

Таблиця 1.5

Наукові підходи до розуміння міждисциплінарної інтеграції у професійній освіті

Науковий підхід	Представники	Основні положення	Значення для підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності
Дидактичний	українські педагоги (автори аспіранта)	Інтеграція змісту навчальних дисциплін, подолання фрагментарності знань	Забезпечує системність професійної підготовки
Компетентнісний	Harden, Frenk, WHO, українські дослідники	Інтеграція знань, умінь, досвіду, професійних ролей	Формує готовність діяти у складних професійних ситуаціях
Комунікативно-педагогічний	Колісник-Гуменюк, Гуменюк; Fedchyshyn; Kit; Kinash	Поєднання клінічної, педагогічної, психологічної та комунікативної підготовки	Забезпечує готовність лікаря здійснювати просвітницьку діяльність
Міжпрофесійний (Interprofessional)	WHO, CAIPE, Frenk та ін.	Спільне навчання представників різних професій	Формує здатність працювати у мультидисциплінарних командах
Цифрово-інтеграційний	сучасні дослідження 2024–2026 рр.	Використання цифрових платформ, симуляцій, телемедицини, AI	Розширює можливості просвітницької діяльності у цифровому середовищі

Дані, наведені в табл. 1.5, свідчать про поступову еволюцію наукових уявлень щодо міждисциплінарної інтеграції у професійній освіті. Якщо в ранніх педагогічних дослідженнях вона переважно розглядалася як дидактичний механізм узгодження змісту навчальних дисциплін, то сучасні наукові підходи трактують її значно ширше – як методологію формування інтегрованих професійних компетентностей, необхідних для успішної діяльності фахівця у складному міжгалузевому середовищі.

Теоретичні положення щодо значущості міждисциплінарної інтеграції у професійній підготовці майбутніх лікарів знаходять відображення і в нормативному забезпеченні медичної освіти. З огляду на це важливим є аналіз Стандарту вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина» другого (магістерського) рівня, у якому визначено систему загальних і фахових компетентностей та результатів навчання, що прямо або опосередковано пов'язані з підготовкою майбутніх лікарів до просвітницької діяльності [136].

Передусім варто звернути увагу на загальну компетентність ЗК 15, яка передбачає здатність здобувача зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності, розуміти закономірності розвитку предметної області, її місце у системі знань про природу і суспільство, а також використовувати різні види та форми рухової активності для ведення здорового способу життя [136]. Зміст цієї компетентності має виразний міждисциплінарний характер, оскільки поєднує природничо-науковий, соціокультурний, ціннісний і здоров'язбережувальний аспекти професійної підготовки майбутнього лікаря.

Просвітницький потенціал Стандарту більш конкретно виявляється у фахових компетентностях. Зокрема, ФК 13 передбачає здатність до проведення санітарно-гігієнічних і профілактичних заходів; ФК 14 – здатність до планування й проведення профілактичних та протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб; ФК 21 – здатність зрозуміло й неоднозначно доносити власні знання, висновки та аргументацію з проблем охорони здоров'я і дотичних питань до фахівців і

нефахівців, зокрема до осіб, які навчаються [136]. Саме ці компетентності безпосередньо пов'язані з профілактичною, комунікативною та просвітницькою функціями лікаря.

Аналіз зазначених компетентностей дозволяє констатувати, що просвітницька складова у Стандарті спеціальності 222 «Медицина» представлена не як окрема самостійна компетентність, а як наскрізний компонент професійної підготовки майбутнього лікаря. Вона інтегрується через профілактичну діяльність, санітарно-гігієнічну роботу, комунікацію з фахівцями й нефаківцями, формування здоров'язбережувальної поведінки та здатність пояснювати питання охорони здоров'я різним цільовим аудиторіям.

Водночас важливо зазначити, що нормативно визначені компетентності лише частково відображають складність просвітницької діяльності сучасного лікаря. У Стандарті достатньо чітко окреслено профілактичний і комунікативний аспекти, однак менш виразно представлені педагогічний, цифрово-комунікаційний, медіапросвітницький, психоедукаційний та організаційно-менеджерський компоненти просвітницької діяльності. Зокрема, не конкретизовано здатність майбутнього лікаря створювати просвітницький медичний контент, адаптувати інформацію до різних соціальних груп, працювати з медичною дезінформацією, організовувати просвітницькі заходи у громадах та використовувати цифрові платформи для популяризації доказової медичної інформації.

Отже, аналіз Стандарту вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина» засвідчує, що нормативне поле сучасної медичної освіти вже містить важливі передумови для формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Водночас означена готовність не представлена у Стандарті як цілісне інтегроване професійне утворення. Це зумовлює необхідність її цілеспрямованого формування в освітньому процесі через міждисциплінарну інтеграцію змісту клінічних, профілактичних, психолого-педагогічних, комунікативних, етичних і цифрових компонентів професійної підготовки.

Саме тому наступним кроком дослідження є аналіз того, як просвітницька складова представлена в освітніх програмах українських і зарубіжних закладів вищої медичної освіти, що дозволить виявити реальний стан її реалізації, сильні сторони, обмеження та можливості подальшого вдосконалення.

З метою з'ясування реального стану реалізації просвітницької складової в системі професійної підготовки майбутніх лікарів було здійснено аналіз освітніх програм другого (магістерського) рівня за спеціальністю 222 «Медицина» в українських закладах вищої медичної освіти. До аналізу було залучено освітні програми Харківського національного медичного університету, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Дніпровського державного медичного університету та медичного факультету Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» [88–91].

Контент-аналіз освітніх програм здійснювався за такими критеріями: наявність освітніх компонентів, змістово пов'язаних із просвітницькою діяльністю; представленість профілактичної та здоров'язбережувальної тематики; формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів; наявність змісту, пов'язаного з консультуванням пацієнтів; підготовка до структурно-змістової організації медичної інформації; представленість цифрового медичного просвітництва; орієнтація на роботу з різними цільовими аудиторіями.

Аналіз ОПП «Медицина» Харківського національного медичного університету засвідчив, що просвітницький компонент представлено переважно через дисципліни «Громадське здоров'я», «Соціальна медицина», «Медична психологія», «Етика та деонтологія», «Сімейна медицина». Їх зміст орієнтований на формування у студентів знань щодо профілактики захворювань, здорового способу життя, медико-санітарної комунікації, психології спілкування з пацієнтом та профілактичного консультування [95]. Водночас недостатньо виразно представлено підготовку до створення просвітницьких текстів, адаптації медичної інформації до

різних аудиторій та використання цифрових платформ для медичного просвітництва.

В освітній програмі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця просвітницька складова реалізується через освітні компоненти, пов'язані із соціальною медициною, медичною психологією, медичною етикою та деонтологією, загальною практикою сімейної медицини [94]. Порівняно з іншими проаналізованими програмами, у цій ОПП більш виразно представлено пацієнтоорієнтовану комунікацію, консультування, мотивацію пацієнта до зміни поведінки та комунікацію в клінічній практиці. Разом із тим питання розроблення просвітницького контенту, структурування медичних повідомлень і підготовки матеріалів для різних соціальних груп не виокремлено як самостійний напрям професійної підготовки.

В ОПП Дніпровського державного медичного університету просвітницька складова представлена через дисципліни «Громадське здоров'я», «Соціальна медицина», «Медична психологія», «Сімейна медицина», «Біоетика» [96]. У змісті програми простежується акцент на профілактичній медицині, громадському здоров'ї та етичних аспектах професійної діяльності лікаря. Водночас комунікативно-педагогічний компонент просвітницької діяльності представлений фрагментарно, а цифрові форми медичного просвітництва та організація інформаційної взаємодії з різними аудиторіями потребують більшої конкретизації.

Аналіз освітньої програми Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова засвідчив наявність окремих компонентів підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, насамперед у площині профілактичної медицини, комунікації з пацієнтом та формування здоров'язбережувальної поведінки населення [97]. Водночас підготовка до створення просвітницького медичного контенту, адаптації текстів до різних цільових аудиторій, структурування медичної інформації та цифрової health

communication має фрагментарний характер і не виокремлюється як окрема складова професійної підготовки.

В освітній програмі «Лікувальна справа» медичного факультету Ужгородського національного університету просвітницький компонент реалізується переважно через тематику громадського здоров'я, соціальної медицини, медичної психології, медичної етики та сімейної медицини [98]. Достатньо чітко простежуються питання промоції здоров'я, профілактичної роботи в громадах та формування здоров'язбережувальної поведінки. Водночас, як і в інших проаналізованих програмах, недостатньо представлено підготовку до роботи з просвітницькими текстами, цифровими каналами комунікації та цільовими аудиторіями.

Узагальнення результатів аналізу освітніх програм українських закладів вищої медичної освіти дозволяє констатувати, що підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності має переважно опосередкований характер. Вона реалізується через окремі освітні компоненти, зміст яких дотичний до профілактики, громадського здоров'я, медичної психології, сімейної медицини, етики та деонтології. Найбільш виразно представленими є профілактичний, здоров'язбережувальний і загальнокомунікативний аспекти. Водночас недостатньо системно відображено педагогічний, цифрово-комунікаційний, медіапросвітницький, організаційний та текстотворчий компоненти просвітницької діяльності лікаря.

Отже, аналіз українського досвіду засвідчує, що освітні програми містять важливі передумови для формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, однак не забезпечують її цілісного й цілеспрямованого формування як інтегрованої професійної якості. Це підтверджує необхідність посилення міждисциплінарної інтеграції в освітньому процесі, зокрема шляхом поєднання клінічної, профілактичної, психолого-педагогічної, комунікативної, цифрової та організаційно-проектної підготовки майбутніх лікарів.

Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, що в останні два десятиліття підготовка майбутніх лікарів зазнала суттєвої трансформації. Перехід від знаннєвої до компетентнісної та результатноорієнтованої моделі професійної підготовки обґрунтовано у працях Р. Гардена (*R. Harden*), який визначає *outcome-based education* як методологічну основу сучасної медичної освіти [182].

Якщо традиційно основна увага приділялася формуванню клінічних знань і практичних навичок, то сучасні освітні моделі дедалі більше орієнтуються на розвиток інтегрованих професійних компетентностей, які забезпечують готовність лікаря до роботи в складному соціальному, інформаційному та міжпрофесійному середовищі. Саме тому міждисциплінарна інтеграція розглядається сьогодні як один із ключових принципів модернізації медичної освіти у країнах Європейського Союзу, Північної Америки та Австралії.

Показовим у цьому контексті є впровадження міжнародних стандартів *World Federation for Medical Education (WFME)*, відповідно до яких освітні програми повинні забезпечувати інтеграцію фундаментальних медичних наук, клінічної практики, громадського здоров'я, професійної комунікації, медичної етики та соціально-гуманітарної підготовки. У документах *WFME* наголошується, що сучасний лікар має бути готовим не лише до надання медичної допомоги, а й до виконання освітньої, консультативної та просвітницької функцій у взаємодії з пацієнтами, громадами та професійною спільнотою [214].

Подібний підхід реалізовано і в канадській моделі *CanMEDS*, яка визначає лікаря не лише як медичного експерта, а й як комунікатора, лідера, адвоката здоров'я (*Health Advocate*), професіонала, науковця та активного учасника суспільного розвитку [173]. Особливої уваги заслуговує роль *Health Advocate*, яка передбачає здатність лікаря здійснювати профілактичну роботу, популяризувати здоровий спосіб життя, сприяти підвищенню медичної грамотності населення та взаємодіяти з різними соціальними групами щодо збереження громадського здоров'я. Подібні підходи відображені й у доповіді *Institute of Medicine Crossing the*

Quality Chasm, у якій наголошено, що якість медичної допомоги безпосередньо пов'язана з розвитком пацієнтоорієнтованої комунікації, міжпрофесійної взаємодії, безперервного професійного навчання та активного залучення пацієнта до процесу лікування [179].

Важливим напрямом модернізації медичної освіти стало також широке впровадження Interprofessional Education (IPE), що передбачає спільне навчання студентів медичних, фармацевтичних, психологічних, сестринських та інших спеціальностей. У сучасних міжнародних дослідженнях міжпрофесійне навчання (Interprofessional Education, IPE) розглядається як таке, що сприяє розвитку командної взаємодії, удосконаленню професійної комунікації та формуванню готовності до комплексного вирішення медико-соціальних проблем пацієнтів [174]. Для підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності такий підхід має принципове значення, оскільки більшість сучасних профілактичних, реабілітаційних і психоедукаційних програм реалізуються саме мультидисциплінарними командами.

Провідні медичні університети світу активно інтегрують зазначені підходи в освітній процес. Так, у Harvard Medical School [183] значна увага приділяється розвитку комунікативної компетентності, роботі з пацієнтами різних соціальних груп, формуванню навичок медичного консультування, громадського здоров'я, розвитку медичної грамотності (health literacy), створенню доступних медичних текстів і використанню наративної медицини як інструменту професійної взаємодії з пацієнтом.

У University of Toronto [203] просвітницький компонент інтегровано в міжпрофесійні освітні модулі, навчання на основі клінічних випадків, дисципліни громадського здоров'я та біомедичної комунікації, що забезпечує розвиток навичок командної взаємодії, пацієнтоорієнтованої комунікації й ефективного представлення медичної інформації.

У Karolinska Institutet (Швеція) [185] міждисциплінарна інтеграція забезпечується через проблемно-орієнтоване навчання, симуляційні технології, вивчення громадського здоров'я, комунікації та використання цифрових освітніх платформ для моделювання професійних ситуацій.

Подібні підходи реалізуються також у Maastricht University [181], де підготовка майбутніх лікарів ґрунтується на проблемно-орієнтованому навчанні, розвитку комунікативних навичок, профілактичній медицині та формуванні компетентностей у сфері зміцнення здоров'я, а також в University of Copenhagen [202], навчальні програми якого інтегрують питання профілактичного просвітництва, patient education, консультування пацієнтів, simulation-based communication та motivational communication. Важливим результатом такої підготовки є формування у майбутніх лікарів здатності забезпечувати прихильність пацієнтів до лікування (adherence), що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, є одним із визначальних чинників ефективності медичної допомоги та безпосередньо залежить від якості професійної комунікації й просвітницької роботи лікаря [211].

Наведені приклади свідчать, що у провідних медичних університетах світу міждисциплінарна інтеграція реалізується не лише на рівні навчальних планів, а й через спеціально організовані освітні середовища, у яких поєднуються клінічна практика, симуляційне навчання, міжпрофесійна взаємодія, цифрові технології, розвиток комунікативної компетентності та підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Особливу цінність для вдосконалення вітчизняної системи підготовки майбутніх лікарів становить досвід інтеграції до освітніх програм таких інноваційних компонентів, як health literacy, patient education, narrative medicine, biomedical communication, simulation-based communication та motivational communication, що розширюють традиційне розуміння професійної підготовки лікаря й посилюють її просвітницьку складову.

Спільною рисою проаналізованих зарубіжних моделей є те, що просвітницька діяльність лікаря не розглядається як окремий напрям професійної підготовки. Вона інтегрується в різні освітні компоненти через розвиток комунікативних, педагогічних, етичних, психологічних і цифрових компетентностей, що забезпечує формування готовності майбутнього лікаря до ефективної взаємодії з пацієнтом, професійною спільнотою та суспільством.

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що зарубіжний досвід демонструє поступовий перехід від дисциплінарної моделі професійної підготовки до компетентнісно-інтегративної, у якій міждисциплінарна інтеграція виступає основою формування сучасного лікаря. Водночас спеціальних технологій підготовки майбутніх лікарів саме до просвітницької діяльності у доступних наукових джерелах практично не представлено. Просвітницька функція формується опосередковано через інтеграцію клінічної, комунікативної, психолого-педагогічної та громадсько-оздоровчої підготовки, що ще раз підтверджує актуальність розроблення відповідної науково-педагогічної технології (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Реалізація міждисциплінарної інтеграції у підготовці майбутніх лікарів в Україні та за кордоном

Критерій	Українські ЗВО	Зарубіжні ЗВО
Компетентнісний підхід	+	+++
Міжпрофесійне навчання (IPE)	частково	системно
Комунікативна підготовка	окремі дисципліни	інтегрована у всі роки навчання
Patient education	фрагментарно	наскрізно
Цифрове медичне просвітництво	епізодично	системно
Робота з громадою	обмежено	обов'язковий компонент
Формування просвітницької компетентності	опосередковано	через інтеграцію компетентностей

Порівняльний аналіз дозволяє констатувати, що відмінності між українськими та зарубіжними моделями підготовки майбутніх лікарів полягають не

стільки у змісті освітніх компонентів, скільки у рівні їх інтегрованості в єдину систему професійної підготовки. Якщо в українських освітніх програмах просвітницькі компетентності формуються переважно через окремі дисципліни, то у зарубіжних моделях вони забезпечуються наскрізною інтеграцією змісту навчання, практичної підготовки та міжпрофесійної взаємодії.

Для українських закладів вищої медичної освіти характерною є інтеграція окремих компонентів професійної підготовки переважно через зміст навчальних дисциплін. Просвітницькі аспекти представлені у курсах із громадського здоров'я, соціальної медицини, медичної психології, етики, сімейної медицини та профілактики захворювань. Водночас аналіз освітніх програм засвідчив, що відповідні знання формуються здебільшого фрагментарно й не об'єднуються у цілісну систему підготовки майбутнього лікаря до здійснення просвітницької діяльності. Особливо це стосується розвитку педагогічних умінь, цифрової медичної комунікації, створення просвітницького контенту, роботи з різними цільовими аудиторіями та протидії медичній дезінформації.

На відміну від цього, зарубіжні моделі професійної підготовки демонструють значно вищий рівень інтеграції освітнього процесу. Просвітницька діяльність майбутнього лікаря формується не через окремі навчальні дисципліни, а як наскрізний результат взаємодії клінічної, комунікативної, психолого-педагогічної, етичної, цифрової та громадсько-оздоровчої підготовки. Особливого значення набувають міжпрофесійне навчання (Interprofessional Education), пацієнтоорієнтована комунікація, розвиток навичок медичного консультування, використання цифрових освітніх технологій та активна участь студентів у реалізації програм громадського здоров'я. Саме така інтеграція забезпечує формування лікаря як фахівця, здатного ефективно здійснювати не лише лікувальну, а й просвітницьку, профілактичну та соціально-комунікативну діяльність.

Водночас проведений аналіз дозволяє виявити спільну особливість української та зарубіжної медичної освіти. Незважаючи на активний розвиток

компетентнісного підходу, комунікативної підготовки та міждисциплінарної інтеграції, підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності здебільшого здійснюється опосередковано. У більшості освітніх програм вона не представлена як самостійний інтегрований напрям професійної підготовки, а реалізується через окремі компетентності, навчальні модулі або практичні компоненти.

Таким чином, результати проведеного порівняльного аналізу свідчать, що сучасна медична освіта поступово переходить від дисциплінарної до інтегративної моделі професійної підготовки, однак проблема цілісного формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності залишається недостатньо розробленою як у вітчизняній, так і в зарубіжній практиці. Саме ця обставина підтверджує доцільність розроблення науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що забезпечуватиме системне поєднання клінічної, психолого-педагогічної, комунікативної, цифрової та громадсько-оздоровчої складових професійної освіти.

Проведений аналіз сучасних міжнародних нормативних документів, наукових підходів, освітніх стандартів і практики професійної підготовки майбутніх лікарів дозволяє констатувати, що міждисциплінарна інтеграція поступово стає визначальним принципом розвитку сучасної медичної освіти. При цьому інтеграція охоплює не лише зміст навчальних дисциплін, а й професійні функції лікаря, способи діяльності, міжпрофесійну взаємодію, цифрові технології та комунікативні практики.

Водночас результати аналізу засвідчили, що підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у більшості випадків здійснюється опосередковано – через розвиток окремих клінічних, профілактичних, комунікативних або психологічних компетентностей. Незважаючи на активне впровадження компетентнісного підходу, міжпрофесійної освіти, симуляційного навчання, цифрових технологій та пацієнтоорієнтованої моделі медичної допомоги, цілісна

система формування готовності майбутнього лікаря до просвітницької діяльності як інтегрованої професійної якості у проаналізованих джерелах практично не представлена.

Отже, результати проведеного аналізу підтверджують існування наукової суперечності між об'єктивною потребою сучасної системи охорони здоров'я у лікарях, здатних здійснювати професійну просвітницьку діяльність, та недостатньою розробленістю педагогічних механізмів формування такої готовності у процесі професійної підготовки. Розв'язання зазначеної суперечності вбачаємо у розробленні та науковому обґрунтуванні технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що забезпечує цілісне поєднання клінічної, психолого-педагогічної, комунікативної, цифрової та громадсько-оздоровчої складових професійної освіти.

1.3. Сутність та структурно-компонентний аналіз готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Проведений у попередніх підрозділах аналіз сутності просвітницької діяльності лікаря та сучасних підходів до підготовки майбутніх лікарів на засадах міждисциплінарної інтеграції засвідчив, що ефективне виконання просвітницької функції визначається не лише рівнем професійних знань чи сформованістю окремих практичних умінь. Сучасні дослідження у сфері медичної освіти переконливо доводять, що підготовка майбутнього лікаря має забезпечувати його готовність до комплексної реалізації професійних функцій, серед яких важливе місце посідає просвітницька діяльність [18; 23; 24; 25; 34; 45; 49; 62; 63 та ін.]. Не менш важливою є готовність майбутнього лікаря до здійснення просвітницької діяльності, оскільки саме вона забезпечує здатність інтегрувати медичні знання, комунікативні вміння, педагогічні підходи та особистісні якості для розв'язання завдань збереження і зміцнення здоров'я населення.

У зв'язку з цим закономірним етапом теоретичного дослідження є з'ясування сутності поняття *«готовність майбутніх лікарів до просвітницької діяльності»*. Визначення змісту цього феномена має принципове значення для нашого дослідження, оскільки саме готовність виступає прогнозованим результатом професійної підготовки майбутніх лікарів, визначає логіку побудови науково-педагогічної технології, обґрунтування її структурних компонентів, критеріїв, показників і рівнів сформованості досліджуваної якості.

У психолого-педагогічній науці поняття «готовність» належить до фундаментальних категорій, що характеризують результат професійної підготовки особистості до певного виду діяльності. У Великому тлумачному словнику сучасної української мови готовність визначається як стан готового; бажання зробити щонебудь [12, с. 194]. Водночас у *Енциклопедії освіти* готовність трактується як стан мобілізації особистості, що забезпечує виконання певної діяльності [34, с. 137]. Наведені визначення дають підстави стверджувати, що поняття готовності характеризує не лише певний психічний стан людини, а й результат її цілеспрямованої підготовки до успішного виконання професійних функцій. Таким чином, у словникових і енциклопедичних джерелах готовність розглядається як стан мобілізації особистості до діяльності, тоді як у психолого-педагогічних дослідженнях вона трактується як результат професійної підготовки, що формується у процесі навчання та забезпечує успішне виконання професійних функцій.

Проблема готовності до професійної діяльності є однією з фундаментальних у психолого-педагогічній науці, оскільки саме вона відображає результат професійної підготовки майбутнього фахівця та визначає його здатність ефективно виконувати професійні функції. У працях С. Гончаренка готовність розглядається у зв'язку з професійною освітою як характеристика сформованості особистості до виконання певної діяльності [119]. О. Пехота, аналізуючи сучасні освітні технології, акцентує увагу на тому, що професійна підготовка має забезпечувати не лише

засвоєння знань, а й готовність майбутнього фахівця до їх практичного застосування в освітньо-професійному середовищі [114]. І. Гуменна у дослідженні підготовки майбутніх лікарів до професійної комунікації обґрунтовує багатокомпонентну структуру готовності, до якої відносить мотиваційно-ціннісний, когнітивний, дієвий та особистісно-розвивальний компоненти [25; 26]. Спільною для зазначених підходів є теза про те, що готовність не зводиться до сукупності знань чи навичок, а постає як інтегральне утворення, що забезпечує здатність особистості ефективно реалізовувати професійні функції.

У сучасних психолого-педагогічних дослідженнях (О. Дубасенюк, Н. Ничкало, С. Сисоєва) готовність розглядається не як окрема особистісна риса чи тимчасовий психічний стан, а як складне інтегративне утворення, що формується у процесі професійної освіти й забезпечує успішну реалізацію професійної діяльності [31; 32; 89; 130].

У науковій літературі поняття «**готовність**» тісно пов'язується з категоріями «**підготовка**», «**підготовленість**» та «**компетентність**», які відображають різні аспекти професійного становлення майбутнього фахівця. Подібне розмежування понять простежується і в сучасних працях О. Дубасенюк [31; 32], Н. Ничкало [89], О. Лебідь, В. Бикової [60] та ін. дослідників. Підготовка характеризує цілеспрямований процес формування професійних знань, умінь, способів діяльності та професійно значущих особистісних якостей. Готовність, своєю чергою, виступає результатом цього процесу, відображаючи здатність особистості успішно реалізовувати набутий потенціал у професійній діяльності. Підготовленість характеризує досягнутий рівень сформованості професійних якостей, необхідних для виконання професійних завдань, тоді як компетентність проявляється у здатності ефективно застосовувати набуті знання, уміння, досвід і способи діяльності в конкретних професійних ситуаціях.

Узагальнюючи наведені наукові підходи, вважаємо, що поняття «**готовність**» і «**компетентність**» перебувають у відношенні взаємозумовленості. Готовність є

внутрішньою передумовою професійної діяльності, що формується у процесі професійної підготовки та знаходить своє відображення у сформованості інтегральної, загальних і спеціальних компетентностей, визначених стандартом вищої освіти й освітньою програмою. Водночас професійна компетентність є практичним проявом готовності, який реалізується у здатності майбутнього фахівця ефективно виконувати професійні функції відповідно до вимог конкретної професійної діяльності (Р. Епштейн (*R. Epstein*), Е. Хундерт (*E. Hundert*) [170]. Отже, готовність можна розглядати як фундамент професійної компетентності, що забезпечує перехід від потенційної здатності діяти до її успішної практичної реалізації.

Водночас зміст професійної готовності не є універсальним. Як зазначають О. Дубасенюк, Н. Ничкало, Я. Кульбашна, він визначається специфікою професійної діяльності, професійних функцій та вимог, які суспільство висуває до представників певної професії. Саме тому при дослідженні готовності майбутніх лікарів необхідно враховувати особливості медичної професії, сучасні тенденції розвитку медичної освіти та розширення професійних ролей лікаря [31; 32; 62; 63; 89].

З огляду на предмет нашого дослідження особливий інтерес становить не готовність до професійної діяльності загалом, а готовність майбутнього лікаря до виконання однієї з його професійних функцій – просвітницької діяльності. Це зумовлює необхідність звернення до сучасних наукових підходів щодо розуміння професійної готовності фахівців медичної галузі, оскільки специфіка їхньої професійної діяльності істотно впливає на зміст, структуру та механізми формування досліджуваної якості. Такий підхід узгоджується з положеннями сучасної медичної освіти, відповідно до яких професійна підготовка лікаря має забезпечувати формування не лише клінічних компетентностей, а й здатності виконувати комунікативну, профілактичну, освітню та адвокаційну функції. Саме комплексний характер професійної діяльності лікаря обґрунтовується у міжнародних документах World Federation for Medical Education [214] та CanMEDS

[174], де лікар розглядається як комунікатор, лідер, професіонал і промоутер здоров'я.

Професійна діяльність лікаря характеризується високим рівнем соціальної відповідальності, необхідністю прийняття обґрунтованих рішень в умовах невизначеності, постійною взаємодією з пацієнтами, їхніми родинами, колегами та представниками інших професійних спільнот. Саме тому сучасна медична освіта дедалі більше орієнтується на підготовку лікаря, здатного інтегрувати клінічну експертизу, професійну комунікацію, педагогічну взаємодію та міжпрофесійне співробітництво (Ю. Вороненко [18], В. Гуменюк [27], Я. Кульбашна [62; 63], Н. Федчишин (*N. Fedchyshyn*) [171; 172]).

У зв'язку з цим професійна готовність майбутнього лікаря не може розглядатися виключно як результат засвоєння системи медичних знань або формування клінічних навичок. Вона передбачає сформованість професійних цінностей, відповідальності, комунікативної культури, здатності до міжпрофесійної взаємодії, рефлексії та безперервного професійного розвитку, що відповідає сучасним вимогам до підготовки медичних працівників.

Сучасна медична освіта дедалі більше орієнтується на компетентнісну модель підготовки лікаря, у центрі якої перебуває здатність майбутнього фахівця комплексно реалізовувати професійні функції відповідно до потреб пацієнта й суспільства. Подібні тенденції характерні й для реформування вітчизняної медичної освіти, де компетентнісна модель підготовки лікаря розглядається як стратегічний напрям її розвитку (Ю. Вороненко [18], В. Стинська, І. Кліщ, Н. Кравець [139] та ін.).

У міжнародному освітньому просторі підкреслюється, що професійна підготовка лікаря має забезпечувати розвиток не лише клінічних компетентностей, а й умінь здійснювати ефективну комунікацію, навчання пацієнтів, популяризацію здорового способу життя, міжпрофесійну взаємодію та просвітницьку діяльність як важливу складову громадського здоров'я. Важливість підготовки лікаря до навчання

пацієнтів, розвитку їхньої медичної грамотності та формування здоров'язбережувальної поведінки послідовно обґрунтовується у документах World Health Organization та World Federation for Medical Education [207; 208; 209; 210; 214], які визначають просвітницьку діяльність одним із ключових інструментів зміцнення громадського здоров'я. Саме тому професійна готовність сучасного лікаря набуває інтегративного характеру, поєднуючи медичну, комунікативну, педагогічну, соціальну та етичну складові.

Узагальнення сучасних наукових підходів (І. Зязюн [39], В. Кремень [59], О. Дубасенюк [32], Н. Ничкало [89]) до трактування професійної готовності дає підстави стверджувати, що вона є складним інтегративним утворенням, яке формується в процесі професійної підготовки та забезпечує ефективне виконання фахівцем професійних функцій. Незважаючи на різноманітність наукових підходів до визначення змісту цього феномена, їх об'єднує розуміння готовності як результату цілеспрямованого професійного розвитку особистості, що охоплює мотиваційну, когнітивну, діяльнісну й особистісну сфери.

Аналіз праць І. Беґа [3], С. Сисоєвої [130], О. Пехоти [114], О. Дубасенюк [32] дозволяє стверджувати, що професійна готовність характеризується низкою взаємопов'язаних ознак. Насамперед вона має інтегративний характер, оскільки поєднує професійні знання, практичні вміння, ціннісні орієнтації, особистісні якості та професійний досвід. Водночас готовність є динамічним утворенням, що постійно розвивається у процесі професійної освіти й подальшої професійної діяльності. Її зміст визначається специфікою професії та професійних функцій, а практична реалізація проявляється у здатності ефективно діяти в реальних професійних ситуаціях, приймати обґрунтовані рішення та нести відповідальність за їх результати.

У контексті підготовки майбутніх лікарів зазначені положення набувають особливої актуальності. Сучасний лікар виконує не лише лікувально-діагностичну функцію, а й виступає активним суб'єктом профілактичної, консультативної,

комунікативної та просвітницької діяльності. Такий підхід відповідає сучасним міжнародним концепціям медичної освіти, відображеним у рамці професійних компетентностей CanMEDS та стандартах World Federation for Medical Education (WFME) [173; 214]. Відповідно до цих документів професійна діяльність лікаря охоплює ролі медичного експерта, комунікатора, лідера, промоутера здоров'я (Health Advocate), професіонала та активного учасника розвитку системи охорони здоров'я. Це зумовлює необхідність формування такого рівня професійної готовності, який забезпечує здатність інтегрувати клінічні знання, принципи доказової медицини, педагогічні підходи, комунікативні технології та навички міжпрофесійної взаємодії для розв'язання актуальних завдань охорони громадського здоров'я.

Таким чином, професійна готовність майбутнього лікаря не може розглядатися лише як результат засвоєння медичних дисциплін або сформованості клінічних компетентностей. Вона є інтегральним професійно-особистісним утворенням, що забезпечує здатність майбутнього фахівця ефективно реалізовувати весь спектр професійних функцій, визначених сучасними вимогами до медичної професії. Однією з таких функцій є просвітницька діяльність, значення якої суттєво зросло в умовах розвитку громадського здоров'я, цифровізації інформаційного простору, поширення медичної дезінформації та посилення уваги до профілактики захворювань і формування здоров'язбережувальної поведінки населення. На цьому акцентують сучасні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, у яких просвітницька діяльність лікаря розглядається як один із ключових інструментів розвитку громадського здоров'я, підвищення рівня медичної грамотності населення, протидії медичній дезінформації та формування відповідальної здоров'язбережувальної поведінки [209; 210; 213; 215].

Отже, готовність майбутнього лікаря до просвітницької діяльності є видовим проявом його професійної готовності, що формується у процесі професійної підготовки та відображає здатність майбутнього фахівця ефективно реалізовувати

просвітницьку функцію у різних сферах медичної практики. Водночас специфіка просвітницької діяльності полягає у її міждисциплінарному характері, оскільки вона поєднує медичні, педагогічні, психологічні, комунікативні та соціальні аспекти професійної діяльності лікаря. Такий підхід узгоджується із сучасними дослідженнями у сфері медичної освіти, де підкреслюється, що підготовка лікаря має забезпечувати інтеграцію клінічної, педагогічної та комунікативної складових професійної діяльності (Р. Гарден (*R. Harden*) [178], Дж. Френк (*J. Frenk*) та ін. [175]). Саме тому існуючі підходи до трактування професійної готовності потребують конкретизації відповідно до предмета нашого дослідження.

Проведений теоретичний аналіз дозволяє стверджувати, що зміст готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності не може бути зведений лише до сформованості професійних знань або комунікативних умінь. Її специфіка визначається інтеграцією мотиваційно-ціннісної спрямованості на популяризацію здорового способу життя, здатності науково обґрунтовано інтерпретувати медичну інформацію, адаптувати її до потреб різних цільових аудиторій, організовувати просвітницьку взаємодію та здійснювати професійну рефлексію щодо її результативності.

Аналіз сучасних психолого-педагогічних, медико-педагогічних та міжнародних підходів засвідчив, що просвітницька діяльність сьогодні розглядається не як другорядний напрям професійної діяльності лікаря, а як одна з його ключових соціальних функцій. Саме це зумовлює необхідність розглядати готовність до просвітницької діяльності як самостійний різновид професійної готовності майбутнього лікаря.

Отже, готовність майбутніх лікарів до просвітницької діяльності розглядаємо як інтегральне професійно-особистісне утворення, що формується у процесі фахової підготовки на засадах міждисциплінарної інтеграції та забезпечує здатність майбутнього лікаря здійснювати просвітницьку діяльність шляхом науково обґрунтованого, педагогічно доцільного й

комунікативно ефективного поширення знань щодо збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення, адаптуючи зміст і форми взаємодії до потреб різних цільових аудиторій.

Запропоноване визначення дозволяє розглядати готовність майбутніх лікарів до просвітницької діяльності як багатовимірне особистісно-професійне утворення, що не зводиться до окремих знань чи вмінь, а характеризується цілісністю та взаємозумовленістю його складових. Це, своєю чергою, актуалізує необхідність визначення внутрішньої структури досліджуваного феномена, оскільки саме структурно-компонентний аналіз дає змогу розкрити внутрішню будову досліджуваного феномена, визначити взаємозв'язки між його складовими, обґрунтувати критерії, показники та рівні сформованості, а також створити теоретичне підґрунтя для розроблення технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

У сучасній педагогічній науці (О. Дубасенюк [31], Н. Ничкало [89], С. Сисоєва [130], Я. Кульбашна [62; 63]) структурний аналіз готовності традиційно здійснюється через виокремлення взаємопов'язаних компонентів, кожний із яких відображає окремий аспект професійного становлення особистості. При цьому кількість і зміст компонентів визначаються специфікою досліджуваної професійної діяльності. Саме тому структура готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності має відображати особливості цієї професійної функції, яка поєднує медичну, педагогічну, психологічну, комунікативну та соціальну складові.

Аналіз змісту просвітницької діяльності лікаря засвідчив, що її ефективність визначається не окремими професійними характеристиками, а їхньою цілісною взаємодією. Здійснюючи просвітницьку діяльність, лікар не лише передає медичну інформацію, а й формує у різних категорій населення відповідальне ставлення до власного здоров'я, мотивує до здоров'язбережувальної поведінки, спонукає до профілактики захворювань, допомагає критично оцінювати інформацію щодо лікування й профілактики, протидіє поширенню медичної дезінформації. Це

повністю відповідає сучасним міжнародним підходам до розвитку медичної грамотності населення (health literacy), відповідно до яких лікар виступає не лише джерелом достовірної інформації, а й фасилітатором відповідальної здоров'язбережувальної поведінки (Д. Натбім (*D. Nutbeam*) [192], К. Соренсен (*K. Sørensen*) та ін. [200], World Health Organization [209; 210]). Саме тому результативність такої діяльності визначається не лише рівнем професійної обізнаності, а й здатністю будувати ефективну комунікацію, організовувати взаємодію з різними цільовими аудиторіями та адаптувати інформацію відповідно до їхніх потреб.

З огляду на це готовність майбутнього лікаря до просвітницької діяльності доцільно розглядати як цілісне інтегративне утворення, у якому взаємодіють мотиваційно-ціннісні установки, система професійних знань, комунікативні та організаційні вміння. Саме їх взаємозв'язок забезпечує ефективне виконання просвітницької функції, тоді як недостатній розвиток будь-якої складової знижує загальний рівень готовності майбутнього лікаря.

Саме тому визначення структури готовності має ґрунтуватися не лише на узагальненні наукових підходів до професійної готовності, а й на аналізі специфіки просвітницької діяльності лікаря, сучасних вимог до медичної освіти та професійних функцій лікаря в системі охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє забезпечити відповідність структури досліджуваної готовності реальному змісту майбутньої професійної діяльності та створює підґрунтя для обґрунтування критеріїв, показників і рівнів її сформованості.

Визначення структури готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності здійснювалося на основі комплексного аналізу теоретичних положень щодо професійної готовності, специфіки просвітницької діяльності лікаря та сучасних вимог до професійної підготовки медичних працівників. При цьому ми виходили з того, що структура досліджуваного феномена повинна відображати не лише внутрішню будову готовності як інтегрального особистісно-професійного

утворення, а й логіку реалізації просвітницької діяльності у реальній медичній практиці.

Методологічною основою визначення структури готовності стали такі концептуальні положення: *самостійність просвітницької функції* у професійній діяльності лікаря; *її міждисциплінарний характер*, що інтегрує медичні, педагогічні, психологічні, комунікативні та соціальні знання; *залежність ефективності просвітництва* від здатності лікаря мотивувати населення, адаптувати інформацію до різних цільових аудиторій та організовувати продуктивну взаємодію; *необхідність інтеграції мотиваційної, когнітивної та діяльнісної складових* як умови успішної реалізації просвітницької діяльності.

Саме ці положення стали концептуальною основою для визначення структури готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Таким чином, структура готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності є не механічною сукупністю окремих компонентів, а цілісною системою взаємопов'язаних особистісних і професійних характеристик, кожна з яких виконує специфічну функцію, але лише в єдності забезпечує ефективну реалізацію просвітницької діяльності.

Аналіз досліджень М. Карпової [44], Ю. Колісник-Гуменюк [52], В. Крупені [60], А. Левицької [], С. Поплавської [116], О. Орещук [92] та ін. засвідчив, що більшість авторів виділяють мотиваційний, когнітивний, діяльнісний, рефлексивний компоненти професійної готовності. Разом із тим структура готовності завжди детермінується специфікою конкретного виду професійної діяльності. З урахуванням предмета дослідження у структурі готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності виокремлено три взаємопов'язані компоненти: мотиваційний, змістово-комунікативний та організаційний.

Мотиваційний компонент відображає ціннісне ставлення майбутнього лікаря до просвітницької діяльності, усвідомлення її суспільної значущості, професійну

спрямованість на популяризацію здорового способу життя та внутрішню готовність здійснювати просвітницьку взаємодію з різними категоріями населення.

Змістово-комунікативний компонент характеризує сформованість інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь і цифрової медико-просвітницької грамотності, які забезпечують здатність майбутнього лікаря науково обґрунтовано добирати, критично оцінювати, адаптувати та створювати, науково обґрунтовувати та поширювати медико-просвітницький контент відповідно до потреб різних цільових аудиторій.

Організаційний компонент відображає здатність майбутнього лікаря проєктувати, організовувати, реалізовувати й оцінювати результативність просвітницької діяльності, добираючи доцільні форми, методи, засоби та цифрові інструменти відповідно до мети просвітницького заходу й особливостей різних цільових аудиторій.

Запропонована структура відображає логіку здійснення просвітницької діяльності лікаря. Мотиваційний компонент визначає особистісну готовність до її здійснення, змістово-комунікативний забезпечує науково обґрунтований зміст і ефективну передачу медико-просвітницької інформації, тоді як організаційний забезпечує практичну реалізацію просвітницької функції у професійній діяльності. Саме взаємодія зазначених компонентів формує цілісну готовність майбутнього лікаря до просвітницької діяльності.

З метою забезпечення діагностичної визначеності досліджуваного феномена кожний компонент готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності конкретизовано через відповідний критерій, показники та рівні сформованості. Такий підхід дає змогу не лише розкрити внутрішню структуру готовності, а й забезпечити можливість її подальшого емпіричного вимірювання.

У науковій літературі критерії розглядаються як якості, властивості та ознаки досліджуваного об'єкта, що дають можливість робити висновки про його стан, рівень розвитку й функціонування; як найбільш загальна, синтетична ознака, за

якою здійснюється оцінювання певного явища, тоді як показники щодо нього можуть виступати як часткові критерії [77; 80]. У словнику з професійної освіти критерій (від грец. *kriterion* – засіб для судження) визначається як ознака, на підставі якої здійснюється оцінка якого-небудь явища чи дії [119, с. 154]. Отже, критерій у нашому дослідженні розглядається як узагальнена ознака, що відображає суттєву характеристику відповідного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Показник, своєю чергою, є мірою прояву критерію, його якісною та кількісною характеристикою, за якою визначаються різні стани досліджуваного об'єкта. Кожний критерій представлений групою показників, які якісно або кількісно його характеризують [77]. Тому у нашому дослідженні показники розглядаємо як конкретизовані характеристики, що дають змогу встановити рівень сформованості відповідного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Відповідно до визначеної структури готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності кожному компоненту відповідає певний критерій: мотиваційному компоненту – мотиваційний критерій, змістово-комунікативному компоненту – змістово-комунікативний критерій, організаційному компоненту – організаційний критерій. Сформованість кожного критерію визначається за сукупністю показників і характеризується відповідними рівнями – високим, середнім і низьким.

З огляду на викладене, подальший аналіз буде зосереджено на структурному аналізі готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності із виокремленням відповідних компонентів, критеріїв, показників та рівнів їх сформованості.

Мотиваційний компонент готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності конкретизується через мотиваційний критерій, який відображає ціннісне ставлення майбутнього лікаря до здоров'я людини, усвідомлення суспільної значущості просвітницької діяльності, соціальну відповідальність за зміст і

наслідки поширення медичної інформації, а також внутрішню спонуку до активної професійної участі у формуванні здоров'язбережувальної поведінки населення.

Показниками мотиваційного критерію визначено: цінність здоров'я, соціальну відповідальність та мотивацію до професійної активності.

Цінність здоров'я є основою професійного світогляду майбутнього лікаря, оскільки саме вона визначає його ставлення до здоров'я як найвищої особистісної та суспільної цінності. Для лікаря, який здійснює просвітницьку діяльність, важливо не лише дотримуватися здоров'язбережувальних принципів у власному житті, а й бути внутрішньо переконаним у необхідності їх популяризації серед населення. Саме усвідомлення цінності здоров'я формує професійну позицію майбутнього фахівця, орієнтовану на профілактику захворювань, зміцнення громадського здоров'я та поширення культури здорового способу життя.

У сучасній концепції громадського здоров'я здоров'я людини розглядається не лише як індивідуальна цінність, а й як суспільний ресурс, від якого залежить добробут населення та сталий розвиток суспільства [215]. За таких умов для лікаря турбота про збереження і зміцнення здоров'я населення набуває професійного змісту та визначає спрямованість його просвітницької діяльності.

К. Федченко визначає цінність здоров'я як складову самозбережувальної поведінки людини, що представлена системою індивідуальних вибірових зв'язків особистості з різними явищами середовища, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людини, а також визначають оцінку нею власного фізичного й психічного стану [149]. У контексті нашого дослідження цінність здоров'я розглядаємо як особистісну основу готовності майбутнього лікаря до просвітницької діяльності, що визначає його прагнення формувати відповідальне ставлення до здоров'я як власного, так і інших людей. Саме сформованість цього показника визначає готовність майбутнього лікаря не лише дотримуватися принципів здорового способу життя, а й послідовно реалізовувати просвітницьку функцію як важливу складову професійної діяльності.

Соціальна відповідальність є необхідною умовою здійснення просвітницької діяльності лікаря, оскільки будь-яка інформація щодо здоров'я, профілактики чи лікування безпосередньо впливає на поведінку людей, прийняття ними рішень та довіру до системи охорони здоров'я. У сучасних умовах стрімкого поширення недостовірної медичної інформації значення соціальної відповідальності лікаря суттєво зростає. Вона проявляється у прагненні поширювати виключно науково обґрунтовану інформацію, дотримуватися принципів доказової медицини, професійної етики, толерантності та поваги до різних категорій населення.

У сучасних наукових дослідженнях соціальна відповідальність працівників сфери охорони здоров'я розглядається як дотримання професійних і етичних принципів взаємодії із суспільством, що забезпечує довіру до медичної професії та сприяє підвищенню якості громадського здоров'я [57]. Таке розуміння соціальної відповідальності узгоджується з компетентнісною моделлю CanMEDS [173], відповідно до якої лікар виконує ролі професіонала (Professional) та промоутера здоров'я (Health Advocate), несе відповідальність за достовірність медичної інформації й сприяє формуванню довіри суспільства до системи охорони здоров'я.

У межах нашого дослідження соціальна відповідальність трактуємо як усвідомлену готовність майбутнього лікаря здійснювати просвітницьку діяльність відповідально, етично та професійно, прогнозуючи можливі наслідки власного інформаційного впливу на різні цільові аудиторії.

Мотивація до професійної активності характеризує внутрішню потребу майбутнього лікаря до постійного професійного розвитку, ініціативності та активної участі у просвітницькій роботі. Просвітницька діяльність належить до тих професійних функцій лікаря, результативність яких значною мірою залежить від його внутрішньої професійної мотивації, ініціативності та готовності до постійного саморозвитку, від особистої зацікавленості лікаря, його готовності виходити за межі безпосередньої лікувальної практики, брати участь у громадських, освітніх та

профілактичних заходах, використовувати сучасні комунікативні платформи для популяризації здорового способу життя.

У нашому дослідженні мотивацію до професійної активності розглядаємо як стійке прагнення майбутнього лікаря до професійного саморозвитку, участі у просвітницьких проєктах, пошуку інноваційних форм взаємодії з населенням та готовність брати на себе відповідальність за результати власної просвітницької діяльності. Саме цей показник характеризує внутрішню активність майбутнього лікаря як суб'єкта професійної діяльності та визначає його готовність систематично реалізовувати просвітницьку функцію у майбутній професійній практиці.

Отже, мотиваційний критерій відображає сформованість особистісно-ціннісної основи готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Таким чином, мотиваційний критерій виконує системоутворювальну функцію у структурі готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, оскільки саме він визначає особистісну спрямованість майбутнього фахівця на реалізацію просвітницької функції.

Сукупність визначених показників – цінності здоров'я, соціальної відповідальності та мотивації до професійної активності – характеризує внутрішню спрямованість майбутнього лікаря на здійснення просвітницької діяльності, усвідомлення її суспільної значущості та готовність до активної участі у формуванні здоров'язбережувальної поведінки населення.

Високий рівень сформованості мотиваційного критерію характеризується стійкою внутрішньою мотивацією до здійснення просвітницької діяльності, сформованою системою професійних і гуманістичних цінностей, високим рівнем соціальної відповідальності, усвідомленням просвітницької діяльності як невід'ємної складової професійної діяльності лікаря, прагненням до постійного професійного саморозвитку та готовністю ініціювати й реалізовувати просвітницькі заходи.

Середній рівень сформованості мотиваційного критерію характеризується позитивним ставленням до просвітницької діяльності, усвідомленням цінності здоров'я та необхідності його популяризації, проте мотивація до реалізації просвітницької функції має нестійкий, переважно ситуативний характер. Майбутній лікар визнає соціальну значущість просвітницької діяльності та відповідальність за поширення медичної інформації, однак не завжди виявляє достатню професійну ініціативність, самостійність і наполегливість щодо організації та проведення просвітницьких заходів. Потребує додаткового стимулювання до активної участі у просвітницькій діяльності та професійного саморозвитку.

Низький рівень сформованості мотиваційного критерію характеризується недостатньо сформованою цінністю здоров'я як особистісної та професійної цінності, слабким усвідомленням суспільної значущості просвітницької діяльності й соціальної відповідальності лікаря за результати інформаційного впливу на населення. Майбутній лікар не виявляє стійкої мотивації до участі у просвітницькій роботі, характеризується низьким рівнем професійної ініціативності, пасивним ставленням до виконання просвітницької функції та не виявляє потреби у професійному саморозвитку в цьому напрямі.

Змістово-комунікативний компонент конкретизується через *змістово-комунікативний критерій*, який відображає рівень сформованості знань, умінь і цифрових можливостей майбутнього лікаря, необхідних для підготовки, адаптації та реалізації медико-просвітницького контенту, здійснення ефективної професійної комунікації та інформаційної взаємодії з різними категоріями населення.

Показниками змістово-комунікативного критерію визначено: інтегровані медико-просвітницькі знання, просвітницько-комунікативні вміння та цифрову медико-просвітницьку грамотність.

Інтегровані медико-просвітницькі знання є змістовою основою готовності майбутнього лікаря до просвітницької діяльності, оскільки забезпечують наукову обґрунтованість, актуальність і доказовість інформації, що поширюється серед

населення. Особливість цього показника полягає в тому, що він не обмежується сукупністю медичних знань, а відображає результат їх інтеграції з педагогічними, психологічними, комунікативними та соціальними знаннями, необхідними для ефективної реалізації просвітницької функції лікаря.

У сучасній медичній освіті інтеграція фундаментальних, клінічних, психолого-педагогічних і комунікативних знань розглядається як одна з провідних умов формування професійної компетентності лікаря (Я. Кульбашна [63], І. Гуменна [25], Н. Кузьменко, М. Томчук, Д. Кисюк [61], Р. Гарден (*R. Harden*) [178]). Саме міждисциплінарний характер підготовки забезпечує здатність майбутнього лікаря використовувати медичні знання не ізольовано, а комплексно, відповідно до реальних потреб професійної діяльності.

Просвітницька діяльність сучасного лікаря передбачає не лише володіння сучасними досягненнями клінічної та профілактичної медицини, а й розуміння закономірностей навчання дорослих, особливостей сприйняття медичної інформації різними цільовими аудиторіями, принципів здоров'язбережувальної освіти, психологічних механізмів зміни поведінки та сучасних комунікативних стратегій. Саме інтеграція цих знань забезпечує здатність майбутнього лікаря здійснювати науково обґрунтовану, доступну та соціально значущу просвітницьку діяльність.

У контексті нашого дослідження інтегровані медико-просвітницькі знання розглядаємо як цілісну систему взаємопов'язаних медичних, педагогічних, психологічних, комунікативних і соціальних знань, що забезпечує здатність майбутнього лікаря науково обґрунтовувати зміст просвітницької діяльності, адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, аргументовано популяризувати здоровий спосіб життя, профілактику захворювань і принципи громадського здоров'я. Таким чином, саме інтегровані медико-просвітницькі знання визначають змістову готовність майбутнього лікаря до

просвітницької діяльності та забезпечують професійну достовірність, доступність і педагогічну доцільність інформації, що поширюється серед населення.

Просвітницько-комунікативні вміння характеризують здатність майбутнього лікаря ефективно організовувати комунікацію з різними цільовими аудиторіями, встановлювати партнерську взаємодію, доступно пояснювати складні медичні питання, аргументовано переконувати, вести конструктивний діалог та використовувати сучасні комунікативні технології для формування здоров'язбережувальної поведінки населення.

Особливістю цього показника є його інтегративний характер, оскільки він поєднує мовленнєві, педагогічні, психологічні та професійно-комунікативні вміння. Майбутній лікар повинен уміти адаптувати стиль і зміст повідомлення до рівня підготовленості аудиторії, враховувати її вікові, культурні та соціальні особливості, підтримувати зворотний зв'язок, створювати атмосферу довіри та мотивувати людей до усвідомленого прийняття рішень щодо збереження власного здоров'я.

Комунікативна складова просвітницької діяльності є визначальною, оскільки саме через професійну взаємодію лікар здійснює передачу медичної інформації, формує довіру, мотивує до зміни поведінки та забезпечує усвідомлене прийняття рішень щодо здоров'я. У сучасних моделях медичної освіти професійна комунікація визнається однією з ключових компетентностей лікаря, що відображено у компетентнісній моделі CanMEDS [173], стандартах World Federation for Medical Education (WFME) [214], а також у дослідженнях І. Гуменної [25]. Це зумовлює необхідність розглядати її як один із провідних показників готовності майбутнього лікаря до просвітницької діяльності.

У межах нашого дослідження просвітницько-комунікативні вміння розглядаємо як здатність майбутнього лікаря здійснювати педагогічно доцільну, професійно етичну й психологічно ефективну взаємодію з різними категоріями населення, забезпечуючи доступність, переконливість та практичну цінність медико-просвітницької інформації.

Цифрова медико-просвітницька грамотність відображає здатність майбутнього лікаря ефективно використовувати цифрові технології для створення, адаптації, критичного оцінювання та поширення медико-просвітницької інформації. У сучасних умовах цифровізації суспільства просвітницька діяльність дедалі частіше реалізується у цифровому середовищі, що вимагає від лікаря не лише володіння цифровими інструментами, а й уміння критично оцінювати інформаційні ресурси, протидіяти медичній дезінформації та використовувати сучасні цифрові платформи для формування культури здоров'я населення.

Стрімка цифровізація системи охорони здоров'я суттєво трансформувала характер просвітницької діяльності лікаря. Значна частина інформаційної взаємодії сьогодні здійснюється за допомогою цифрових платформ, соціальних мереж, мультимедійних ресурсів і телемедичних сервісів. Саме тому сучасний лікар повинен володіти цифровою грамотністю, уміти критично оцінювати цифрові інформаційні ресурси, протидіяти поширенню медичної дезінформації та створювати якісний цифровий медико-просвітницький контент [213; 215].

У контексті нашого дослідження цифрову медико-просвітницьку грамотність розглядаємо як інтегровану здатність майбутнього лікаря використовувати цифрові ресурси, онлайн-платформи, мультимедійні технології та інструменти цифрової комунікації для підготовки, реалізації та оцінювання ефективності просвітницької діяльності.

Отже, змістово-комунікативний критерій відображає ступінь сформованості змістової та комунікативної готовності майбутнього лікаря до просвітницької діяльності. Сукупність інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь і цифрової медико-просвітницької грамотності забезпечує здатність майбутнього лікаря здійснювати професійно обґрунтовану, педагогічно доцільну та комунікативно ефективну просвітницьку діяльність.

Високий рівень сформованості змістово-комунікативного критерію характеризується глибокими інтегрованими медико-просвітницькими знаннями,

умінням адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, високим рівнем просвітницько-комунікативних умінь, упевненим використанням цифрових технологій для створення та поширення медико-просвітницького контенту, здатністю критично оцінювати інформаційні джерела та ефективно протидіяти поширенню медичної дезінформації.

Середній рівень характеризується достатнім обсягом інтегрованих медико-просвітницьких знань, здатністю здійснювати професійну комунікацію та використовувати цифрові ресурси у типових ситуаціях, однак виникають труднощі під час адаптації інформації до особливостей різних аудиторій, вибору найбільш ефективних способів комунікації та створення якісного медико-просвітницького контенту.

Низький рівень характеризується фрагментарністю інтегрованих медико-просвітницьких знань, недостатнім розвитком просвітницько-комунікативних умінь, труднощами у доборі й адаптації медичної інформації, обмеженим використанням цифрових технологій у просвітницькій діяльності та неспроможністю забезпечити ефективну інформаційну взаємодію з різними категоріями населення.

Організаційний компонент конкретизується через *організаційний критерій*, який характеризує практичну готовність майбутнього лікаря до самостійного планування, організації, реалізації та рефлексивного аналізу просвітницької діяльності у професійному середовищі.

Показниками організаційного критерію визначено: проєктувально-організаційні вміння, просвітницько-інтерактивну взаємодію та професійну рефлексію.

Проєктувально-організаційні вміння характеризують здатність майбутнього лікаря визначати мету, прогнозувати очікувані результати, планувати зміст, добирати форми, методи й засоби просвітницької діяльності відповідно до особливостей конкретної цільової аудиторії. Вони передбачають уміння розробляти

просвітницькі заходи, створювати інформаційні матеріали, визначати послідовність їх реалізації, раціонально використовувати ресурси та забезпечувати досягнення поставленої просвітницької мети. Проєктування просвітницької діяльності є одним із провідних етапів її професійної реалізації, оскільки саме на цьому етапі визначаються цілі, прогнозуються очікувані результати, добираються педагогічно доцільні форми взаємодії та засоби комунікації. У сучасній педагогіці професійної освіти проєктувальна діяльність розглядається як важливий показник професійної зрілості майбутнього фахівця (О. Пехота [114], О. Дубасенюк [32]), а у медичній освіті – як необхідна умова ефективної реалізації професійних функцій лікаря (Я. Кульбашна [62; 63], Ю. Вороненко [18]).

У межах нашого дослідження проєктувально-організаційні вміння розглядаємо як здатність майбутнього лікаря самотійно конструювати процес просвітницької діяльності, забезпечуючи його наукову обґрунтованість, логічність, педагогічну доцільність і практичну результативність.

Просвітницько-інтерактивна взаємодія характеризує здатність майбутнього лікаря організовувати активну взаємодію з різними категоріями населення, залучати їх до обговорення актуальних питань здоров'я, підтримувати партнерське спілкування, використовувати інтерактивні методи навчання, фасилітаційні технології та сучасні цифрові засоби комунікації.

Сучасна концепція просвітницької діяльності ґрунтується на засадах партнерської взаємодії між лікарем і пацієнтом, що передбачає активне залучення людини до обговорення питань здоров'я, прийняття спільних рішень та формування відповідального ставлення до власного здоров'я. Саме тому просвітницька діяльність дедалі більше набуває інтерактивного характеру, а лікар виступає не лише інформатором, а й фасилітатором процесу навчання та зміни здоров'язбережувальної поведінки.

На відміну від традиційного інформування, сучасна просвітницька діяльність передбачає двосторонню взаємодію, що забезпечує активну участь аудиторії у

формуванні здоров'язбережувальної поведінки. Саме тому цей показник характеризує здатність майбутнього лікаря створювати освітньо-комунікативне середовище, яке сприяє усвідомленому прийняттю рішень щодо збереження здоров'я.

Професійна рефлексія відображає здатність майбутнього лікаря аналізувати процес і результати власної просвітницької діяльності, критично оцінювати її ефективність, визначати сильні сторони й труднощі, прогнозувати шляхи вдосконалення та коригувати власні професійні дії.

У сучасній педагогічній науці професійна рефлексія розглядається як один із провідних механізмів професійного розвитку, що забезпечує самоаналіз, самооцінювання та безперервне професійне вдосконалення фахівця (І. Зязюн [39], С. Сисоєва [130], Н. Ничкало [89], О. Лебідь, Н. Волкова, С. Кожушко [64]). Для лікаря рефлексія набуває особливого значення, оскільки дозволяє критично оцінювати ефективність просвітницької діяльності та своєчасно коригувати її зміст, форми й методи.

У контексті нашого дослідження професійну рефлексію розглядаємо як необхідну умову професійного розвитку майбутнього лікаря, що забезпечує безперервне вдосконалення просвітницької діяльності, підвищення її якості та ефективності відповідно до сучасних потреб суспільства.

Отже, організаційний критерій відображає ступінь сформованості практичної готовності майбутнього лікаря до здійснення просвітницької діяльності. Сукупність проєктувально-організаційних умінь, здатності до просвітницько-інтерактивної взаємодії та професійної рефлексії забезпечує ефективне практичне виконання просвітницької функції у майбутній професійній діяльності.

Варто зазначити, що організаційний критерій виконує діяльнісно-практичну функцію у структурі готовності майбутнього лікаря до просвітницької діяльності, забезпечуючи перехід від сформованої мотивації та професійних знань до їх практичної реалізації в умовах реальної професійної взаємодії.

Виокремлено три рівні сформованості даного критерію.

Високий рівень сформованості організаційного критерію характеризується здатністю самостійно проєктувати, організовувати, реалізовувати та оцінювати просвітницьку діяльність, творчо добирати форми й методи роботи, ефективно взаємодіяти з різними цільовими аудиторіями, використовувати інтерактивні й цифрові технології та здійснювати глибоку професійну рефлексію результатів власної діяльності.

Середній рівень характеризується здатністю проєктувати й організовувати просвітницьку діяльність у типових професійних ситуаціях, підтримувати взаємодію з аудиторією та здійснювати елементарний аналіз результатів власної діяльності, однак потребує консультативної допомоги під час розроблення складних просвітницьких заходів, використання інноваційних технологій та здійснення глибокої професійної рефлексії.

Низький рівень характеризується недостатньою сформованістю проєктувально-організаційних умінь, труднощами у плануванні та реалізації просвітницьких заходів, пасивністю під час взаємодії з аудиторією, обмеженим використанням сучасних технологій та недостатньо розвиненою здатністю до професійної рефлексії й самооцінювання результатів власної діяльності.

Проведений теоретичний аналіз сутності готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, специфіки професійної діяльності сучасного лікаря та особливостей реалізації ним просвітницької функції дав змогу обґрунтувати структуру досліджуваної готовності як цілісного інтегрального професійно-особистісного утворення (див. табл. 1.7).

У структурі готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності виокремлено три взаємопов'язані компоненти: мотиваційний, змістово-комунікативний та організаційний.

Мотиваційний компонент відображає особистісно-ціннісну спрямованість майбутнього лікаря на здійснення просвітницької діяльності, його усвідомлення

соціальної значущості просвітницької функції, прагнення до популяризації здорового способу життя та готовність брати активну участь у формуванні здоров'язбережувальної поведінки населення. Йому відповідає мотиваційний критерій, який характеризується такими показниками, як цінність здоров'я, соціальна відповідальність та мотивація до професійної активності.

Таблиця 1.7

Структура готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Компонент	Критерій	Показники
Мотиваційний	Мотиваційний	Цінність здоров'я; соціальна відповідальність; мотивація до професійної активності
Змістово-комунікативний	Змістово-комунікативний	Інтегровані медико-просвітницькі знання; просвітницько-комунікативні вміння; цифрова медико-просвітницька грамотність
Організаційний	Організаційний	Проектувально-організаційні вміння; просвітницько-інтерактивна взаємодія; професійна рефлексія

Змістово-комунікативний компонент характеризує сформованість інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь і цифрової медико-просвітницької грамотності, що забезпечують здатність майбутнього лікаря науково обґрунтовано добирати, адаптувати та ефективно поширювати медико-просвітницьку інформацію відповідно до особливостей різних цільових аудиторій. Його конкретизує змістово-комунікативний критерій, показниками якого визначено інтегровані медико-просвітницькі знання, просвітницько-комунікативні вміння та цифрову медико-просвітницьку грамотність.

Організаційний компонент відображає практичну готовність майбутнього лікаря до проектування, організації, реалізації та оцінювання результативності просвітницької діяльності, добору адекватних форм, методів, засобів і цифрових технологій відповідно до особливостей конкретної аудиторії. Йому відповідає організаційний критерій, показниками якого визначено проектувально-

організаційні вміння, просвітницько-інтерактивну взаємодію та професійну рефлексію.

Визначені компоненти, критерії та показники перебувають у тісному взаємозв'язку і взаємозумовлюють один одного. Мотиваційний компонент забезпечує особистісну спрямованість майбутнього лікаря на здійснення просвітницької діяльності, змістово-комунікативний – її науково-методичне та інформаційно-комунікативне забезпечення, а організаційний – практичну реалізацію просвітницької функції у професійній діяльності. Лише їх цілісна єдність забезпечує сформованість готовності майбутнього лікаря до ефективної просвітницької діяльності.

Відповідно до ступеня прояву визначених критеріїв і показників виокремлено три рівні сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності: високий, середній і низький.

Високий рівень характеризується сформованістю цілісної готовності до просвітницької діяльності, що виявляється у стійкій професійній мотивації, усвідомленні соціальної значущості просвітницької функції лікаря, глибоких інтегрованих медико-просвітницьких знаннях, високому рівні просвітницько-комунікативних, проєктувально-організаційних і цифрових умінь. Майбутній лікар здатний самостійно проєктувати, організовувати, реалізовувати й оцінювати результативність просвітницької діяльності, творчо застосовувати сучасні педагогічні, комунікативні та цифрові технології, ефективно взаємодіяти з різними категоріями населення, здійснювати професійну рефлексію та постійно вдосконалювати власну просвітницьку діяльність.

Середній рівень характеризується достатнім рівнем сформованості готовності до просвітницької діяльності. Майбутній лікар позитивно ставиться до реалізації просвітницької функції, володіє необхідними інтегрованими медико-просвітницькими знаннями, основними комунікативними, організаційними та цифровими вміннями, здатний здійснювати просвітницьку діяльність у типових

професійних ситуаціях. Водночас він не завжди виявляє достатню самостійність, професійну ініціативність і творчість, потребує консультативної підтримки під час проєктування складніших просвітницьких заходів, використання інноваційних технологій та рефлексивного аналізу результатів власної діяльності.

Низький рівень характеризується недостатньою сформованістю готовності до просвітницької діяльності, що проявляється у слабкій професійній мотивації, фрагментарності інтегрованих медико-просвітницьких знань, недостатньому розвитку просвітницько-комунікативних, організаційних і цифрових умінь. Майбутній лікар зазнає труднощів під час планування, організації та реалізації просвітницьких заходів, недостатньо враховує особливості різних цільових аудиторій, невпевнено використовує сучасні комунікативні й цифрові технології, не виявляє належної професійної рефлексії та потребує системної педагогічної підтримки для формування готовності до виконання просвітницької функції.

Запропонована структура готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності стала концептуальною основою розроблення технології її формування, а також побудови критеріально-діагностичного інструментарію експериментального дослідження.

Висновки до розділу 1

У першому розділі дисертаційного дослідження здійснено комплексний теоретичний аналіз проблеми підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що дало змогу визначити концептуальні засади дослідження, уточнити зміст основних понять та обґрунтувати авторське бачення структури готовності майбутніх лікарів до реалізації просвітницької функції.

Проведене теоретичне дослідження дозволяє сформулювати такі узагальнені висновки.

1. На основі аналізу міжнародних і вітчизняних наукових джерел встановлено, що сучасна система охорони здоров'я характеризується

переорієнтацією від переважно лікувальної моделі до профілактично-орієнтованої та пацієнтоцентрованої, у якій просвітницька діяльність лікаря набуває статусу однієї з провідних професійних функцій. Доведено, що сучасний лікар виконує ролі не лише клініциста, а й комунікатора, консультанта, наставника, промоутера здоров'я та суб'єкта формування медичної грамотності населення. На цій основі уточнено сутність поняття *«лікар-просвітник»* та систематизовано основні напрями просвітницької діяльності: профілактично-превентивний, консультативний, реабілітаційно-абілітаційний, медико-психологічний, професійно-освітній і цифрово-комунікаційний.

2. Аналіз сучасних тенденцій розвитку медичної освіти засвідчив, що ефективна підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності потребує переходу від предметоцентричної моделі навчання до міждисциплінарної інтеграції, яка забезпечує цілісне поєднання медичних, педагогічних, психологічних, комунікативних та цифрових знань. Узагальнення праць українських і зарубіжних учених дало підстави констатувати, що міждисциплінарна інтеграція виступає не лише дидактичним принципом, а й методологічною основою професійної підготовки сучасного лікаря, оскільки забезпечує комплексне формування професійних компетентностей, необхідних для реалізації просвітницької функції.

3. Узагальнення психолого-педагогічних і медико-педагогічних підходів до трактування професійної готовності дозволило визначити готовність майбутніх лікарів до просвітницької діяльності як інтегральне професійно-особистісне утворення, що формується у процесі фахової підготовки на засадах міждисциплінарної інтеграції та забезпечує здатність майбутнього лікаря здійснювати просвітницьку діяльність шляхом науково обґрунтованого, педагогічно доцільного й комунікативно ефективного поширення знань щодо збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення, адаптуючи зміст і форми взаємодії до потреб різних цільових аудиторій.

4. Обґрунтовано структуру готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, яка охоплює три взаємопов'язані компоненти: мотиваційний, змістово-комунікативний та організаційний. Визначено відповідні критерії та показники їх сформованості. Мотиваційний компонент характеризує ціннісне ставлення до просвітницької діяльності, соціальну відповідальність і професійну активність; змістово-комунікативний – сформованість інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь і цифрової медико-просвітницької грамотності; організаційний – здатність проєктувати, організовувати, реалізовувати й оцінювати результативність просвітницької діяльності, забезпечуючи ефективну взаємодію з різними категоріями населення.

5. Відповідно до визначених критеріїв і показників охарактеризовано високий, середній і низький рівні сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, що створює науково обґрунтовану основу для розроблення критеріально-діагностичного інструментарію та проведення експериментальної перевірки ефективності запропонованої педагогічної технології.

Таким чином, результати теоретичного аналізу підтвердили, що підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності є складною міждисциплінарною педагогічною проблемою, розв'язання якої потребує цілеспрямованого формування мотиваційної, змістово-комунікативної та організаційної готовності майбутніх фахівців. Отримані результати стали теоретико-методологічною основою для розроблення моделі формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, визначення педагогічних умов її реалізації та організації експериментального дослідження, що становить предмет наступного розділу дисертації.

Матеріали, які увійшли до розділу 1, опубліковано автором у наукових статтях і матеріалах конференцій [99; 101; 103; 104; 105; 109].

РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАСАДАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

2.1. Обґрунтування науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції

Формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності є складним, багатовимірним процесом, що охоплює мотиваційні, фахові, організаційні та комунікативно-діяльнісні складники професійного профілю лікаря. Такий процес потребує цілеспрямованої організації освітнього середовища, узгодженості змісту професійної підготовки, форм, методів і засобів навчання, а також системної взаємодії всіх учасників освітнього процесу.

У сучасних педагогічних дослідженнях досягнення подібних цілей традиційно пов'язують із використанням моделей, педагогічних систем або педагогічних технологій. У межах нашого дослідження перевагу надано саме *науково-педагогічній технології*, оскільки вона забезпечує концептуальну цілісність, логічну послідовність, алгоритмічність і керованість процесу формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Звернення до категорії «науково-педагогічна технологія» зумовлює необхідність уточнення співвідношення понять «технологія», «педагогічна технологія» та «науково-педагогічна технологія», які відображають послідовний розвиток технологічного підходу в педагогічній науці.

Історично поняття «технологія» (грец. *technē* – мистецтво, майстерність, *logos* – учення) виникло у сфері матеріального виробництва й означало сукупність способів, операцій і засобів, що забезпечують досягнення прогнозованого результату. У педагогічній науці зміст цього поняття трансформувався відповідно до специфіки освітньої діяльності. Якщо технологія у виробничій сфері спрямована

на створення матеріального продукту, то педагогічна технологія орієнтована на гарантоване досягнення освітнього результату шляхом науково обґрунтованої організації процесу навчання.

Саме таке розуміння представлено у працях І. Прокопенка та В. Євдокимова, які акцентують увагу на впорядкованості, прогнозованості та керованості технологічного процесу [112]. У «Глосарії термінів з технологій освіти» (ЮНЕСКО) педагогічна технологія визначається як системний метод створення, застосування й оцінювання всього процесу навчання з урахуванням взаємодії людських і технічних ресурсів, спрямований на оптимізацію освіти. Аналізуючи еволюцію цього поняття, В. Ортінський простежує розвиток технологічного підходу від ідеї «інженерної педагогіки» та програмованого навчання до сучасного розуміння педагогічної технології як комплексної системи організації освітнього процесу [93].

У сучасних дослідженнях педагогічна технологія розглядається не лише як алгоритм педагогічних дій, а як цілісна система взаємодії учасників освітнього процесу. Так, Н. Волкова підкреслює значення комфортного освітнього середовища та ефективної педагогічної взаємодії [15], тоді як О. Пехота визначає педагогічну технологію як науково обґрунтований процес проєктування й реалізації комплексу педагогічних дій, що забезпечує гарантоване досягнення прогнозованих результатів професійного розвитку особистості [114].

Більш високим рівнем узагальнення виступає науково-педагогічна технологія, яка ґрунтується на цілісній теоретичній концепції, спирається на результати фундаментальних педагогічних досліджень та передбачає експериментальне підтвердження своєї ефективності [1].

Технологічний підхід у педагогічних процесах представлений у численних академічних дослідженнях О. Антонової [1], С. Вітвицької [14], Н. Волкової [15], О. Набоки [83], В. Ортінського [93], І. Прокопенка [113], С. Сисоєвої [129], де автори узагальнюють основні аспекти технологічної освіти: інструментальне управління навчальним процесом і гарантоване досягнення поставлених

навчальних цілей та його категорії: чітка визначеність послідовних кроків, які спрямовані на досягнення запланованої мети; представлення й обґрунтування результатів із заздалегідь заданими кількісними та якісними показниками; відтворюваність технології в інших освітніх умовах. Таким чином, аналіз наукових підходів дозволяє стверджувати, що незалежно від авторського трактування педагогічна технологія розглядається як цілісна система організації освітнього процесу, орієнтована на гарантоване досягнення прогнозованого результату шляхом науково обґрунтованого добору змісту, форм, методів і засобів навчання.

Особливу увагу привертає підхід О. Антонової, яка розглядає педагогічну технологію у трьох взаємопов'язаних аспектах: як науковий напрям педагогіки, що проєктує освітній процес; як процесуально-описову модель, яка визначає алгоритм досягнення освітньої мети; та як процесуально-дієвий механізм реалізації педагогічної взаємодії [1, с. 4–5].

Нам імпонує узагальнення наукових підходів до визначення поняття «педагогічна технологія», представлене у авторському дослідженні М. Носко, С. Гаркуші, Г. Цигури: «сукупність психолого-педагогічних установок, що визначають спеціальний набір і компонування форм, методів, способів, прийомів навчання, виховних засобів; організаційно-методичний інструментарій педагогічного процесу; системна сукупність і порядок функціонування всіх особистісних, інструментальних і методологічних засобів, які використовуються для досягнення педагогічних цілей» [90, с. 6]

Сучасні науковці підходять до трактування педагогічної технології в аспекті її реалізації для досягнення конкретних цілей педагогічного експерименту. Так, М. Карпова визначає критерії технологічності (системи вихідних положень щодо конструювання будь-якої педагогічної технології), до яких авторка відносить концептуальність (розроблення технології у межах конкретної педагогічної концепції); системність (логіка процесу, взаємозв'язок всіх його частин, цілісність); цілеспрямованість (згідно із цілями визначаються усі інші складові технології);

діагностичність (методики, через які достовірно визначається 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) [44, с. 138]. Саме наведені критерії технологічності мають принципове значення для нашого дослідження, оскільки вони стали основою проєктування авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Т. Крамаренко використовує поняття «технологія навчання» як синонім «педагогічної технології» і надає поняттю змісту способу реалізації змісту навчання, передбачуваного навчальними програмами, що є системою форм, методів і засобів навчання та забезпечує найбільш ефективне досягнення поставленої мети [58].

В. Блохіна технології формування готовності майбутніх практичних психологів до управління розвитком професійної групи на засадах тимбілдингу надає рис інтерактивності, соціальної відповідальності та когнітивної практичності [7]. Наведений підхід підтверджує, що сучасні педагогічні технології дедалі більше орієнтуються не лише на засвоєння знань, а й на формування інтерактивної взаємодії, соціальної відповідальності та практичної готовності до професійної діяльності.

Науковці наголошують, що педагогічні технології мають бути орієнтованими на сучасні норми і стандарти освіти. Так, Н. Волкова зауважує на важливості орієнтації навчальної технології на цілях, визначених освітніми стандартами, навчальними планами [15, с. 8]; орієнтуючись на авторську концепцію таксономії цілей американського вченого Б. Блума, О. Антонова представляє шість рівнів, на

яких відбуваються окремі пізнавальні процеси, обумовлені інтелектуальною діяльністю учня: знання, розуміння (перенесення змісту з однієї мови на іншу, інтерпретація), застосування (застосування: залучення методів, правил, загальних понять, законів, закономірностей при розв'язуванні навчально-виховних завдань), аналіз (вміння розділяти ціле на його елементи, встановлювати градацію цих елементів та відношень між ними: а) аналіз елементів; б) аналіз відношень між елементами; в) аналіз принципів організації цілого з частин), синтез (побудова цілого з одержаних елементів з метою створення нової структури: побудова особистого твору; розробка плану діяльності; створення образу цілого на основі часткових даних), оцінка: а) оцінка матеріалу і методів з урахуванням прийнятих цілей; б) оцінка на основі внутрішніх критеріїв; в) оцінка на основі зовнішніх критеріїв [1]. Таким чином, педагогічна технологія забезпечує не лише передачу знань, а й послідовний розвиток пізнавальної діяльності здобувачів освіти від засвоєння інформації до її творчого застосування.

Отже, проведений аналіз наукових підходів дозволив узагальнити основні характеристики науково-педагогічної технології, до яких віднесено концептуальність, прогнозованість результатів, системність, проєктованість, алгоритмічність, реалізованість, діагностичність, відтворюваність і можливість коригування. Водночас технологія, спрямована на формування конкретного професійно значущого утворення, повинна враховувати специфіку майбутньої професійної діяльності, бути ресурсно забезпеченою, соціально орієнтованою та інтегрованою в освітнє середовище закладу вищої освіти. Саме такі положення стали теоретико-методологічною основою розроблення авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Сучасний розвиток громадського здоров'я, цифровізація інформаційного простору, поширення медичної дезінформації та необхідність підвищення рівня медичної грамотності населення суттєво актуалізували просвітницьку функцію

лікаря. У документах Всесвітньої організації охорони здоров'я просвітницька діяльність визначається одним із ключових інструментів зміцнення громадського здоров'я, профілактики захворювань та формування здоров'язбережувальної поведінки населення [207-210; 212; 215].

У сучасній українській педагогічній науці проблематика реалізації педагогічних експериментів у закладах вищої медичної освіти пов'язана передусім із дослідженням ефективності педагогічних умов та технологій професійної підготовки майбутніх лікарів. Так, зокрема у дослідженні В. Стинської, І. Кліщ, Н. Кравець акцентовано увагу на ефективності міждисциплінарного підходу у підготовці майбутніх лікарів, що дозволяє використовувати потенціал інновацій – як-от: апробації змішаного навчання, кейс-методів, інтегрованих міждисциплінарних модулів, а також телемедичних технологій для підвищення мотивації студентів до навчання, формування у них клінічних й етичних компетентностей, цифрової грамотності та готовності до безперервного професійного розвитку [139]. М. Карпова зауважує на дієвості технологічного підходу у підготовці майбутніх педіатрів до командної роботи [44]; колектив науковців Р. Горбатюк, І. Волч, Г. Михайлишин, В. Буката аналізує зміни у структурі та технологіях підготовки лікарів у сучасній вищій медичній освіті, зокрема використання дистанційних технологій, інформаційного освітнього середовища та нових форм організації самостійної роботи студентів [24]. Інший авторський колектив (А. Волосовець, І. Зозуля, О. Іващенко, І. Вербицький, О. Крамарева, А. Бойко, Д. Савченко) розглядає оновлення освітніх технологій у підготовці майбутніх лікарів (із включенням компетентнісного підходу, інтеграцією теоретичного і клінічного навчання) - як чинник розвитку медичної освіти [17]. Таким чином, сучасні дослідження підтверджують ефективність технологічного підходу у професійній підготовці майбутніх лікарів, однак вони переважно спрямовані на формування окремих професійних компетентностей і недостатньо висвітлюють проблему підготовки до просвітницької діяльності.

Низку експериментальних досліджень присвячено формуванню комунікативної компетентності майбутніх лікарів, розвитку їхніх професійно значущих комунікативних якостей і культури професійного спілкування. Так, Н. Галіяш, Н. Білкевич, Н. Петренко [19] обґрунтовують доцільність упровадження наскрізної програми з медичної комунікації, що передбачає поетапне формування комунікативних умінь майбутніх фахівців і забезпечує їх трансформацію у професійну комунікативну компетентність.

І. Кінаш [46] розглядає комунікативну підготовку майбутніх лікарів як цілісну педагогічну технологію, що передбачає оновлення змісту освітньої програми, застосування спеціальних методів навчання та створення педагогічних умов для розвитку гнучкості, емпатійності й рефлексивності професійного спілкування. К. Качайло [45] доводить ефективність педагогічних умов формування комунікативної культури студентів-медиків через створення професійно орієнтованого освітнього середовища та використання комунікативно насичених форм навчання. На важливості розвитку комунікативної компетентності як складової професійної готовності майбутнього лікаря наголошує М. Бичко [5], тоді як С. Поплавська [116] обґрунтовує технологію формування готовності студентів медичних коледжів до професійної комунікативної взаємодії. Окремий напрям досліджень становлять праці, присвячені ролі науково-дослідної діяльності студентів у професійній підготовці лікаря (Д. Іщук (*D. Ishchuk*) [180]). Аналіз наведених досліджень засвідчує, що комунікативна підготовка розглядається як одна з провідних складових професійної компетентності лікаря, проте переважно орієнтується на взаємодію «лікар – пацієнт» і лише фрагментарно охоплює підготовку до просвітницької взаємодії з різними категоріями населення.

Останнім часом інтерес науковців-методологів суттєво змістився у дослідження категорії міждисциплінарності процесів підготовки фахівців, зокрема і медичної галузі. Так, І. Бурлака та В. Підгайна звертають на важливість інтеграції медичних і біологічних наук у міждисциплінарному підході медичних освітніх

програм [11]. Про міждисциплінарну інтеграцію у професійній підготовці майбутніх фахівців медичної галузі йдеться у праці І. Гуменної [25], цю ж тему у підготовці фармацевтів досліджує І. Мельничук [74], конкретизація означеної науково-методичної проблеми для підготовки фахівців-реабілітологів представлена у дослідженні Р. Слухенської та П. Ковальчук [132].

Узагальнення наведених праць дозволяє зробити висновок, що міждисциплінарна інтеграція сьогодні розглядається як один із провідних напрямів модернізації медичної освіти. Водночас її потенціал щодо формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності залишається недостатньо реалізованим.

Технологія підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності має ґрунтуватися на принципах гуманізму, професійної етики, доказової медицини та соціальної відповідальності, оскільки поширення медичної інформації безпосередньо впливає на здоров'язбережувальну поведінку населення, рівень медичної грамотності та довіру до системи охорони здоров'я.

Таке розуміння сутності медичного просвітництва дає підстави виокремити основні цільові аудиторії, на які має бути спрямована просвітницька діяльність лікаря. До них відносимо:

- *медичних працівників*, які потребують постійного оновлення знань щодо сучасних досягнень медичної науки, новітніх технологій діагностики, лікування, профілактики та доказової медицини;
- *пацієнтів та осіб із хронічними захворюваннями*, для яких особливого значення набуває формування навичок самоконтролю, дотримання рекомендацій щодо лікування, профілактики ускладнень і ведення здоров'язбережувального способу життя;
- *членів сімей пацієнтів*, які беруть безпосередню участь у догляді, реабілітації та психологічній підтримці хворих і потребують відповідної медико-просвітницької інформації;

– *здорове населення різних вікових і соціальних груп*, просвітницька діяльність щодо якого спрямована на популяризацію здорового способу життя, профілактику захворювань, підвищення рівня медичної грамотності, формування відповідального ставлення до власного здоров'я, інформування про заходи громадського здоров'я, профілактику інфекційних захворювань, вакцинацію, дотримання санітарно-гігієнічних норм і протидію медичній дезінформації;

– *представників професійних та місцевих спільнот* (працівників закладів освіти, підприємств, громадських організацій, органів місцевого самоврядування тощо), взаємодія з якими сприяє реалізації колективних програм профілактики, здоров'язбереження та розвитку громадського здоров'я.

Усвідомлення специфіки цільових аудиторій, на які спрямована просвітницька діяльність лікаря, дає змогу конкретизувати зміст професійної підготовки майбутніх лікарів до виконання відповідних просвітницьких функцій. Це зумовлює необхідність перегляду змістового наповнення окремих освітніх компонентів, посилення їх міждисциплінарної інтеграції та включення навчального матеріалу, спрямованого на формування готовності до взаємодії з різними категоріями населення. Особливої ваги набуває добір навчальних дисциплін і змістових модулів, які забезпечують інтеграцію медичних, педагогічних, психологічних, комунікативних та цифрових знань, необхідних для здійснення ефективної просвітницької діяльності.

Водночас реалізація авторської науково-педагогічної технології здійснюється в межах визначеного терміну професійної підготовки, що потребує цілеспрямованого добору найбільш ефективних форм, методів і засобів навчання. Їх вибір має забезпечувати не лише засвоєння інтегрованих медико-просвітницьких знань, а й послідовне формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

З огляду на специфіку підготовки у закладах вищої медичної освіти доцільно

застосовувати такі форми й методи навчання, які забезпечують активну професійну взаємодію студентів, розвиток просвітницько-комунікативних умінь, здатності адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, критично аналізувати інформаційні джерела, аргументовано популяризувати принципи здорового способу життя та використовувати сучасні цифрові засоби медичної комунікації. Важливого значення при цьому набуває міждисциплінарний підхід, який забезпечує цілісне бачення проблем громадського здоров'я, формує системне професійне мислення майбутнього лікаря та створює умови для науково обґрунтованої інтерпретації медичної інформації відповідно до потреб конкретної аудиторії.

З огляду на специфіку професійної підготовки у закладах вищої медичної освіти особливого значення набуває добір таких форм і методів навчання, які забезпечують розвиток просвітницько-комунікативної компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення фахових дисциплін. На відміну від традиційного підходу, коли розвиток комунікативних умінь пов'язується переважно з мовною підготовкою, у нашому дослідженні вони формуються шляхом інтеграції медичних, педагогічних, психологічних та цифрових компонентів професійної освіти.

Провідне місце у запропонованій технології займають інтерактивні та практикоорієнтовані методи навчання, зокрема аналіз професійних ситуацій, моделювання просвітницької взаємодії, рольові й ділові ігри, тренінгові заняття, проєктна діяльність, робота з цифровими освітніми ресурсами, створення медико-просвітницького контенту, групові дискусії, рефлексивні практики та виконання міждисциплінарних кейсів. Використання зазначених методів забезпечує розвиток умінь адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, здійснювати професійно доцільну комунікацію, аргументовано популяризувати здоровий спосіб життя та ефективно використовувати сучасні цифрові інструменти просвітницької діяльності.

Результативність запропонованої науково-педагогічної технології

визначається рівнем сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, що охоплює мотиваційний, змістово-комунікативний та організаційний компоненти. Високий рівень сформованості готовності проявляється у стійкій професійній мотивації до просвітницької діяльності, сформованості інтегрованих медико-просвітницьких знань, розвинених просвітницько-комунікативних і організаційних умінь, високому рівні цифрової медико-просвітницької грамотності, здатності самостійно проєктувати, реалізовувати та оцінювати результативність просвітницьких заходів, а також готовності до безперервного професійного саморозвитку.

Визначена структура готовності стала підґрунтям для добору критеріально-діагностичного інструментарію експериментального дослідження. Для оцінювання рівня сформованості досліджуваної якості використано комплекс взаємодоповнювальних методів, серед яких аналіз результатів навчальної діяльності, педагогічне спостереження, анкетування, авторські діагностичні матеріали та стандартизовані психолого-педагогічні методики, що забезпечують оцінювання окремих компонентів готовності, зокрема діагностику комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2), методику оцінки здатності до самовдосконалення (М. Лукашевич) та методику діагностики лідерських здібностей (Є. Жаріков, Є. Крушельницький).

Таким чином, авторська науково-педагогічна технологія формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності розглядається як цілісна система організації професійної підготовки, інтегрована у зміст освітнього процесу закладу вищої медичної освіти. Її реалізація забезпечує послідовне формування готовності майбутніх лікарів до виконання просвітницької функції відповідно до сучасних вимог розвитку медичної освіти, громадського здоров'я та інформаційного суспільства.

Спираючись на сучасні наукові підходи до технологізації професійної підготовки фахівців та враховуючи специфіку просвітницької діяльності лікаря, у

дослідженні науково-педагогічну технологію формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності розглядаємо як цілісну систему організації освітнього процесу, побудовану на засадах міждисциплінарної інтеграції, яка забезпечує послідовне формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до здійснення просвітницької діяльності шляхом інтеграції медичних, педагогічних, психологічних, комунікативних і цифрових знань, умінь та досвіду професійної взаємодії.

Розроблення авторської науково-педагогічної технології зумовлене сучасними тенденціями розвитку медичної освіти та трансформацією професійних функцій лікаря, який сьогодні виступає не лише клініцистом, а й активним суб'єктом просвітницької діяльності у сфері громадського здоров'я. Зміст технології враховує різні напрями професійної просвітницької взаємодії – «лікар – пацієнт», «лікар – населення», «лікар – професійна спільнота», а також використання сучасних цифрових каналів комунікації, зокрема офіційних інформаційних платформ, соціальних мереж, професійних медичних ресурсів, авторських просвітницьких проєктів та інших цифрових засобів популяризації науково обґрунтованої медичної інформації.

Відповідно до визначеної логіки формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності авторська науково-педагогічна технологія реалізується через взаємопов'язані етапи: концептуально-цільовий, організаційно-підготовчий, змістово-процесуальний та рефлексивно-коригувальний, послідовна реалізація яких забезпечує досягнення прогнозованого результату – сформованість готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

У загальному вигляді означена технологія представлена на рисунку 2.1.



Рис. 2.1. Науково-педагогічна технологія підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції

Концептуально-цільовий етап.

Метою авторської науково-педагогічної технології є формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції. Досягнення поставленої мети передбачає послідовне формування всіх компонентів досліджуваної готовності.

Мотиваційний компонент спрямований на формування ціннісного ставлення майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, усвідомлення її суспільної значущості, розвитку соціальної відповідальності та стійкої професійної мотивації до популяризації здорового способу життя й формування здоров'язбережувальної поведінки населення.

Змістово-комунікативний компонент забезпечує формування інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь і цифрової медико-просвітницької грамотності, необхідних для науково обґрунтованого добору, адаптації, створення та поширення медико-просвітницького контенту, а також ефективної взаємодії з різними цільовими аудиторіями.

Організаційний компонент орієнтований на розвиток проєктувально-організаційних умінь, здатності до просвітницько-інтерактивної взаємодії та професійної рефлексії, що забезпечують самостійне планування, реалізацію, оцінювання й удосконалення просвітницької діяльності у майбутній професійній практиці.

Методологічною основою розроблення науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності стали взаємопов'язані наукові підходи, які забезпечують цілісність її концептуального обґрунтування, визначають логіку організації освітнього процесу та механізми формування досліджуваної готовності.

Компетентнісний підхід (І. Радзієвська [121], О. Халло [151], Я. Кульбашна [53], Дж. Франк (*J. Frank*), Л. Снелл (*L. Snell*), Дж. Шербіно (*J. Sherbino*) [173], World Federation for Medical Education (WFME) [214]) визначає стратегічну орієнтацію

професійної підготовки на формування здатності майбутнього лікаря ефективно реалізовувати просвітницьку функцію у майбутній професійній діяльності. У межах дослідження компетентність розглядається як практичний прояв сформованої готовності, що реалізується через здатність інтегрувати професійні знання, комунікативні вміння, цифрові технології та особистісні якості під час здійснення просвітницької діяльності.

Аксіологічний підхід (Л. Нікогосян, Ю. Асєєва [88], К. Федченко [149], І. Бех [3], В. Кремень [59]) забезпечує формування ціннісних орієнтацій майбутнього лікаря, усвідомлення суспільної значущості просвітницької діяльності, відповідальності за достовірність медичної інформації та готовності діяти відповідно до принципів гуманізму, професійної етики й доказової медицини. Саме цей підхід становить методологічне підґрунтя формування мотиваційного компонента готовності.

Особистісно-діяльнісний підхід (О. Дубасенюк [32], В. Ребенок [123], С. Сисоєва [129]) передбачає організацію освітнього процесу, за якої майбутній лікар виступає активним суб'єктом професійного становлення, здатним до саморозвитку, професійної рефлексії та самостійного набуття досвіду просвітницької діяльності. Реалізація цього підходу забезпечує розвиток просвітницько-комунікативних, проєктувально-організаційних і рефлексивних умінь.

Контекстний підхід (О. Наливайко [84], Н. Мирончук [79]) забезпечує наближення освітнього процесу до реальних умов професійної діяльності лікаря. У процесі підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності він реалізується через моделювання професійних ситуацій, орієнтацію на різні цільові аудиторії, використання практикоорієнтованих завдань, кейсів та інтерактивних форм навчання, що сприяють переходу від навчальної діяльності до професійної.

Взаємодія зазначених методологічних підходів забезпечує цілісність авторської науково-педагогічної технології, визначає логіку добору її змісту, форм, методів і засобів навчання та створює методологічне підґрунтя для послідовного

формування мотиваційного, змістово-комунікативного й організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Концептуально-цільовий етап передбачає реалізацію не лише загальнодидактичних, а й спеціальних принципів, що відображають специфіку формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та забезпечують досягнення очікуваних результатів.

Принцип гуманізму та етичної відповідальності лікаря ґрунтується на пріоритеті цінності людського життя і здоров'я, дотриманні професійної етики та принципів доказової медицини. Він передбачає усвідомлення майбутнім лікарем відповідальності за зміст, достовірність і можливі наслідки поширення медичної інформації, орієнтацію на принцип «*не нашкодь*», повагу до особистості пацієнта та формування довірливої взаємодії з різними категоріями населення.

Принцип міждисциплінарної інтеграції передбачає цілісне поєднання медичних, педагогічних, психологічних, комунікативних, соціальних і цифрових знань, необхідних для реалізації просвітницької функції лікаря. Його реалізація забезпечує здатність майбутнього фахівця комплексно аналізувати медико-соціальні проблеми, адаптувати зміст просвітницької інформації до потреб різних цільових аудиторій та використовувати інтегровані професійні знання для формування здоров'язбережувальної поведінки населення.

Принцип адресності та комунікативної адаптивності просвітницької діяльності полягає в орієнтації майбутнього лікаря на особливості конкретної цільової аудиторії. Він передбачає здатність добирати зміст, форми, методи й засоби просвітницької взаємодії відповідно до вікових, соціальних, освітніх, психологічних і медичних особливостей адресатів, забезпечуючи доступність, переконливість і практичну значущість медико-просвітницької інформації.

Організаційно-підготовчий етап спрямований на створення організаційно-методичних передумов реалізації науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. На цьому етапі має

здійснюватися підготовка науково-педагогічних працівників до впровадження технології, координація міждисциплінарної взаємодії викладачів, аналіз змісту освітніх компонентів щодо можливостей інтеграції просвітницької складової, а також проведення констатувального етапу педагогічного експерименту.

Основними завданнями організаційно-підготовчого етапу визначено:

- формування позитивної мотивації викладачів до підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності;
- науково-методичне забезпечення готовності викладачів до реалізації міждисциплінарної інтеграції у процесі професійної підготовки студентів;
- координацію взаємодії викладачів клінічних, медико-біологічних, соціально-гуманітарних та психолого-педагогічних дисциплін щодо узгодження змісту просвітницької підготовки;
- визначення вихідного рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Пілотажне дослідження науково-педагогічних працівників засвідчило високий рівень усвідомлення ними актуальності підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності (91 %). Водночас більшість респондентів (64 %) зазначили, що недостатньо орієнтуються у сучасних суспільних запитах щодо медичного просвітництва, відчують потребу в удосконаленні методики організації просвітницької підготовки студентів, а також у поглибленні знань щодо міждисциплінарної координації освітнього процесу.

З огляду на отримані результати *пілотажного дослідження* передбачено проведення навчально-методичного семінару-практикуму «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції», метою якого є підвищення готовності викладачів до проєктування та реалізації освітнього процесу, спрямованого на формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Під час семінару передбачається розглянути сучасні підходи до медичного просвітництва, особливості міждисциплінарної інтеграції,

способи адаптації навчального матеріалу до просвітницьких завдань, сучасні цифрові інструменти медичної комунікації та організацію взаємодії викладачів різних освітніх компонентів.

Важливою складовою організаційно-підготовчого етапу є проведення констатувального етапу педагогічного експерименту, у процесі якого передбачається визначити вихідний рівень сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності за розробленими критеріями та показниками. Отримані результати стануть підґрунтям для проєктування змістово-процесуального етапу технології та диференціації педагогічного впливу відповідно до виявлених освітніх потреб здобувачів.

Змістово-процесуальний етап є центральним етапом реалізації науково-педагогічної технології, оскільки передбачає практичне забезпечення формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності шляхом цілеспрямованої трансформації змісту професійної підготовки на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Цільовими орієнтирами змістово-процесуального етапу є оновлення змісту професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до завдань формування їхньої готовності до просвітницької діяльності, інтеграція освітніх компонентів, упровадження сучасних методів і форм навчання та створення умов для набуття студентами практичного досвіду просвітницької взаємодії.

Під час проєктування цього етапу виходимо з того, що оновлення змісту професійної підготовки має здійснюватися на засадах міждисциплінарної інтеграції, що передбачає узгоджену взаємодію науково-педагогічних працівників, інтеграцію змісту освітніх компонентів та спрямування освітнього процесу на формування у майбутніх лікарів готовності до виконання просвітницької функції.

У межах змістово-процесуального етапу передбачається:

– формування позитивної мотивації студентів до просвітницької діяльності;

- оновлення змісту професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до завдань медичного просвітництва;
- організація практичної просвітницької діяльності студентів;
- добір та реалізація форм, методів, засобів і цифрових технологій, що забезпечують формування готовності до просвітницької діяльності.

Мотиваційно-цільовий складник передбачає формування у майбутніх лікарів особистісно-професійного сенсу щодо просвітницької діяльності; мотивів і ціннісних установок фахівця, які визначають: загальну спрямованість на активність взаємодії із партнерами і різними соціальними аудиторіями; мотивів самовдосконалення власного рівня готовності до конкретного просвітництва за змістом; емоційно-ціннісного ставлення до суб'єктів просвітницької діяльності та співпраці з ними. Саме сформованість внутрішньої мотивації забезпечує активне включення студентів у просвітницьку діяльність та є необхідною умовою ефективної реалізації технології.

Процес підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності передбачає створення освітнього середовища, учасники якого мотивовані до реалізації просвітницької діяльності. Це забезпечується шляхом добору освітніх компонентів, у межах яких актуалізуються питання медичного просвітництва, а також створення баз практичної реалізації студентами просвітницьких заходів для різних цільових аудиторій.

Для забезпечення позитивної мотивації студентів до просвітницької діяльності рекомендується використовувати такі педагогічні прийоми: *доведення і переконання* (пояснення необхідності навчального матеріалу для використання у просвітництві); *ефект очікування* (організація проблемного навчання для того, щоб студенти мали можливість самостійно дізнаватися про деяку інформацію); *метод долаття перешкод* (активізація розумової діяльності студентів через створення спеціальних умов проведення просвітницької діяльності); *спонукання до порівняння* (зіставлення та протиставлення фактів, явищ та їх узагальнення – з метою

аргументації у процесі просвітництва); *створення ситуації успіху* (позитивний настрій; відчуття себе успішним; усвідомлення особистісної цінності і цінності власної гуманітарної місії просвітництва); *закріплення позитивного враження* (підтримка позитивного враження майбутніх лікарів від заняття, теми, навчальної дисципліни, а також від досвіду власної діяльності); *рефреймінг* (погляд на ситуацію з іншого боку, під іншим кутом зору, пошук нового шляху розв'язання проблеми – як спосіб альтернативної форми ведення просвітницької діяльності в нових соціальних умовах).

Важливою складовою змістово-процесуального етапу є міждисциплінарна інтеграція змісту професійної підготовки майбутніх лікарів. Під час проєктування технології враховано сучасні наукові уявлення про міждисциплінарну інтеграцію, яку дослідники розглядають як предметну (між об'єктами дослідження чи складними проблемами), проблемну (між методами дослідження), горизонтальну (у межах споріднених дисциплін) та вертикальну (між різними групами наук) [77].

Відповідно до зазначених положень зміст професійної підготовки передбачається організовувати за принципом логічної наступності освітніх компонентів, коли знання, набуті під час вивчення одних дисциплін, стають підґрунтям для засвоєння наступних та інтегруються навколо актуальних медико-соціальних проблем. Такий підхід забезпечує цілісне формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Реалізація зазначеного підходу передбачає інтеграцію змісту освітніх компонентів у тематичні міждисциплінарні блоки, кожен із яких спрямований на формування конкретних складових готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. З цією метою передбачається розроблення матриці міждисциплінарної інтеграції підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, у якій відображається відповідність освітніх компонентів міждисциплінарним блокам, просвітницький зміст кожного блоку, компетентності, що мають бути сформовані, а також форми реалізації освітньої взаємодії студентів і викладачів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Матриця міждисциплінарної інтеграції підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Міждисциплінарний блок	Освітні компоненти	Просвітницький зміст	Компетентності, що формувалися	Форми реалізації
Просвітництво здорової людини	ОК 17 «Гігієна та екологія»; ОК 28 «Соціальна медицина та громадське здоров'я»; ОК 46 «Професійні хвороби»; ОК 48 «Організація та економіка охорони здоров'я»; ВК 21 «Дієтотерапія та раціональне харчування»; ВК 84 «Харчування здорової дитини»	Профілактика захворювань; здоровий спосіб життя; раціональне харчування; екологічні ризики; профілактика професійних захворювань	Уміння створювати просвітницький контент; популяризувати здоров'язбережувальну поведінку; адаптувати інформацію до різних соціальних аудиторій	Буклети; інфографіка; відеопояснення; дописи для соцмереж; публічні мінілекції
Просвітництво з реабілітації	ОК 40 «Психіатрія, наркологія»; ОК 59 «Фізична реабілітація. Спортивна медицина»; ВК 38 «Догляд за хворими у педіатрії»	Реабілітація; мотивація до лікування; робота з родинами пацієнтів; психологічна підтримка	Комунікативна взаємодія з пацієнтами та їхніми родинами; навички підтримувального консультування; організація зворотного зв'язку	Рольові практики; просвітницькі виступи; кейс-аналіз; симуляційні заняття
Особливості догляду	ОК 19 «Догляд за хворими»; ВК 11 «Паліативна та хоспісна медицина»; ВК 38 «Догляд за хворими у педіатрії»; ВК 69 «Геронтологічні аспекти хоспісної та паліативної медицини»	Догляд за тяжкохворими; паліативна допомога; геронтологічна підтримка; медико-санітарна едукація родин	Уміння створювати інструкції та рекомендації; організаційні навички; емпатійна взаємодія	Пам'ятки; алгоритми догляду; індивідуальні консультації; групи підтримки; тренінги

Особливі аудиторії	ОК 40 «Психіатрія, наркологія»; ОК 42 «Епідеміологія та принципи доказової медицини»; ОК 46 «Професійні хвороби»; ВК 69 «Геронтологічні аспекти хоспісної та паліативної медицини»; ВК 75 «Тактична медицина»	Профілактика деменції; психічне здоров'я; тактична медицина; епідеміологічна безпека; просвітництво в умовах соціальних ризиків	Уміння працювати з різними соціальними групами; доступно пояснювати медичну інформацію; проводити соціально-медичне просвітництво	Лекції; практичні заняття; групи здоров'я; просвітницькі зустрічі; тренування
Комунікація у просвітництві	ОК 42 «Епідеміологія та принципи доказової медицини»; ВК 17 «Культура медичної професійної мови і спілкування»; ВК 60 «Етикет у медицині»	Пояснення складної медичної інформації; робота зі страхами пацієнтів; протидія медичним міфам; доказова комунікація	Комунікативна компетентність; емпатійне професійне мовлення; навички переконування та аргументації	Рольові ігри; кейс-сценарії; комунікативні тренінги; моделювання професійних ситуацій

Запропонована матриця міждисциплінарної інтеграції (табл. 2.1) забезпечує координацію змісту освітніх компонентів, їх просвітницького наповнення, компетентностей, що формуються, та форм організації освітнього процесу. Її реалізація передбачає інтеграцію просвітницької складової в освітні компоненти соціально-гуманітарної, професійної та вибіркової підготовки, що у сукупності забезпечує формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Таким чином, міждисциплінарна інтеграція у запропонованій технології реалізується не шляхом механічного поєднання окремих дисциплін, а через інтеграцію їхнього просвітницького потенціалу навколо спільних медико-соціальних проблем. Це забезпечує цілісне формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Основними методами формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності передбачається використання просвітницької лекції, тематичної профілактичної доповіді, інтерактивної бесіди, дискусії, консультації, майстер-класу, аналізу кейсів, рольових практик, моделювання професійних ситуацій та проєктної діяльності. Застосування зазначених методів спрямовується не лише на засвоєння студентами змісту медико-просвітницької діяльності, а й на формування здатності самостійно проєктувати, організовувати та проводити просвітницькі заходи для різних категорій населення.

Практичні заняття передбачається орієнтувати на розвиток просвітницько-комунікативних умінь майбутніх лікарів: ведення професійної дискусії, публічного виступу, інтерактивної бесіди, відповідей на запитання аудиторії, проведення інструктажів, консультативної взаємодії та фасилітації групових обговорень. Особлива увага приділяється формуванню здатності адаптувати зміст медичної інформації до особливостей різних цільових аудиторій, забезпечуючи її наукову достовірність, доступність і практичну значущість.

Важливою складовою підготовки є формування цифрової медико-просвітницької грамотності. З цією метою передбачається навчання студентів створювати різні види цифрового медико-просвітницького контенту: інформаційні дописи для соціальних мереж, короткі відеоролики, подкасти, просвітницькі презентації, інфографіку, вебресурси та авторські блоги. Також увага приділяється розвитку навичок професійної комунікації у цифровому середовищі, плануванню інформаційних кампаній, системному оновленню просвітницького контенту та підтриманню конструктивної взаємодії з онлайн-аудиторією.

Технологія передбачає стимулювання індивідуальної освітньої траєкторії майбутніх лікарів шляхом розвитку додаткових компетентностей, що розширюють їхні можливості у сфері медичного просвітництва. Зокрема, рекомендується опанування основ графічного дизайну для створення інформаційних матеріалів (буклетів, пам'яток, інфографіки, презентацій), використання мультимедійних

технологій, сервісів візуалізації медичної інформації, а також сучасних цифрових платформ для організації просвітницької взаємодії. Такий підхід сприяє формуванню мультидисциплінарного професійного мислення та готовності до безперервного професійного розвитку.

Особливе місце у змістово-процесуальному етапі посідає організація практичної просвітницької діяльності студентів. Передбачається їх залучення до реалізації просвітницьких заходів у закладах освіти, установах охорони здоров'я, центрах громадського здоров'я, громадських організаціях та інших соціальних інституціях. Тематика просвітницьких заходів охоплює питання профілактики неінфекційних та інфекційних захворювань, психічного здоров'я, здорового способу життя, репродуктивного здоров'я, профілактики залежностей, вакцинації, формування культури здоров'язбереження та інших актуальних проблем громадського здоров'я.

Змістово-процесуальний етап передбачає використання комплексу методів, форм і педагогічних технологій, спрямованих на формування всіх компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Для розвитку мотиваційного компонента рекомендується застосування проблемних ситуацій, рефлексивних есе, аналізу соціально значущих медичних проблем та мотиваційних дискусій. Формування змістово-комунікативного компонента забезпечується використанням міждисциплінарних кейсів, аналізом і створенням медико-просвітницького контенту, рольовими практиками, тренінгами професійної комунікації, майстер-класами, створенням інформаційних матеріалів, подкастів, відеолекцій та міждисциплінарних просвітницьких проєктів. Для розвитку організаційного компонента передбачається проєктування й реалізація комплексних просвітницьких кампаній, розроблення програм просвітницьких заходів, створення методичних матеріалів, використання цифрових інструментів планування, інтелектуальних карт та рефлексивного аналізу результатів власної діяльності.

Рефлексивно-коригувальний етап науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності передбачає здійснення постійного моніторингу результатів підготовки, аналіз ефективності використаних форм, методів і засобів навчання, а також своєчасне коригування змісту та організації освітнього процесу відповідно до проміжних результатів формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Важливою функцією цього етапу є забезпечення зворотного зв'язку між усіма суб'єктами освітнього процесу. Як зазначають Т. Садова та Н. Георгян, діагностика забезпечує отримання інформації про перебіг навчання, досягнення й труднощі здобувачів освіти, що створює підґрунтя для своєчасного вдосконалення педагогічного впливу [127, с. 13]. У контексті запропонованої технології педагогічна діагностика розглядається як інструмент оцінювання динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності за визначеними критеріями та показниками.

Результати поточного оцінювання передбачається використовувати для коригування змісту освітніх компонентів, добору педагогічних методів, удосконалення форм організації просвітницької діяльності студентів, а також індивідуалізації їхньої професійної підготовки відповідно до виявлених освітніх потреб.

Очікуваним результатом реалізації науково-педагогічної технології є сформованість готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, що проявляється у стійкій професійній мотивації, сформованості інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних та організаційних умінь, цифрової медико-просвітницької грамотності, а також здатності самостійно проектувати, реалізовувати й оцінювати результативність просвітницької діяльності в різних сферах професійної практики.

Практичним підтвердженням досягнення зазначеного результату має стати активне залучення майбутніх лікарів до реалізації медико-просвітницьких проєктів,

створення та поширення науково обґрунтованого медико-просвітницького контенту, використання сучасних цифрових платформ для професійної комунікації та популяризації здоров'язберезувальної поведінки серед різних категорій населення.

Таким чином, запропонована науково-педагогічна технологія забезпечує цілісну реалізацію процесу формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції та слугує концептуальною основою організації формувального етапу педагогічного експерименту, зміст якого розкрито у наступному підрозділі.

2.2. Експериментальна перевірка ефективності науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції

Експериментальна перевірка ефективності науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції здійснювалася з метою виявлення динаміки сформованості компонентів готовності до просвітницької діяльності та підтвердження ефективності запропонованих змістових, організаційних і методичних рішень.

Експериментальна робота ґрунтувалася на аксіологічному, компетентнісному, особистісно-діяльнісному та контекстному наукових підходах і реалізовувалася з дотриманням принципів гуманізму й етичної відповідальності лікаря, комплексного підходу до наукового знання, а також інтеграції комунікації та психологічних технік, пов'язаних із нейропсихологією.

Логіка експериментальної перевірки відповідала структурі розробленої науково-педагогічної технології та передбачала поетапне формування мотиваційного, змістово-комунікативного й організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. В основу реалізації технології було покладено міждисциплінарну інтеграцію освітніх компонентів Освітньо-

професійної програми «Медицина», зміст яких забезпечував можливість цілісного поєднання професійних, комунікативних, психолого-педагогічних і профілактичних знань, необхідних для виконання просвітницької функції сучасного лікаря.

На першому етапі експериментальної роботи було здійснено відбір освітніх компонентів Освітньо-професійної програми «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти базового експериментального закладу, потенціал яких забезпечував формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Аналіз змісту зазначених освітніх компонентів дав змогу згрупувати їх у тематичні міждисциплінарні блоки, що стали змістовою основою реалізації технології та забезпечили інтеграцію професійної підготовки навколо ключових завдань медичного просвітництва (табл. 2.2).

Перший міждисциплінарний блок *«Просвітництво здорової людини»* об'єднував освітні компоненти, зміст яких був спрямований на формування культури здоров'язбереження та профілактики захворювань: ОК 17 «Гігієна та екологія», ОК 28 «Соціальна медицина та громадське здоров'я», ОК 46 «Професійні хвороби», ОК 48 «Організація та економіка охорони здоров'я», ВК 21 «Дієтотерапія та раціональне харчування», ВК 84 «Харчування здорової дитини». Інтеграція змісту цих освітніх компонентів забезпечувала підготовку майбутніх лікарів до здійснення просвітницької діяльності, орієнтованої на здорове населення та популяризацію здорового способу життя. Особливу увагу було зосереджено на формуванні вмінь адаптувати профілактичну інформацію до потреб різних соціальних груп, використовувати сучасні цифрові канали комунікації, створювати медико-просвітницький контент для соціальних мереж, блогів, відеоплатформ та інших медіаресурсів.

Міждисциплінарний блок *«Просвітництво з реабілітації»* інтегрував освітні компоненти ОК 40 «Психіатрія, наркологія», ОК 59 «Фізична реабілітація. Спортивна медицина» та ВК 38 «Догляд за хворими у педіатрії». Його зміст було

спрямовано на підготовку студентів до просвітницької роботи з пацієнтами, які проходять реабілітацію, а також із членами їхніх родин.

Таблиця 2.2

**Міждисциплінарні блоки освітніх компонентів за темою
«Просвітницька компетентність лікаря»**

1	<i>Просвітництво здорової людини:</i> ОК 17 – Гігієна та екологія; ОК 28 – Соціальна медицина та громадське здоров'я; ОК 46 – Професійні хвороби; ОК 48 – Організація та економіка охорони здоров'я. гігієнічна профілактика захворювань; ВК 21 – Дієтотерапія та раціональне харчування; ВК 84 – Харчування здорової дитини
2	<i>Просвітництво з реабілітації:</i> ОК 40 – Психіатрія, наркологія; ОК 59 – Фізична реабілітація. Спортивна медицина; ВК 38 – Догляд за хворими у педіатрії.
3	<i>Особливості догляду:</i> ОК 19 – Догляд за хворими (практика); ВК 11 – Паліативна та хоспісна медицина; ВК 38 – Догляд за хворими у педіатрії, ВК 69 – Геронтологічні аспекти хоспісної та паліативної медицини.
4	<i>Особливі аудиторії:</i> ОК 40 – Психіатрія, наркологія, ОК 42 – Епідеміологія та принципи доказової медицини; ОК 46 – Професійні хвороби; ВК 69 – Геронтологічні аспекти хоспісної та паліативної медицини; ВК 75 – Тактична медицина.
5	<i>Комунікація:</i> ОК 42 – Епідеміологія та принципи доказової медицини; ВК 17 – Культура медичної професійної мови і спілкування; ВК 60 – Етикет у медицині.

Такий підхід зумовлений тим, що ефективність реабілітації значною мірою залежить від поінформованості найближчого соціального оточення пацієнта, його готовності брати участь у відновлювальному процесі та підтримувати мотивацію до лікування. Саме тому поряд із медичними аспектами значна увага приділялася розвитку навичок консультативної взаємодії, психологічної підтримки та просвітницької комунікації.

Тематичний блок *«Особливості догляду»* охоплював ОК 19 «Догляд за хворими», ВК 11 «Паліативна та хоспісна медицина», ВК 38 «Догляд за хворими у педіатрії» та ВК 69 «Геронтологічні аспекти хоспісної та паліативної медицини». Його призначенням була підготовка майбутніх лікарів до просвітницької взаємодії з родинами пацієнтів, які потребують тривалого або спеціалізованого догляду. Зміст підготовки орієнтувався на формування вмінь доступно пояснювати правила догляду, розробляти інформаційні матеріали, проводити індивідуальні консультації та організовувати просвітницьку підтримку членів родин, враховуючи їхній емоційний стан і потребу в практичних рекомендаціях.

Міждисциплінарний блок *«Особливі аудиторії»* поєднував ОК 40 «Психіатрія, наркологія», ОК 42 «Епідеміологія та принципи доказової медицини», ОК 46 «Професійні хвороби», ВК 69 «Геронтологічні аспекти хоспісної та паліативної медицини» та ВК 75 «Тактична медицина». Особливістю цього блоку була орієнтація на підготовку студентів до просвітницької роботи з різними соціальними й професійними групами, які потребують спеціалізованої медичної інформації. Майбутні лікарі набували досвіду адаптації змісту просвітницьких повідомлень відповідно до рівня медичної обізнаності аудиторії, добору адекватних способів пояснення та використання різних моделей професійної комунікації залежно від соціального контексту.

Міждисциплінарний блок *«Комунікація у просвітницькій діяльності»* інтегрував ОК 42 «Епідеміологія та принципи доказової медицини», ВК 17 «Культура медичної професійної мови і спілкування» та ВК 60 «Етикет у медицині». Його зміст був спрямований на розвиток просвітницько-комунікативної компетентності майбутніх лікарів, формування вмінь доступно пояснювати складні медичні питання, аргументовано спростовувати поширені медичні міфи, дотримуватися принципів професійної етики та будувати ефективну взаємодію з різними цільовими аудиторіями. Особлива увага приділялася розвитку навичок

доказової комунікації, емпатійного професійного мовлення та використанню сучасних цифрових засобів поширення медико-просвітницької інформації.

У межах організаційно-підготовчого етапу науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності було проведено навчально-методичний семінар-практикум **«Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції»**, основною метою якого стала підготовка науково-педагогічних працівників до реалізації розробленої технології та забезпечення узгодженості міждисциплінарної взаємодії під час формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Необхідність проведення семінару була зумовлена тим, що ефективна реалізація міждисциплінарної інтеграції потребує спільного розуміння викладачами її концептуальних засад, узгодження змісту освітніх компонентів, координації педагогічних впливів та вироблення єдиних підходів до формування й оцінювання готовності студентів до просвітницької діяльності. Саме тому зміст семінару було спрямовано на актуалізацію сучасних підходів до медичного просвітництва, розкриття педагогічного потенціалу міждисциплінарної інтеграції та проєктування спільного освітнього простору професійної підготовки майбутніх лікарів.

Основними завданнями семінару визначено:

- формування цілісного розуміння міждисциплінарної інтеграції як методологічної основи підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності;
- визначення потенціалу окремих освітніх компонентів щодо формування компонентів готовності до просвітницької діяльності;
- узгодження змісту освітніх компонентів та програмних результатів навчання в контексті міждисциплінарної взаємодії;
- проєктування тематичних міждисциплінарних блоків та визначення механізмів їх реалізації;
- координацію діяльності викладачів різних кафедр у процесі підготовки студентів до просвітницької діяльності;

– вироблення спільних підходів до оцінювання сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Структурно семінар-практикум складався з чотирьох взаємопов'язаних модулів, кожен із яких забезпечував реалізацію окремого напрямку методичної підготовки викладачів.

Модуль 1. Теоретико-методологічні засади міждисциплінарної інтеграції був присвячений аналізу сучасних підходів до професійної підготовки майбутніх лікарів, визначенню місця просвітницької діяльності у структурі професійної компетентності лікаря та виявленню потенціалу окремих освітніх компонентів щодо формування відповідних компонентів готовності.

Модуль 2. Організація міждисциплінарної взаємодії викладачів передбачав опрацювання механізмів командного планування, узгодження програмних результатів навчання, координації міжкафедральної взаємодії та інтеграції освітніх компонентів у межах тематичних міждисциплінарних блоків.

Модуль 3. Проектування міждисциплінарних блоків був спрямований на розроблення матриці міждисциплінарної інтеграції, визначення просвітницького потенціалу навчальних дисциплін, конкретизацію очікуваних результатів навчання та формування єдиної логіки побудови змісту професійної підготовки.

Модуль 4. Формування та оцінювання готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності охоплював розроблення єдиних критеріїв і показників оцінювання, узгодження підходів до визначення рівнів сформованості готовності, а також обговорення методів діагностики просвітницьких знань, комунікативних умінь і організаційної готовності студентів.

Повний зміст навчально-методичного семінару-практикуму подано у **додатку Д**.

Таким чином, навчально-методичний семінар-практикум виконував функцію організаційно-методичного забезпечення реалізації науково-педагогічної технології, створюючи умови для узгодженої діяльності викладачів, координації

змісту професійної підготовки та забезпечення цілісності процесу формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Кожний тематичний міждисциплінарний блок був зорієнтований на формування конкретних складових готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та забезпечував поступове ускладнення змісту й форм просвітницької взаємодії відповідно до особливостей різних цільових аудиторій.

У межах міждисциплінарного блоку *«Просвітництво здорової людини»* студенти набували досвіду розроблення сучасних медико-просвітницьких продуктів, спрямованих на популяризацію здорового способу життя та профілактику захворювань. Практична підготовка передбачала створення інформаційних буклетів, інфографіки, коротких відеороликів, матеріалів для соціальних мереж і публічних інформаційних повідомлень. Тематика просвітницької діяльності охоплювала профілактику серцево-судинних захворювань, принципи здорового харчування, профілактику професійних захворювань різних категорій працівників, вплив екологічних чинників на здоров'я людини. Така організація роботи сприяла формуванню вмінь адаптувати медичну інформацію до широкої аудиторії та використовувати сучасні цифрові засоби її поширення.

Міждисциплінарний блок *«Просвітництво з реабілітації»* був спрямований на розвиток просвітницько-комунікативних умінь майбутніх лікарів у роботі з пацієнтами та членами їхніх родин. Студенти готували короткі інформаційно-мотиваційні виступи для осіб, які проходили реабілітацію після травм, пацієнтів із залежностями, а також батьків дітей із хронічними захворюваннями. На відміну від попереднього блоку, де переважала інформаційно-профілактична комунікація, у цьому випадку основна увага приділялася організації партнерського діалогу, підтриманню мотивації до лікування, роботі із запитаннями аудиторії та забезпеченню ефективного зворотного зв'язку.

У межах блоку *«Особливості догляду»* формувалися вміння створювати практично орієнтовані інформаційні матеріали для родин пацієнтів: пам'ятки, алгоритми догляду, рекомендації щодо домашнього супроводу паліативних хворих, людей похилого віку та дітей із різними захворюваннями. Водночас студенти набували досвіду організації практико орієнтованих просвітницьких заходів, передбачаючи взаємодію з лікарями різних спеціальностей, ерготерапевтами, психологами та іншими фахівцями для проведення тренінгів і консультативних занять із родинами пацієнтів.

Блок *«Особливі аудиторії»* забезпечував підготовку студентів до здійснення просвітницької діяльності з різними соціальними групами. Залежно від особливостей аудиторії майбутні лікарі розробляли тематику просвітницьких заходів, добирали доступні форми подання інформації та моделювали різні сценарії професійної взаємодії. Зокрема, для людей старшого віку було розроблено просвітницькі матеріали, присвячені здоровому старінню, профілактиці деменції, підтриманню психологічного благополуччя, профілактиці падінь і травм. Практичне відпрацювання здійснювалося у формі просвітницьких лекцій, груп здоров'я, тематичних занять і консультативних зустрічей у закладах соціального захисту населення та центрах підтримки внутрішньо переміщених осіб.

Цільовим призначенням міждисциплінарного блоку *«Комунікація у просвітництві»* було формування вмінь доступно пояснювати складну медичну інформацію, працювати зі страхами, сумнівами та недовірою пацієнтів, аргументовано обґрунтовувати профілактичні рекомендації на засадах доказової медицини. З цією метою широко використовувалися рольові ігри, кейс-сценарії та моделювання професійних ситуацій. Особливу увагу приділяли аналізу типових комунікативних викликів сучасної медичної практики, зокрема взаємодії з пацієнтами, які відмовляються від вакцинації, шукають медичну інформацію в неперевірених інтернет-джерелах або висловлюють недовіру до запропонованого

лікування. Це сприяло розвитку навичок доказової комунікації, переконувannya та професійної аргументації.

Реалізація змістово-процесуального етапу науково-педагогічної технології здійснювалася шляхом інтеграції просвітницького змісту в освітні компоненти професійної підготовки, організації практикоорієнтованої діяльності студентів та використання інтерактивних форм навчання. Одним із ключових засобів реалізації міждисциплінарної взаємодії став авторський тренінг «Лікар як просвітник: комунікація, взаємодія, довіра» (Додаток Е), який забезпечував інтеграцію знань і практичних умінь, сформованих під час вивчення різних освітніх компонентів.

Метою тренінгу стало формування готовності майбутніх лікарів до здійснення просвітницької діяльності шляхом розвитку професійної комунікації, умінь адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, організовувати інформаційну взаємодію та використовувати сучасні просвітницькі технології.

Особливістю тренінгу стала його міждисциплінарна інтеграція в освітній процес. Окремі модулі та практичні завдання були впроваджені під час викладання різних освітніх компонентів, що забезпечило послідовне формування окремих складових готовності до просвітницької діяльності.

Так, у межах ОК 28 «Громадське здоров'я» тренінгові заняття були спрямовані на формування вмінь організовувати просвітницькі кампанії, популяризувати здоров'язбережувальну поведінку населення, здійснювати профілактичну комунікацію та підвищувати рівень медичної грамотності різних категорій населення.

У процесі вивчення ОК 21 «Дієтотерапія та раціональне харчування» використовувалися моделі консультативної взаємодії, орієнтовані на формування навичок просвітництва щодо здорового харчування, профілактики ожиріння, цукрового діабету та інших метаболічних порушень.

Під час опанування ОК 46 «Професійні хвороби» тренінгові вправи були спрямовані на розвиток умінь здійснювати профілактичне консультування, інформувати різні професійні групи про виробничі ризики та формувати навички здоров'язбережувальної поведінки в умовах професійної діяльності.

У межах ОК 42 «Епідеміологія» основна увага приділялася розвитку здатності здійснювати доказову медичну комунікацію, протидіяти медичній дезінформації, організовувати просвітницьку діяльність в умовах епідемічних ризиків та розробляти профілактичні інформаційні кампанії.

Практикоорієнтована складова тренінгу реалізовувалася через рольові практики, симуляційні кейси, мікрогрупову роботу, моделювання просвітницьких ситуацій, створення інформаційних матеріалів для різних категорій населення, підготовку публічних виступів і рефлексивний аналіз типових комунікативних труднощів, що виникають у процесі медичного просвітництва.

Таким чином, авторський тренінг виступив інтегрувальним елементом змістово-процесуального етапу технології, забезпечуючи взаємозв'язок між різними освітніми компонентами та створюючи умови для комплексного формування мотиваційного, змістово-комунікативного й організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Розглянемо особливості формування кожного з компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, що здійснювалося на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Формування **мотиваційного компонента** було спрямоване на усвідомлення майбутніми лікарями суспільної значущості просвітницької діяльності як невід'ємної складової сучасної медичної практики. Основним завданням цього етапу стало формування внутрішньої потреби здійснювати медичне просвітництво, усвідомлення особистої відповідальності за результати інформаційної взаємодії з пацієнтами та різними соціальними аудиторіями, а також розвиток професійної мотивації до популяризації здоров'язбережувальної поведінки.

У процесі дослідження виходили з того, що мотивація до просвітницької діяльності не формується лише шляхом інформування студентів про її важливість. Вона виникає тоді, коли майбутній лікар починає усвідомлювати причинно-наслідкові зв'язки між відсутністю медичного просвітництва та негативними наслідками для здоров'я людини, а також власну професійну роль у попередженні таких ситуацій. Саме тому провідним методом формування мотиваційного компонента став кейс-аналіз професійних ситуацій, побудований за принципом «ситуації від противного». Його педагогічний потенціал полягав у моделюванні наслідків відсутності просвітницької діяльності лікаря, що давало змогу студентам усвідомити її професійну та соціальну значущість.

У межах міждисциплінарного блоку «Просвітництво здорової людини» студентам пропонувалися кейси, у яких негативні наслідки були безпосередньо пов'язані з недостатнім інформуванням населення. Зокрема, аналізувалися ситуації, коли після профілактичного огляду немовляти лікар не пояснив матері особливості введення прикорму, що призвело до розвитку алергічних реакцій або порушень харчування дитини (дисципліна «Харчування здорової дитини»); а також випадок, коли після надання допомоги працівникові хімічного виробництва лікар не здійснив профілактичного інструктажу для інших працівників, унаслідок чого аналогічна виробнича ситуація повторилася (дисципліна «Професійні хвороби»).

Аналіз зазначених ситуацій сприяв усвідомленню студентами того, що медичне просвітництво є ефективним засобом профілактики захворювань, формування відповідального ставлення до здоров'я та попередження повторного виникнення ризикових ситуацій.

У міждисциплінарному блоці «Просвітництво з реабілітації» увага студентів зосереджувалася на усвідомленні того, що відсутність належного просвітництва істотно знижує ефективність лікування, ускладнює перебіг реабілітації та негативно впливає на прихильність пацієнтів до терапії. Для цього використовувалися професійні кейси, що моделювали ситуації недостатньої комунікації лікаря з

пацієнтом і його родиною. Зокрема, аналізувалися випадки, коли ерготерапевт не пояснив спортсменці наслідків застосування стероїдних препаратів; лікар не проінформував родину пацієнта після інсульту про необхідність ранньої реабілітації; психіатр не пояснив пацієнтові з депресією важливість регулярного прийому призначених препаратів, що стало причиною передчасного припинення лікування та погіршення його результатів.

Обговорення зазначених ситуацій дозволяло студентам усвідомити, що ефективність лікування значною мірою визначається не лише професійністю медичних втручань, а й якістю просвітницької взаємодії лікаря з пацієнтом та його найближчим оточенням.

Кейс-аналіз міждисциплінарного блоку «Особливості догляду» був спрямований на формування відповідальності майбутнього лікаря за медичне просвітництво членів родини пацієнта. Студенти аналізували ситуації, коли родичам паліативного хворого не були надані рекомендації щодо профілактики пролежнів; літньому пацієнтові не пояснили правила прийому медикаментів; сім'я пацієнта з деменцією не отримала рекомендацій щодо особливостей його поведінки; післяопераційний пацієнт не був проінформований про правила догляду за післяопераційною раною.

У процесі обговорення майбутні лікарі доходили висновку, що саме якість пояснення та доступність інформації часто визначають безпечність догляду за пацієнтом, а відсутність просвітницької діяльності нерідко призводить до розвитку ускладнень, повторної госпіталізації або погіршення якості життя пацієнта та його родини.

Центральним елементом кейс-аналізу стало обговорення проблемних запитань: *«Що міг змінити лікар завдяки просвітницькій діяльності?»*, *«На якому етапі була втрачена можливість профілактичного впливу?»*, *«Якою могла бути альтернативна модель професійної поведінки?»*. Такий спосіб роботи сприяв формуванню у студентів усвідомлення того, що просвітництво є невід'ємною

складовою професійної діяльності лікаря та безпосередньо впливає на результативність лікування і профілактики захворювань.

Важливим напрямом формування мотиваційного компонента стало також усвідомлення студентами цінності здоров'я як особистісної та професійної цінності. З цією метою було реалізовано програму формування мотивації до здоров'язбережувальної діяльності, яка передбачала самоаналіз майбутніми лікарями власної готовності до валеологічного просвітництва, обговорення значущості просвітницької діяльності у професійних групах, а також участь студентів у профілактичних заходах для різних категорій населення з подальшим аналізом їх результативності.

З метою розвитку професійної рефлексії було організовано написання рефлексивних міні-есе за темами: «Який лікар вплинув на моє ставлення до здоров'я», «Чи може лікар змінити поведінку людини?», «Чи готовий я працювати не лише з хворобою, а й зі способом життя пацієнта?». Аналіз студентських робіт засвідчив позитивне ставлення більшості здобувачів до просвітницької місії лікаря, усвідомлення необхідності довготривалої взаємодії з пацієнтом та розуміння важливості професійного супроводу процесу зміни здоров'язбережувальної поведінки.

Логічним продовженням рефлексивної роботи стало проведення дискусії з практикуючими лікарями за темою «Лікар має лікувати чи навчати?», яка відбулася у змішаному форматі за участю представників клінічних баз практики. Під час обговорення практикуючі лікарі наголошували, що ефективність лікування значною мірою залежить від якості просвітницької взаємодії з пацієнтом, водночас звертаючи увагу на проблему дефіциту часу та високого професійного навантаження. Це дозволило студентам співвіднести власні професійні уявлення з реаліями сучасної медичної практики та усвідомити, що за умов обмеженого часу лікар повинен знаходити альтернативні способи організації медичного просвітництва, зокрема використовуючи сучасні цифрові інформаційні ресурси.

Отже, формування мотиваційного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності забезпечувалося комплексом взаємопов'язаних педагогічних засобів: кейс-аналізом професійних ситуацій, побудованих за принципом «ситуації від противного», програмою розвитку цінності здоров'я, рефлексивними міні-есе, дискусіями з практикуючими лікарями та залученням студентів до аналізу реальних професійних ситуацій. Їх комплексне використання сприяло формуванню цінності здоров'я, розвитку соціальної відповідальності майбутнього лікаря, усвідомленню значущості просвітницької діяльності та становленню стійкої мотивації до реалізації просвітницької функції у майбутній професійній діяльності.

Формування змістово-комунікативного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності було спрямоване на розвиток інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь та цифрової медико-просвітницької грамотності, необхідних для ефективної інформаційної взаємодії з різними категоріями населення. Реалізація цього завдання здійснювалася шляхом поєднання міждисциплінарного змісту професійної підготовки із практикоорієнтованими формами навчання, що моделювали реальні ситуації просвітницької діяльності лікаря.

Змістово-комунікативний компонент формувався за такими взаємопов'язаними напрямками:

- включення студентів у систему навчальних кейсів, що моделювали типові ситуації просвітницької взаємодії лікаря з пацієнтами та різними соціальними аудиторіями;
- організація діяльності зі створення медико-просвітницького контенту для різних категорій населення на базі клінічних практик та у взаємодії зі стейкхолдерами;

- експертиза просвітницьких матеріалів шляхом аналізу інформаційних повідомлень, публікацій соціальних мереж та інших цифрових ресурсів з позицій доказової медицини, професійної етики й ефективності комунікації;
- моделювання комунікативних ситуацій, що передбачали взаємодію з пацієнтами в умовах опору, страху, недовіри або інформаційного впливу медичних міфів;
- ускладнення просвітницьких завдань шляхом інтеграції клінічних, профілактичних, психологічних і соціальних знань у процесі створення єдиного медико-просвітницького продукту.

Провідним методом формування змістово-комунікативного компонента став кейс-аналіз професійних ситуацій, що вимагали від студентів не лише правильного клінічного рішення, а й уміння трансформувати професійні знання у зрозуміле для пацієнта пояснення. При цьому кейси розроблялися таким чином, щоб один і той самий професійний випадок міг аналізуватися з позицій кількох освітніх компонентів, забезпечуючи міждисциплінарну інтеграцію змісту навчання.

Так, кейс «Як переконати пацієнта?», у якому пацієнт із ожирінням, артеріальною гіпертензією та нерегулярним харчуванням відмовлявся змінювати спосіб життя, був інтегрований у зміст освітніх компонентів «Громадське здоров'я», «Дієтотерапія та раціональне харчування» та «Професійні хвороби». Студенти отримували завдання пояснити пацієнтові механізми розвитку його захворювань, встановити причинно-наслідковий зв'язок між способом життя та станом здоров'я, а також запропонувати реалістичні рекомендації щодо харчування і фізичної активності з урахуванням особливостей професійної діяльності водія.

Виконання подібних завдань сприяло розвитку здатності адаптувати професійні медичні знання до рівня сприйняття конкретного пацієнта, забезпечуючи доступність, доказовість і практичну спрямованість просвітницької інформації.

Формуванню навичок критичного аналізу інформації та доказової медичної комунікації сприяв кейс «Інфодемія», побудований на ситуації, коли пацієнт відмовлявся від медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії, посиляючись на інформацію із соціальних мереж про ефективність виключно рослинних засобів. У процесі аналізу ситуації студенти визначали недоказові твердження, добирали науково обґрунтовані аргументи та розробляли усне й письмове пояснення для пацієнта, дотримуючись принципів професійної етики, партнерської комунікації та поваги до його позиції.

Подібна організація роботи формувала в майбутніх лікарів уміння критично оцінювати медичну інформацію, аргументовано протидіяти поширенню медичної дезінформації та здійснювати просвітницьку діяльність на засадах доказової медицини. Приклади використаних кейсів наведено у Додатку Є.

Важливим напрямом формування змістово-комунікативного компонента стало створення студентами власного медико-просвітницького контенту для різних категорій населення. Майбутні лікарі розробляли інформаційні буклети, пам'ятки, інфографіку, рекомендації, відеопояснення та інформаційні повідомлення для соціальних мереж, адаптуючи їх до вікових, соціальних і психологічних особливостей цільових аудиторій. Особлива увага приділялася доступності викладу, доказовості інформації, логічності структури повідомлення та його практичній спрямованості.

Не менш важливою складовою підготовки майбутніх лікарів стала експертиза готових просвітницьких продуктів, що реалізовувалася як окремий напрям практикоорієнтованої діяльності студентів. У процесі навчання здобувачі освіти здійснювали професійний аналіз публікацій у соціальних мережах, популярних медичних повідомлень, інформаційних буклетів, пам'яток, відеоматеріалів та інших просвітницьких ресурсів, оцінюючи їх з позицій доказовості, наукової достовірності, комунікативної ефективності та професійної етики.

Як навчальний матеріал використовувалися офіційні інформаційні ресурси закладів охорони здоров'я та медичної освіти, професійні освітні платформи, тематичні YouTube-канали практикуючих лікарів і фахових медичних спільнот, зокрема матеріали Міжнародної академії сучасної медичної освіти [78], TESIMED – Center for Medical Simulation [201], освітнього заходу «Невідкладна медична допомога: військова і цивільна» Національного медичного університету імені О. О. Богомольця [86], а також просвітницькі матеріали каналів «Доктор Комаровський» [28], «Доктор Тарас Жиравецький» [29], «Гінеколог Наумчук» [20], «Константа консультології» [54], «РеабіЦентр» [122], «Стаміна» [154], медіаплатформи InterVizor.TV [147], телепроєкту «Я соромлюсь свого тіла» [162], відеолекції «Шкала емоційних тонів» [160] та інших сучасних цифрових ресурсів медичного просвітництва. Під час експертизи аналізувалися також навчально-методичні матеріали з психосоматичних розладів, психології лікувально-діагностичного процесу [155] та інформаційні ресурси, що висвітлюють сучасні підходи до підготовки фахівців у сфері громадського здоров'я [135].

Особлива увага приділялася виявленню фактичних помилок, недоказових тверджень, маніпулятивних прийомів, поширених комунікативних бар'єрів, ознак медичної дезінформації, а також аналізу відповідності просвітницького матеріалу рівню медичної грамотності конкретної цільової аудиторії. Така діяльність формувала у студентів навички критичного аналізу інформації, цифрову медико-просвітницьку грамотність, відповідальне ставлення до професійної комунікації та усвідомлення соціальної відповідальності лікаря за якість інформації, що поширюється у суспільстві.

З метою забезпечення об'єктивності експертної оцінки автором було розроблено матрицю оцінювання просвітницького продукту майбутніх лікарів (табл. 2.3), яка містить систему взаємопов'язаних критеріїв: достовірність і наукова обґрунтованість інформації; доступність викладу; логічність і структурованість повідомлення; практична спрямованість рекомендацій; комунікативна

ефективність; мовна коректність; якість візуального оформлення; адаптованість матеріалу до особливостей цільової аудиторії. Кожний критерій оцінювався за п'ятибальною шкалою, що забезпечувало комплексний аналіз якості просвітницького продукту та його відповідності професійним вимогам до діяльності лікаря-просвітника.

Максимальна кількість балів за матрицею становила 40. Експертне оцінювання здійснювалося незалежними експертами, після чого визначалося середнє арифметичне значення отриманих оцінок. Відповідно до розробленої шкали інтерпретації результатів високому рівню якості просвітницького продукту відповідали 32–40 балів, середньому – 24–31 бал, низькому – 8–23 бали. Запропонована матриця використовувалася як під час експертизи студентських просвітницьких проєктів, так і в процесі аналізу готового медіаконтенту, забезпечуючи єдині підходи до оцінювання професійної якості просвітницької діяльності майбутніх лікарів.

Таблиця 2.3

Матриця експертного оцінювання просвітницького продукту майбутніх лікарів

Критерій оцінювання	Показники оцінювання	Високий рівень (5 балів)	Середній рівень (3–4 бали)	Низький рівень (1–2 бали)
Достовірність і наукова обґрунтованість	Відповідність сучасним науковим даним, клінічним протоколам, принципам доказової медицини	Інформація повністю відповідає сучасним доказовим даним, відсутні фактичні помилки	Інформація загалом достовірна, окремі положення потребують уточнення	Наявні фактичні помилки, використано неперевірені або застарілі відомості
Доступність і зрозумілість	Адаптація матеріалу до рівня медичної грамотності аудиторії, зрозумілість викладу	Матеріал легко сприймається цільовою аудиторією, складні поняття пояснені доступно	Матеріал загалом зрозумілий, окремі терміни потребують пояснення	Використано складну професійну лексику, матеріал важко сприймається
Логічність і структурованість	Послідовність викладу, логіка аргументації,	Матеріал має чітку структуру,	Структура переважно логічна, наявні	Матеріал фрагментарний, логіка

	композиційна завершеність	логічно побудований, висновки переконливі	окремі композиційні недоліки	викладу порушена
Практична спрямованість	Конкретність рекомендацій, можливість їх практичного застосування	Рекомендації чіткі, алгоритмічні, легко реалізуються у повсякденному житті	Практичні поради наявні, але недостатньо деталізовані	Практичні рекомендації відсутні або мають декларативний характер
Комунікативна ефективність	Здатність привертати увагу, переконувати, мотивувати до здоров'язбережувальн ої поведінки	Матеріал викликає інтерес, мотивує до зміни поведінки, спонукає до діалогу	Матеріал інформативни й, але мотиваційний потенціал виражений помірно	Матеріал не викликає інтересу, не стимулює зміну поведінки
Мовна коректність	Дотримання норм української літературної мови, стилістична грамотність	Текст грамотний, стилістично виважений, відповідає жанру просвітництва	Допущено окремі мовні або стилістичні неточності	Значна кількість мовних помилко, що ускладнюють сприйняття інформації
Візуальне оформлення	Якість оформлення, використання схем, інфографіки, ілюстрацій	Візуальні матеріали підсилюють сприйняття інформації, оформлення сучасне й естетичне	Візуальне оформлення достатнє, але використано обмежену кількість наочності	Візуальне оформлення відсутнє або не відповідає змісту
Адаптованість до цільової аудиторії	Урахування віку, соціального статусу, потреб і особливостей аудиторії	Матеріал повністю відповідає характеристика м конкретної аудиторії	Ураховано основні особливості аудиторії, однак окремі аспекти потребують доопрацюванн я	Матеріал не адаптований до потреб цільової аудиторії

Для розвитку просвітницько-комунікативних умінь широко використовувалися рольові практики та симуляційні вправи, під час яких студенти моделювали взаємодію з пацієнтами, що демонстрували недовіру до лікаря, страх

перед лікуванням, скептичне ставлення до профілактичних рекомендацій або перебували під впливом поширених медичних міфів. Робота в умовах моделювання професійної комунікації сприяла розвитку навичок аргументованого переконання, емпатійного слухання, конструктивного діалогу та добору найбільш ефективних стратегій просвітницької взаємодії.

Отже, комплексне використання міждисциплінарних кейсів, створення та експертизи медико-просвітницького контенту, рольових практик, симуляційних вправ і комунікативного моделювання забезпечило розвиток інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних умінь та цифрової медико-просвітницької грамотності. Це сприяло формуванню у майбутніх лікарів здатності здійснювати професійно обґрунтовану, педагогічно доцільну та комунікативно ефективну просвітницьку діяльність у різних соціальних контекстах.

Важливим напрямом формування змістово-комунікативного компонента стало залучення студентів до створення медико-просвітницького контенту для різних категорій населення. Метою цієї роботи було формування здатності адаптувати науково обґрунтовану медичну інформацію до особливостей конкретної цільової аудиторії, добираючи відповідний зміст, аргументацію, стиль викладу та мотиваційні акценти.

Організація такої діяльності здійснювалася з урахуванням можливостей баз практики Інституту та передбачала виконання просвітницьких завдань для реальних соціальних груп. Зокрема, студенти розробляли інформаційні матеріали для фізично активних мешканців геронтологічного центру «Гармонія», працівників, які здійснювали догляд за пацієнтами хоспісного відділення, а також для підлітків пубертатного віку Дніпровського ліцею «Primus Inter Pares School».

У межах практичного завдання студентам було запропоновано підготувати просвітницькі матеріали за єдиною темою «Гігієна і догляд за тілом», однак із необхідністю адаптувати зміст повідомлення до особливостей конкретної аудиторії. Такий підхід дозволив продемонструвати, що одна й та сама медична інформація

потребує різної структури, аргументації та мотиваційного наповнення залежно від потреб адресата.

У результаті виконання завдання було створено декілька варіантів просвітницьких текстів, серед яких:

– «Гігієна і догляд за тілом: турбота, яка підтримує активність» – для фізично активних мешканців геронтологічного центру, де основну увагу було зосереджено на значенні особистої гігієни як чинника підтримання активності, самостійності та профілактики вікових захворювань;

– «Гігієна як елемент гідності і якості життя пацієнта» – для працівників геронтологічного центру, які доглядають пацієнтів хоспісного відділення. У цьому випадку акцент було зроблено на етичних аспектах догляду, забезпеченні фізичного комфорту пацієнта та збереженні його людської гідності;

– «Гігієна тіла: що змінюється і як із цим упоратися» – для підлітків пубертатного віку, де увага концентрувалася на фізіологічних змінах організму, формуванні навичок особистої гігієни, профілактиці психологічного дискомфорту та розвитку позитивного ставлення до власного тіла.

Повні тексти створених просвітницьких матеріалів подано у Додатку А.

Виконання такого завдання дозволило студентам усвідомити, що ефективність медичного просвітництва визначається не лише науковою достовірністю інформації, а й її відповідністю віковим, психологічним, соціальним та професійним особливостям конкретної аудиторії. Якщо для людей старшого віку найбільш мотивувальними виявилися питання підтримання активності та самостійності, то для працівників хоспісу – етичні аспекти професійного догляду, а для підлітків – нормалізація фізіологічних змін та зниження тривожності щодо власного розвитку.

Наступним напрямом роботи стало формування вмінь добирати актуальну тематику та найбільш доцільні форми проведення просвітницької діяльності для різних соціальних груп. Як приклад студентам було запропоновано розробити

медико-просвітницькі заходи для військовослужбовців, які проходили реабілітацію після поранень.

У процесі групової роботи студенти визначили найбільш актуальні напрями медичного просвітництва для цієї категорії населення, серед яких: психічне здоров'я та профілактика посттравматичних стресових розладів; методи саморегуляції й управління стресом; профілактика порушень сну; попередження зловживання алкоголем як реакції на тривалий стрес; психологічна адаптація до повернення у цивільне життя.

Поряд із визначенням тематичного змісту студенти здійснювали добір оптимальних форм просвітницької роботи. Зважаючи на обмежені можливості та фізичний стан військовослужбовців під час проходження реабілітації, було запропоновано використовувати короткі практикоорієнтовані формати: групові тренінгові заняття, майстер-класи з відпрацювання технік саморегуляції, інформаційні буклети-пам'ятки, відеолекції та подкасти з подальшим груповим обговоренням.

Таким чином, залучення студентів до створення просвітницького контенту, адаптації його до різних соціальних аудиторій та проєктування медико-просвітницьких заходів сприяло формуванню здатності здійснювати професійно обґрунтовану, адресну й педагогічно доцільну просвітницьку діяльність, що є одним із провідних показників сформованості змістово-комунікативного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Варто зазначити, що організація просвітницької діяльності для різних соціальних аудиторій сприяла актуалізації уваги студентів до необхідності оволодіння сучасними засобами створення медико-просвітницьких матеріалів. Майбутні лікарі усвідомлювали, що ефективність просвітництва значною мірою залежить не лише від змісту повідомлення, а й від якості його візуального оформлення та доступності для сприйняття. Саме тому студенти набували досвіду самостійного створення макетів інформаційних буклетів, пам'яток, інфографіки, а

також формулювання технічних завдань для дизайнерів чи поліграфістів у разі розроблення професійної друкованої продукції.

Особливу увагу було приділено розробленню просвітницьких матеріалів для мешканців геріатричного центру. Студенти визначали актуальні напрями медичного просвітництва, серед яких: «Здорове старіння», «Профілактика деменції», «Психологічне благополуччя людини похилого віку». Тематика занять охоплювала питання підтримання фізичної активності, раціонального харчування, когнітивного здоров'я, профілактики вікових змін, подолання соціальної ізоляції та збереження психологічного благополуччя.

Відповідно до особливостей цільової аудиторії студенти проектували різні форми просвітницької роботи: тематичні лекції, заняття у групах здоров'я, практичні заняття з тренування пам'яті, консультації щодо профілактики вікових захворювань та здорового способу життя. Під час підготовки просвітницьких заходів вони навчалися добирати найбільш доступні способи пояснення медичної інформації, поєднуючи наукову достовірність із практичною спрямованістю рекомендацій.

Водночас зміст просвітницької діяльності було доповнено використанням сучасних досягнень медичної біоінженерії. Майбутні лікарі розробляли інформаційні повідомлення щодо можливостей використання медичних трекерів, носимих сенсорних пристроїв та інших цифрових засобів моніторингу стану здоров'я. Зокрема, увагу було зосереджено на використанні трекерів для контролю пересування пацієнтів із деменцією, а також біосенсорів для безперервного моніторингу фізіологічних показників, раннього виявлення відхилень і своєчасного звернення до лікаря. Такий підхід дозволяв студентам інтегрувати знання з клінічної медицини, громадського здоров'я, цифрових технологій та біоінженерії у процес медичного просвітництва.

Окремий напрям роботи було присвячено створенню просвітницьких матеріалів для осіб, які звернулися по допомогу до Клініки психічного здоров'я

Університету імені Альфреда Нобеля. Для цієї категорії населення студенти розробляли інформаційні матеріали за темами: «Розуміння власного психічного стану», «Навички самодопомоги», «Соціальна адаптація», «Профілактика рецидивів». Особлива увага приділялася формуванню навичок психоосвіти, розвитку психологічної грамотності пацієнтів, підтримці соціальної активності та популяризації практик саморегуляції.

Залежно від особливостей аудиторії студенти обґрунтовували найбільш доцільні форми просвітницької діяльності: психоосвітні групи, групи підтримки, інтерактивні лекції з елементами дискусії, тренінги розвитку соціальних навичок, а за необхідності – психоедукаційну роботу з членами родини пацієнта. Це сприяло формуванню в майбутніх лікарів уміння добирати не лише зміст просвітницької інформації, а й оптимальні форми її подання відповідно до психологічного стану та потреб конкретної категорії населення.

Результатом виконання зазначених завдань стало створення студентами різноманітних медико-просвітницьких продуктів, серед яких інформаційна пам'ятка «Профілактика професійного вигорання медичних працівників», мінісценарій просвітницького виступу «Профілактика серцево-судинних захворювань» для офісних працівників, алгоритм консультативної взаємодії щодо зміни харчової поведінки пацієнта, таблиця ефективної професійної комунікації «Як говорити і як не говорити» та інші інформаційні матеріали, подані у Додатку 3.

Таким чином, створення просвітницького контенту для різних соціальних аудиторій забезпечило формування в майбутніх лікарів умінь адаптувати медичну інформацію до потреб конкретних груп населення, інтегрувати клінічні, психологічні, соціальні та цифрові знання, добирати ефективні форми медичного просвітництва та використовувати сучасні інформаційні технології у професійній діяльності.

Важливим напрямом формування змістово-комунікативного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності стала організація роботи

з аналізу та експертизи медико-просвітницького контенту. Необхідність такого виду діяльності зумовлена стрімким поширенням у сучасному інформаційному просторі недостовірної, спрощеної або маніпулятивної медичної інформації, що нерідко містить псевдонаукові твердження, потенційно небезпечні рекомендації або порушує етичні принципи професійної комунікації.

У зв'язку з цим одним із завдань підготовки майбутніх лікарів стало формування здатності критично оцінювати інформацію, перевіряти її відповідність принципам доказової медицини та відповідально створювати власні медико-просвітницькі матеріали.

Практична робота передбачала аналіз реальних і змодельованих публікацій із соціальних мереж та інших відкритих інформаційних ресурсів, присвячених питанням профілактики, лікування та здорового способу життя. Особливу увагу було зосереджено на повідомленнях, що популяризували самолікування, необґрунтоване використання лікарських засобів або псевдонаукові методи оздоровлення.

Під час експертизи інформаційних матеріалів студенти навчалися виявляти:

- недоказові або псевдонаукові твердження;
- надмірно спрощені медичні рекомендації;
- маніпулятивні повідомлення, побудовані на страху, емоційному тиску чи категоричних судженнях;
- порушення принципів професійної етики та коректної комунікації.

Для забезпечення системності аналізу було запропоновано *алгоритм експертизи просвітницького контенту*, який передбачав чотири послідовні етапи.

Перший етап полягав у виявленні фахових помилок і перевірці відповідності інформації сучасним клінічним рекомендаціям. Наприклад, під час аналізу повідомлення «При підвищеному артеріальному тиску достатньо змінити харчування, медикаментів варто уникати» студенти встановлювали, що така

рекомендація є потенційно небезпечною, оскільки може спонукати пацієнтів до самовільної відмови від медикаментозної терапії.

Другий етап передбачав оцінювання доказовості інформації. Студенти аналізували наявність або відсутність наукового обґрунтування, використання псевдонаукової термінології, безпідставних узагальнень та необґрунтованих універсальних рекомендацій. Так, під час аналізу допису «Постійні мігрені є наслідком зашлакованості організму, яку можна усунути триденним детоксом» вони визначали використання псевдонаукового поняття «зашлакованість», відсутність доказової бази, маніпулятивний характер обіцянок та потенційну небезпечність рекомендацій.

Третій етап був спрямований на виявлення порушень принципів професійної етики. Студенти оцінювали наявність елементів залякування, нав'язування рішень, формування почуття провини або знецінення досвіду пацієнта. Наприклад, повідомлення «Якщо ви не вакцинуєте дітей – не дивуйтеся, що вони постійно хворітимуть» було визначено як таке, що містить маніпулятивні висловлювання, не забезпечує аргументованого пояснення та суперечить принципам партнерської взаємодії лікаря з пацієнтом.

Четвертий етап передбачав оцінювання комунікативної доцільності повідомлення. Аналізувалися доступність викладу, відповідність мовного стилю особливостям цільової аудиторії, логічність структури та зрозумілість медичної інформації. Зокрема, використання великої кількості спеціальної термінології у повідомленнях, адресованих широкій аудиторії, студенти визначали як чинник, що суттєво знижує ефективність просвітницької комунікації.

Завершальним етапом роботи стала реконструкція проаналізованих повідомлень. Майбутні лікарі редагували просвітницькі тексти відповідно до принципів доказової медицини, комунікативної доступності, етичності та практичної спрямованості рекомендацій. Так, узагальнене повідомлення «Щоб не було проблем із серцем, потрібно правильно харчуватися, більше рухатися і не

нервувати» було трансформовано у конкретний алгоритм дій із практичними рекомендаціями щодо фізичної активності, контролю артеріального тиску та модифікації способу життя, що зробило інформацію більш зрозумілою та придатною до практичного використання.

Банк завдань для аналізу й експертизи медико-просвітницького контенту подано у Додатку Б.

Експертиза просвітницьких матеріалів здійснювалася у формах колективного аналізу проблемних інформаційних повідомлень, групового обговорення, презентації відредагованих варіантів текстів та аргументації запропонованих змін. Така організація роботи сприяла формуванню в майбутніх лікарів навичок критичного аналізу медичної інформації, уміння виявляти фахові, комунікативні та етичні помилки, а також усвідомленню професійної відповідальності за зміст і спосіб подання медико-просвітницької інформації в сучасному інформаційному просторі. Особливої актуальності така діяльність набуває в умовах поширення явища інфодемії, коли поряд із доказовою медичною інформацією активно поширюються псевдонаукові твердження, що створюють загрозу здоров'ю населення та ускладнюють реалізацію просвітницької функції лікаря.

Важливим напрямом формування змістово-комунікативного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності стало навчання студентів професійної взаємодії з пацієнтами, які виявляють психологічні бар'єри до сприйняття медико-просвітницької інформації. До таких бар'єрів було віднесено опір виконанню рекомендацій, страх перед лікуванням або його наслідками, а також скептичне ставлення до лікаря, сучасної медицини чи доказової інформації.

У процесі медичного просвітництва саме психологічні бар'єри пацієнта часто стають визначальним чинником ефективності або неефективності професійної комунікації, тому майбутній лікар має бути підготовленим не лише до передачі медичної інформації, а й до її психологічно грамотного сприйняття різними категоріями пацієнтів.

Провідною формою роботи стали рольові практики, побудовані на моделюванні типових ситуацій професійної взаємодії лікаря з пацієнтом. Учасники виконували ролі лікаря, пацієнта із заздалегідь визначеним типом психологічної реакції та експерта, який аналізував ефективність комунікативної взаємодії. Основою кожної рольової ситуації був професійний кейс, що відображав реальні труднощі медичного просвітництва.

Перед початком рольових практик студенти проходили короткий психолого-педагогічний інструктаж щодо особливостей розпізнавання психологічних станів пацієнта. Увага акцентувалася на необхідності диференціювати емоційні прояви (страх, тривога), когнітивні реакції (сумнів, упереджені переконання) та поведінкові прояви (відмова, уникнення взаємодії). Майбутніх лікарів орієнтували на використання принципів емпатійної комунікації, безоцінного прийняття позиції пацієнта, доступного пояснення медичної інформації та спільного пошуку оптимального рішення без переходу до конфронтації.

Під час виконання рольових вправ студенти відпрацьовували алгоритми професійної взаємодії залежно від типу психологічної реакції пацієнта.

У ситуаціях опору основним завданням було зниження емоційного напруження, виявлення причин відмови від лікування, аргументоване пояснення необхідності запропонованої терапії та пошук прийняттого для пацієнта варіанта подальших дій без використання тактики залякування.

У ситуаціях страху увага зосереджувалася на нормалізації емоційного стану пацієнта, наданні зрозумілих пояснень щодо сутності лікувальних процедур, формуванні відчуття психологічної безпеки та зниженні рівня невизначеності.

Під час роботи зі скептично налаштованими пацієнтами студенти навчалися аналізувати джерела інформації, коректно пояснювати принципи доказової медицини, аргументувати вибір лікування без дискредитації поглядів співрозмовника та поступово відновлювати довіру до лікаря.

Особливу роль в освітньому процесі відігравала діяльність студентів, які виконували функцію експертів. Вони оцінювали комунікативну поведінку учасників за такими критеріями, як емпатійність, аргументованість пояснень, здатність підтримувати партнерський характер взаємодії, ефективність подолання психологічного бар'єра та досягнення просвітницької мети. Для підвищення якості рефлексії використовувалася відеофіксація окремих рольових ситуацій із подальшим колективним аналізом найбільш вдалих і проблемних моментів професійної комунікації.

Залучення студентів до моделювання подібних ситуацій сприяло розвитку емпатії, комунікативної гнучкості, стресостійкості, здатності враховувати психологічний стан пацієнта під час медичного просвітництва, а також формуванню навичок професійної взаємодії в умовах складної або конфліктної комунікації.

Подальший розвиток змістово-комунікативного компонента забезпечувався поступовим ускладненням просвітницьких завдань шляхом інтеграції міждисциплінарних знань. Такий підхід передбачав поєднання в межах одного просвітницького продукту клінічних, профілактичних, психологічних і соціальних аспектів, що максимально наближало навчальні завдання до реальних умов професійної діяльності лікаря.

Формування міждисциплінарного знання здійснювалося через систему навчальних завдань зі створення цілісних медико-просвітницьких повідомлень на основі матеріалу кількох навчальних дисциплін, вебінарів [13]. Студенти інтегрували клінічні пояснення із профілактичними рекомендаціями, доповнювали їх психологічними чинниками поведінки пацієнта та враховували соціальний контекст його життєдіяльності.

Так, під час розроблення просвітницьких матеріалів щодо артеріальної гіпертензії майбутні лікарі не лише пояснювали механізми розвитку захворювання, а й обґрунтовували значення харчування, фізичної активності, контролю факторів ризику, впливу стресу на перебіг хвороби та пропонували рекомендації, адаптовані

до реальних умов життя конкретної категорії пацієнтів. Подібний підхід формував уміння створювати логічно структуровані, доказові та практично орієнтовані просвітницькі повідомлення, здатні враховувати медичні, психологічні та соціальні особливості різних цільових аудиторій.

Ускладнення просвітницьких завдань реалізовувалося в межах спеціально організованих міждисциплінарних блоків, кожен із яких інтегрував зміст кількох освітніх компонентів навколо спільної медико-просвітницької проблематики.

Кожен міждисциплінарний блок завершувався виконанням інтегрованого просвітницького проєкту, структура якого формувалася шляхом послідовного поєднання результатів виконання студентами навчальних завдань у межах окремих освітніх компонентів. Такий підхід забезпечував не механічне накопичення окремих навчальних продуктів, а їх змістову інтеграцію у єдиний медико-просвітницький продукт, що відображав сформованість здатності майбутніх лікарів комплексно застосовувати знання різних дисциплін для розв'язання практичних просвітницьких завдань (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Формування інтегрованого просвітницького проєкту в межах
міждисциплінарного блоку**

Освітній компонент	Завдання для студентів	Форма виконання	Внесок у підсумковий проєкт
ОК 17 - гігієна та екологія	Проаналізувати вплив факторів довкілля на здоров'я людини та сформулювати гігієнічні рекомендації щодо їх мінімізації	Інфографіка або пам'ятка	Блок «Екологічні фактори здоров'я»
ОК 28 - соціальна медицина та	Визначити основні фактори ризику для	Аналітична довідка + інфографіка	Блок «Фактори ризику та

громадське здоров'я	здоров'я населення та обґрунтувати профілактичні стратегії		профілактика захворювань»
ОК 46 - професійні хвороби	Визначити поширені професійні ризики та способи їх профілактики	Просвітницька пам'ятка	Блок «Профілактика професійних захворювань»
ОК 48 - організація та економіка охорони здоров'я. гігієнічна профілактика захворювань	Пояснити роль профілактичної медицини у системі охорони здоров'я та її економічну ефективність	Короткий просвітницький текст або презентація	Блок «Значення профілактики для системи охорони здоров'я»
ВК 21 - дієтотерапія та раціональне харчування	Розробити рекомендації щодо раціонального харчування як фактору профілактики захворювань	Інфографіка або буклет	Блок «Здорове харчування»
ВК 84 - харчування здорової дитини	Підготувати рекомендації для батьків щодо харчування та формування здорових звичок у дітей	Пам'ятка або інформаційний текст	Блок «Харчування та здоров'я дітей»

Особливістю організації роботи було те, що кожна навчальна дисципліна забезпечувала розроблення окремого структурного елемента майбутнього проєкту. Так, у межах дисциплін гігієнічного та соціально-медичного циклів студенти аналізували фактори ризику для здоров'я населення, розробляли профілактичні рекомендації, створювали інформаційні пам'ятки, інфографіку, просвітницькі

тексти та інші матеріали, які в подальшому інтегрувалися у завершений просвітницький продукт.

Підсумком роботи у межах міждисциплінарного блоку став інтегрований просвітницький проєкт «Здоров'я людини у сучасному середовищі». Його виконання вимагало від студентів не лише демонстрації знань із окремих дисциплін, а й здатності системно поєднувати клінічні, профілактичні, соціальні та комунікативні аспекти медичної діяльності, адаптуючи інформацію до особливостей конкретної цільової аудиторії.

На цьому етапі суттєво ускладнювався характер навчальної діяльності студентів. Якщо попередні завдання були спрямовані переважно на формування окремих просвітницьких умінь, то під час виконання інтегрованого проєкту виникала необхідність:

- встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між чинниками, що впливають на здоров'я людини;
- інтегрувати клінічні, профілактичні, психологічні та соціальні аспекти медичної інформації;
- забезпечувати логічну цілісність і структурованість просвітницького повідомлення;
- адаптувати зміст і форму подання інформації до особливостей конкретної цільової аудиторії.

Оцінювання підсумкових проєктів здійснювалося за такими критеріями: відповідність змісту просвітницької інформації поставленій меті, наукова достовірність, доступність викладу, комунікативна ефективність, практична цінність запропонованих рекомендацій та якість адаптації матеріалу до визначеної аудиторії. Приклади виконаних студентами просвітницьких проєктів наведено у Додатку В.

Розроблення інтегрованих просвітницьких проєктів забезпечувало розвиток у майбутніх лікарів здатності системно інтерпретувати медичну інформацію,

аргументовано представляти її різним категоріям населення, поєднувати результати міждисциплінарного аналізу із практичними рекомендаціями та будувати логічно завершені просвітницькі повідомлення, що відповідали принципам доказової медицини й особливостям конкретної соціальної аудиторії.

Таким чином, реалізація міждисциплінарних просвітницьких проєктів стала завершальним етапом формування змістово-комунікативного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Саме на цьому етапі відбувалася інтеграція знань, умінь і досвіду, набутих у процесі вивчення різних освітніх компонентів, що забезпечувало перехід від виконання окремих навчальних завдань до створення цілісного професійно орієнтованого медико-просвітницького продукту.

Організаційний компонент готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності відображав сформованість у студентів здатності проєктувати, організовувати та координувати просвітницьку діяльність, здійснювати самоорганізацію професійної діяльності, а також вибудовувати й підтримувати пролонговану взаємодію з різними соціальними аудиторіями. Відповідно його формування здійснювалося через включення студентів у діяльність, що вимагала самостійного проєктування, реалізації та подальшого супроводу просвітницьких ініціатив у взаємодії з реальними соціальними аудиторіями та стейкхолдерами.

Ключовим організаційним принципом стало поєднання змісту кількох навчальних дисциплін у межах єдиної просвітницької кампанії, що мала пролонгований характер. За такого підходу студенти не обмежувалися створенням окремих просвітницьких матеріалів, а здійснювали повний цикл організації просвітницької діяльності: від аналізу потреб цільової аудиторії та проєктування заходів до їх практичної реалізації, отримання зворотного зв'язку та подальшого коригування взаємодії.

З цією метою студентам пропонувалося розробити комплексну просвітницьку кампанію для визначеної цільової аудиторії із зазначенням тематики, календарного плану проведення заходів, форм взаємодії, необхідних ресурсів, можливих ризиків та очікуваних результатів. Базами для реалізації таких проєктів стали геріатричний центр, заклади загальної середньої освіти, центр соціальної допомоги та підприємства комунальної сфери міста Дніпра.

Методичною основою проєктування просвітницьких кампаній стала логіка сучасних соціально-просвітницьких медіапроєктів, які поєднують діагностику потреб аудиторії, доступне пояснення медичної інформації, активний зворотний зв'язок та подальший супровід учасників. Зокрема, як приклад аналізувався формат телевізійного проєкту «Я соромлюсь свого тіла», у якому просвітницька діяльність ґрунтується на поєднанні медичного консультування, профілактики та соціальної комунікації.

Діяльність студентів вибудовувалася за таким алгоритмом:

- первинна зустріч із цільовою аудиторією та виявлення її освітніх потреб;
- проведення просвітницького заходу із використанням адаптованих інформаційних матеріалів;
- організація зворотного зв'язку, відповідей на запитання та роботи з можливими проявами опору чи недовіри;
- повторна взаємодія, під час якої уточнювалися рекомендації, оцінювалися результати просвітницького впливу та визначалися подальші напрями роботи.

Таким чином, майбутні лікарі навчалися проєктувати повний цикл просвітницької взаємодії, прогнозувати особливості роботи з різними соціальними групами, добирати найбільш доцільні форми комунікації, визначати можливі труднощі та шляхи їх подолання, а також оцінювати ефективність проведених заходів.

Як приклад реалізації організаційного компонента розглянемо просвітницьку кампанію для працівників комунальних служб міста Дніпра «Профілактика ризиків для здоров'я працівників комунальних служб».

Просвітницька кампанія реалізовувалася у межах міждисциплінарного блоку «Здоров'я людини» та інтегрувала зміст дисциплін «Гігієна та екологія», «Соціальна медицина та громадське здоров'я», «Дієтотерапія та раціональне харчування», «Організація та економіка охорони здоров'я». На першому етапі студенти здійснювали аналіз особливостей цільової аудиторії, враховуючи вік працівників, специфіку професійної діяльності, характер виробничих ризиків та найпоширеніші чинники, що негативно впливають на здоров'я.

Наступним етапом було проєктування самої кампанії: визначення її мети, змісту просвітницьких повідомлень, добір форм роботи та створення комплексу інформаційних матеріалів. Просвітницькі заходи охоплювали питання профілактики артеріальної гіпертензії, попередження теплових ударів та переохолодження, організації раціонального харчування в умовах фізичної праці, а також формування навичок самоконтролю стану здоров'я. Для реалізації поставлених завдань студенти розробляли мінілекції, пам'ятки «Ситуація – дія», інтелект-карти та чек-листи самоконтролю, які використовувалися під час проведення просвітницьких заходів.

Така організація роботи забезпечувала формування у майбутніх лікарів здатності комплексно планувати просвітницьку діяльність, координувати взаємодію з різними соціальними аудиторіями, прогнозувати результати власної діяльності та здійснювати її подальше коригування відповідно до отриманого зворотного зв'язку.

Взаємодія зі споживачами просвітницьких послуг здійснювалася відповідно до попередньо розробленого алгоритму просвітницької кампанії, що передбачав послідовність взаємопов'язаних етапів: виявлення освітніх потреб цільової аудиторії, підготовку та реалізацію просвітницького заходу, організацію зворотного зв'язку і подальший супровід учасників.

Під час першої зустрічі студенти здійснювали діагностику інформаційних запитів представників комунальних служб щодо збереження здоров'я в особливих умовах професійної діяльності. Найбільший інтерес аудиторії викликали питання практичного характеру: причини запаморочення та потемніння в очах під час роботи у спеку; ознаки інсульту в умовах високих температур; організація безпечного харчування на робочому місці; профілактика теплового удару й обмороження; вплив низьких температур на артеріальний тиск; причини головного болю під час роботи на морозі; особливості виконання фізичної праці за наявності серцево-судинних захворювань тощо. Аналіз отриманих запитів став підґрунтям для подальшого добору змісту просвітницьких матеріалів.

Друга зустріч була присвячена реалізації просвітницького заходу. Підготовлений студентами інформаційний матеріал мав прикладний характер і водночас спирався на сучасні науково обґрунтовані медичні знання. Так, відповідаючи на запитання щодо запаморочення під час роботи в екстремальних температурних умовах, майбутні лікарі пояснювали фізіологічні механізми судинних реакцій організму, обґрунтовували необхідність регулярного контролю артеріального тиску та своєчасного звернення за медичною допомогою. Під час обговорення питань харчування увагу було зосереджено на принципах безпечного зберігання продуктів у спекотний період, виборі продуктів із мінімальним ризиком швидкого псування, використанні термосумок і вакуумного пакування, а також підтриманні адекватного водного балансу протягом робочого дня.

Для забезпечення практичної спрямованості просвітницької діяльності учасникам заходів пропонувалися розроблені студентами інформаційні матеріали: пам'ятки типу «Ситуація – дія», чек-листи самоконтролю стану здоров'я, алгоритми дій у найбільш поширених виробничих ситуаціях ризику та інші короткі просвітницькі рекомендації, орієнтовані на їх подальше самостійне використання. Розроблення зазначених матеріалів здійснювалося відповідно до авторської моделі просвітницької взаємодії лікаря з цільовою аудиторією, яка визначає логіку

організації просвітницької діяльності – від аналізу потреб аудиторії та проєктування заходу до створення просвітницького продукту, організації діалогічної взаємодії, практичного супроводу та оцінювання результативності проведеної роботи. Авторську модель просвітницької взаємодії лікаря з цільовою аудиторією подано в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Авторська модель просвітницької взаємодії лікаря з цільовою аудиторією

Етап просвітницької взаємодії	Зміст діяльності лікаря-просвітника	Методи і засоби реалізації	Очікуваний результат
1. Діагностика потреб аудиторії	Визначення особливостей цільової аудиторії, рівня медичної грамотності, інформаційних потреб, поширених помилкових уявлень, психологічної готовності до сприйняття інформації	Опитування, бесіда, спостереження, аналіз типових запитів, кейс-аналіз	Визначено зміст, форму та рівень складності просвітницького матеріалу
2. Проєктування просвітницького заходу	Формулювання мети, визначення ключових повідомлень, добір доказового змісту, планування структури взаємодії	Проєктування, моделювання, міждисциплінарна інтеграція, командна робота	Підготовлено програму просвітницького заходу
3. Створення просвітницького продукту	Розроблення інформаційних матеріалів відповідно до особливостей аудиторії	Пам'ятки, чек-листи, алгоритми дій, інфографіка, буклети, відеоматеріали, презентації	Створено адаптований просвітницький продукт
4. Реалізація просвітницької взаємодії	Представлення інформації, пояснення складних медичних понять, демонстрація практичних алгоритмів, мотивація до здоров'язбережувальної поведінки	Мінілекція, бесіда, тренінг, демонстрація, сторітелінг, практичні вправи	Засвоєння слухачами доказової медичної інформації та формування мотивації до її практичного використання
5. Організація діалогічної взаємодії	Відповіді на запитання, робота із сумнівами, страхами, запереченнями, підтримання довіри до медичної інформації	Дискусія, метод «запитання – відповідь», кейси, техніки роботи з комунікативним опором	Формування партнерської взаємодії між лікарем і аудиторією
6. Практична підтримка аудиторії	Надання індивідуальних рекомендацій для самостійного	Пам'ятки «Ситуація – дія», чек-листи самоконтролю,	Перенесення отриманих знань у

	використання після завершення просвітницького заходу	алгоритми дій, рекомендації щодо використання цифрових сервісів контролю здоров'я	повсякденну поведінку
7. Зворотний зв'язок та оцінювання ефективності	Аналіз результативності просвітницького заходу, уточнення рекомендацій, рефлексія, визначення подальших потреб аудиторії	Анкетування, рефлексивні вправи, експертне оцінювання, самооцінювання	Корекція просвітницької діяльності та підвищення її ефективності

Запропонована модель відображає цілісний цикл просвітницької взаємодії лікаря з цільовою аудиторією – від попередньої діагностики її інформаційних потреб до організації зворотного зв'язку та оцінювання результативності проведеного заходу. На відміну від традиційного інформаційного інформування, вона передбачає партнерський характер комунікації, адаптацію медичної інформації до рівня підготовленості споживача, інтеграцію клінічних, психолого-педагогічних і комунікативних знань, а також обов'язкове забезпечення практичного застосування отриманих рекомендацій.

Важливою складовою підготовки майбутніх лікарів до організації просвітницької діяльності стало опанування сучасних засобів структурування інформації. Одним із найбільш ефективних інструментів було визначено використання інтелект-карт, які дозволяли систематизувати медичний матеріал, логічно вибудовувати структуру просвітницького повідомлення та швидко орієнтуватися у змісті консультації.

Як приклад студентам було запропоновано макет інтелект-карти за темою «Вимірювання артеріального тиску», який вони мали самостійно доповнити необхідною інформацією, інтегрувавши знання з клінічних дисциплін, громадського здоров'я та профілактичної медицини. Результатом роботи стала побудова цілісного алгоритму проведення просвітницької бесіди, який міг бути використаний під час роботи з різними категоріями населення.

Таким чином, використання інтелект-карт сприяло формуванню в майбутніх лікарів умінь структурувати медичну інформацію, планувати логіку

просвітницького повідомлення, адаптувати його до особливостей цільової аудиторії та організовувати власну просвітницьку діяльність. Приклад організації роботи з інтелект-картою під час підготовки студентів до проведення просвітницького заходу представлено на рис. 2.2 та 2.3.



Рис. 2.2. Шаблон ментальної карти

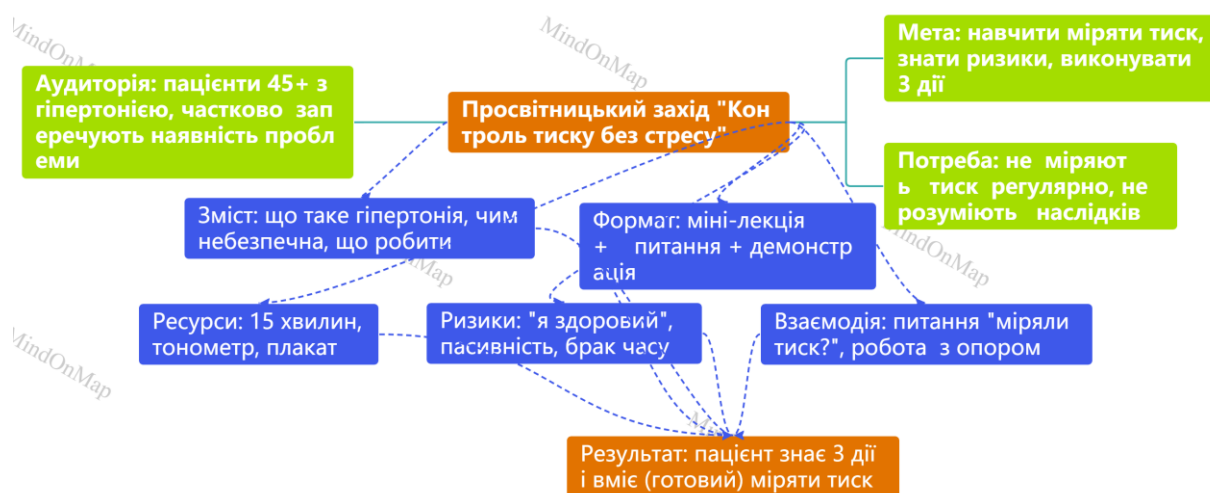


Рис. 2.3. Ментальна карта Просвітницького заходу «Контроль тиску без стресу»

Таким чином, організація просвітницьких кампаній, що передбачала аналіз потреб аудиторії, планування взаємодії, підготовку інформаційних матеріалів, проведення просвітницьких заходів та отримання зворотного зв'язку, забезпечувала формування у майбутніх лікарів умінь проєктувати й координувати просвітницьку діяльність, організовувати взаємодію із соціальними партнерами та здійснювати пролонгований супровід різних категорій населення. Саме такі вміння становлять

основу організаційного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Варто зауважити, що під час реалізації просвітницьких заходів студенти враховували не лише типові скарги, пов'язані зі специфікою професійної діяльності працівників комунальних служб (головний біль, запаморочення, швидка втомлюваність, серцебиття після фізичного навантаження тощо), а й характерні установки аудиторії, які нерідко виступали психологічними бар'єрами до сприйняття профілактичної інформації. Серед них найчастіше виявлялися переконання про неможливість змінити умови праці, ненормований графік роботи або залежність професійної діяльності від несприятливих кліматичних чинників.

Просвітницька кампанія включала також практичні тренінгові заняття, спрямовані на формування навичок самодопомоги та взаємодопомоги у критичних виробничих ситуаціях. Студенти демонстрували учасникам вправи з регуляції дихання, знайомили із цифровими застосунками для контролю питного режиму, пропонували рекомендації щодо раціонального чергування праці та відпочинку, профілактики перевантаження опорно-рухового апарату під час піднімання важких предметів, організації безпечної робочої пози під час виконання тривалих фізичних робіт.

Через два тижні після проведення просвітницького заходу була організована повторна зустріч, метою якої стало отримання зворотного зв'язку та обговорення запитань, що виникли у процесі практичного використання отриманих рекомендацій. Особливу увагу було приділено проявам психологічного опору, які найчастіше набували форм нормалізації професійного ризику («На такій роботі інакше не буває», «Спека і холод – це частина професії»), героїзації витривалості («Треба терпіти», «Слабкість – не для нас») або знецінення профілактики («До лікаря потрібно звертатися лише тоді, коли вже зовсім погано»).

Аналіз результатів взаємодії дозволив студентам усвідомити важливу особливість просвітницької діяльності: мотивація аудиторії до збереження здоров'я

далеко не завжди пов'язана безпосередньо із цінністю здорового способу життя. Для працівників комунальних служб більш переконливими виявилися аргументи щодо збереження працездатності, можливості виконувати професійні обов'язки, підтримувати фізичну функціональність і уникати втрати роботи. Саме така інформація стала для студентів важливим професійним інсайтом щодо необхідності врахування мотиваційних особливостей різних соціальних аудиторій під час організації медичного просвітництва.

Таким чином, реалізація просвітницької кампанії дала можливість майбутнім лікарям усвідомити, що ефективність просвітницької діяльності визначається не лише якістю підготовленого інформаційного матеріалу, а й попереднім вивченням особливостей цільової аудиторії, визначенням її реальних інформаційних потреб, добором адекватних форм комунікації, організацією зворотного зв'язку та готовністю коригувати зміст просвітницької взаємодії відповідно до отриманих результатів. Саме така організація діяльності забезпечувала формування організаційного компонента готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Важливою складовою реалізації науково-педагогічної технології стало також упровадження системи рефлексивних завдань, спрямованих на усвідомлення студентами власної професійної позиції, особливостей комунікативної взаємодії та труднощів реалізації просвітницької функції лікаря (Додаток Ж).

Рефлексивні завдання виконувалися після симуляційних практик, аналізу професійних кейсів, комунікативних тренінгів, реалізації просвітницьких мініпроектів і ситуаційної взаємодії зі змодельованими пацієнтами. Їх призначення полягало не лише в оцінюванні результатів діяльності студентів, а насамперед у розвитку здатності до професійного самоаналізу, критичного осмислення власної комунікативної поведінки, емоційних реакцій, труднощів адаптації медичної інформації до різних категорій населення та усвідомлення особливостей просвітницької взаємодії.

Особлива увага приділялася розвитку рефлексії щодо складності семантизації медичних знань для пацієнтів, емоційних аспектів комунікації, впливу просвітницької взаємодії на рівень довіри до лікаря, труднощів протидії медичним міфам та дезінформації, особливостей спілкування з тривожними, дезорієнтованими чи емоційно виснаженими пацієнтами, а також необхідності поєднання професійної вимогливості з емпатійною підтримкою.

У процесі реалізації технології використовувалися індивідуальні й групові форми рефлексії: письмові самоаналізи, рефлексивні есе, професійні щоденники, групові дискусії, аналіз складних комунікативних ситуацій, рефлексивні інтерв'ї після рольових практик і кейс-аналізу. Студентам пропонувалися запитання: «Що було найскладнішим у просвітницькій взаємодії?», «Чи вдалося мені пояснити інформацію зрозуміло?», «Як змінилося моє бачення ролі лікаря?», «Які труднощі виникали під час комунікації з пацієнтами?», «Що впливало на рівень довіри у взаємодії?».

Упровадження системи рефлексивних завдань сприяло розвитку професійної самосвідомості майбутніх лікарів, формуванню здатності до критичного аналізу власної діяльності, усвідомленню гуманістичного змісту просвітницької функції лікаря, підвищенню рівня комунікативної чутливості, розвитку навичок емоційної саморегуляції та готовності до конструктивної професійної взаємодії в умовах психологічної напруги й сучасних інформаційних викликів.

Отже, рефлексивний етап забезпечував завершальну ланку реалізації науково-педагогічної технології, сприяючи переходу студентів від формального виконання просвітницьких завдань до усвідомленого прийняття просвітницької діяльності як невід'ємної складової професійної місії сучасного лікаря.

Таким чином, експериментальна реалізація науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції забезпечила цілісне формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів досліджуваної

готовності. Поєднання міждисциплінарного оновлення змісту професійної підготовки, практикоорієнтованих форм навчання, моделювання реальних ситуацій просвітницької взаємодії, створення власних просвітницьких продуктів, організації просвітницьких кампаній для різних соціальних аудиторій та системи професійної рефлексії сприяло набуттю майбутніми лікарями досвіду реалізації просвітницької функції як невід’ємної складової їхньої професійної діяльності.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу, змісту розробленої науково-педагогічної технології та практики її реалізації дало змогу визначити інтегрований профіль компетентностей лікаря-просвітника, який відображає цілісний результат професійної підготовки майбутнього лікаря до просвітницької діяльності. На відміну від традиційного розуміння професійної підготовки, запропонований профіль інтегрує медичні, психолого-педагогічні, комунікативні, організаційні та цифрові компетентності в єдину систему професійної готовності, забезпечуючи здатність лікаря ефективно здійснювати просвітницьку діяльність у різних соціальних аудиторіях. Інтегрований профіль компетентностей лікаря-просвітника наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Інтегрований профіль компетентностей лікаря-просвітника

Структурний компонент	Характеристика	Що забезпечує у просвітницькій діяльності
Ціннісно-мотиваційний	орієнтація на здоров’язбереження, гуманізм, соціальна відповідальність	мотивацію до просвітництва та усвідомлення його професійної значущості
Медико-професійний	доказова медицина, профілактика, реабілітація, громадське здоров’я	наукову достовірність інформації
Психолого-педагогічний	знання психології спілкування, закономірностей навчання дорослих, особливостей різних аудиторій	доступність і результативність просвітництва

Комунікативний	професійне мовлення, аргументація, робота із запереченнями, зв'язок зворотний	ефективну взаємодію з пацієнтами
Організаційний	планування, управління просвітницькими кампаніями, самоменеджмент	організацію просвітницької діяльності
Цифровий	цифрова грамотність, створення медіаконтенту, протидія медичній дезінформації	ефективність просвітництва у цифровому середовищі
Рефлексивний	самоаналіз, вдосконалення, професійне оцінювання ефективності	безперервний професійний розвиток

Запропонований інтегрований профіль компетентностей лікаря-просвітника узагальнює результати проведеного дослідження та відображає цілісний результат професійної підготовки майбутнього лікаря до просвітницької діяльності. На відміну від традиційного розуміння професійної діяльності лікаря, запропонований профіль інтегрує медичні, психолого-педагогічні, комунікативні, організаційні та цифрові компетентності в єдину систему професійної готовності. Він визначає сукупність професійно значущих характеристик, необхідних для ефективної реалізації просвітницької діяльності у сучасній системі охорони здоров'я, та виступає орієнтиром для проєктування змісту, організації й оцінювання процесу підготовки майбутніх лікарів.

Запропонована науково-педагогічна технологія була спрямована саме на поетапне формування визначених складових інтегрованого профілю компетентностей лікаря-просвітника. Її реалізація забезпечила інтеграцію клінічних, профілактичних, психолого-педагогічних, комунікативних й цифрових знань у цілісну систему професійної підготовки, що сприяло формуванню здатності майбутніх лікарів ефективно взаємодіяти з різними соціальними аудиторіями, адаптувати медичну інформацію до їхніх потреб, організовувати просвітницькі заходи та здійснювати професійну рефлексію власної діяльності. Саме тому наступним етапом дослідження стало експериментальне оцінювання

результативності запропонованої технології шляхом порівняльного аналізу рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у студентів експериментальної та контрольної груп.

2.3. Хід, аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи

Експериментальна перевірка ефективності розробленої науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності здійснювалася із застосуванням комплексу взаємопов'язаних загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. До них належали: вивчення й аналіз філософської, соціологічної, психологічної та педагогічної літератури; аналіз результатів навчально-професійної діяльності студентів і викладачів; педагогічний експеримент; анкетування, опитування, спостереження, самоаналіз; експертне оцінювання; кількісний і якісний аналіз результатів навчальних досягнень та самооцінок; методи математичної статистики.

Під час добору й обґрунтування сукупності методів експериментального дослідження враховувалися наукові здобутки фахівців у галузі методології та методики педагогічних досліджень (О. Дубасенюк [31], Т. Завгородня, І. Стражнікова [37], Н. Олійник [75], Д. Чернілевський, М.Томчук [76], В. Староста, Г. Товканець [137], Є. Хриков [152]), методів математичної статистики в педагогіці (Н. Тверезовська, В. Сидоренко [143], В. Руденко [126]).

Експериментальною базою дослідження стали заклади вищої освіти: ВНЗ Приватний заклад вищої освіти «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я» (ДІМГЗ) (м. Дніпро) та Дніпровський державний медичний університет.

Експериментальне дослідження здійснювалося поетапно та охоплювало констатувальний, формувальний і контрольний етапи.

Констатувальний етап експерименту був спрямований на вивчення та аналіз стану досліджуваної проблеми; уточнення гіпотези, мети й завдань дослідження; визначення кількісного та якісного складу учасників експерименту (науково-

педагогічні працівники, студенти спеціальності 222 «Медицина»); проведення первинної діагностики з метою отримання вихідних даних щодо рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Формувальний етап експерименту передбачав експериментальну перевірку гіпотези дослідження та практичне впровадження розробленої й теоретично обґрунтованої науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. На цьому етапі послідовно реалізовувалися всі структурні компоненти авторської технології, описані у підрозділі 2.2, та здійснювався моніторинг динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Тривалість формувального етапу становила чотири роки (2021–2025 н. р.).

У дослідно-експериментальній роботі взяли участь 94 студенти магістерського рівня вищої освіти зі спеціальності 222 «Медицина», зокрема:

- 51 здобувач освіти за освітньо-професійною програмою «Медицина» Приватного закладу вищої освіти «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я», які склали експериментальну групу;
- 43 здобувача освіти за освітньо-професійною програмою «Дніпровського державного медичного університету», які склали контрольну групу та навчалися за традиційною освітньою програмою.

Крім того, до експерименту було залучено 21 науково-педагогічний працівник із експериментального закладу вищої освіти, які забезпечували викладання освітніх компонентів у межах міждисциплінарних блоків.

Педагогічний експеримент було організовано за паралельною схемою, що передбачала одночасне навчання студентів експериментальної та контрольної груп за освітніми програмами відповідних закладів вищої освіти. Такий підхід забезпечив можливість об'єктивного порівняння динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності за умов традиційної та експериментальної підготовки.

Контрольний етап був спрямований на визначення ефективності впровадженої науково-педагогічної технології шляхом повторної діагностики рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, порівняння результатів експериментальної та контрольної груп, їх математико-статистичної обробки, інтерпретації отриманих даних і формулювання висновків щодо результативності проведеного педагогічного експерименту.

Вірогідність та об'єктивність результатів дослідження забезпечувалися методологічною обґрунтованістю концептуальних положень роботи, відповідністю комплексу використаних методів поставленим меті й завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісного та якісного аналізу емпіричних даних, застосуванням методів математичної статистики, упровадженням результатів у практику професійної підготовки майбутніх лікарів, а також апробацією основних результатів дослідження на засіданнях кафедри психології та педагогіки Університету імені Альфреда Нобеля та під час міжнародних, всеукраїнських і міжвузівських науково-практичних конференцій.

Для оцінювання рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності було розроблено й використано комплекс взаємодоповнювальних діагностичних методик, який поєднував стандартизовані психодіагностичні інструменти та авторські засоби оцінювання.

Відповідно до визначеної структури готовності діагностування здійснювалося за трьома критеріями – мотиваційним, змістово-комунікативним та організаційним, для оцінювання яких було дібрано комплекс стандартизованих і авторських методик.

Мотиваційний критерій характеризував сформованість мотиваційного компонента готовності й оцінювався за такими показниками: цінність здоров'я, соціальна відповідальність та мотивація до професійної активності. Для їх діагностики використовувалися: методика діагностики реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова [42]; методика оцінки потреби в

досягненні, розроблена М. Корольчуком [56]; опитувальник «Соціальні норми просоціальної поведінки» (авт. І. Фурманов, Н. Кухтова) (за [57]).

Змістово-комунікативний критерій оцінювався шляхом експертного аналізу рівня сформованості фахових знань та просвітницько-комунікативних умінь студентів, які проявлялися у створених ними просвітницьких текстових продуктах. Експерти оцінювали структурно-логічну організацію повідомлення, змістову адекватність, адаптацію матеріалу до цільової аудиторії, практичну спрямованість рекомендацій, комунікативну доцільність і мовну коректність.

Організаційний критерій характеризував здатність студентів ефективно організовувати просвітницьку взаємодію, здійснювати самоконтроль професійної поведінки та зберігати емоційну стійкість у процесі комунікації. Для його оцінювання використовувалися: діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2) [145], діагностика самоконтролю у спілкуванні (тест М. Снайдера) (за [146]), тест стресостійкості [4; 111].

Використання авторських діагностичних матеріалів було зумовлено відсутністю стандартизованих психодіагностичних методик, спрямованих на оцінювання змістово-комунікативної складової готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Розроблений інструментарій дозволив оцінити рівень сформованості фахових знань, аналітичних умінь, здатності створювати просвітницькі матеріали та адаптувати їх до особливостей різних цільових аудиторій. Поєднання авторських і стандартизованих методик забезпечило комплексність, змістову валідність та достовірність діагностування.

Добір діагностичного інструментарію здійснювався відповідно до структури готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та визначених критеріїв її сформованості. Використані стандартизовані методики забезпечували оцінювання мотиваційних та особистісно-поведінкових характеристик, тоді як авторські діагностичні матеріали дозволили оцінити специфічні професійні вміння, безпосередньо пов'язані зі здійсненням просвітницької діяльності. Такий підхід

забезпечив комплексне дослідження всіх компонентів готовності та підвищив валідність отриманих результатів.

Методики діагностики рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Методики діагностики рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Методика діагностики	Показники	Рівень, бали			
		Високий	Середній	Низький	
Мотиваційний критерій					
Методика діагностики реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова	Цінність здоров'я	5 - 6	3 - 4	0 - 2	
Опитувальник «Соціальні норми просоціальної поведінки» (авт. І. Фурманов, Н. Кухтова)	Соціальна відповідальність	70 - 95	40 - 69	Менше 39	
Методика оцінки потреби в досягненні (М. Корольчука)	Мотивація до професійної активності	16 - 19	12 - 15	2 - 11	
Змістово-комунікативний критерій					
Інтегрований опитувальник (авторський) Метод експертних оцінок	Фахові знання	10 - 15	5 - 9	0 - 4	
	Структурно-логічна організація повідомлення	31 - 40	16 - 30	0 - 15	
	Змістова адекватність і релевантність				
	Адаптація до цільової аудиторії				
	Практична спрямованість рекомендацій				
	Комунікативна доцільність та мовна коректність				
Організаційний критерій					
Діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2)	Здатність проєктувати просвітницьку діяльність	16 - 20	9 - 15	Менше 9	

Діагностика самоконтролю у спілкуванні (тест М. Снайдера)	Здатність керувати власною поведінкою	7 - 10	4 - 6	0 - 3
Тест стресостійкості	Здатність організовувати взаємодію і підтримувати зв'язки	0 - 20	20 - 50	Більше 50

Для забезпечення єдиного підходу до інтерпретації результатів, отриманих за різними діагностичними методиками, усі показники, виражені у балах, індексах або коефіцієнтах, були уніфіковані шляхом переведення у процентну шкалу. Перерахунок здійснювався шляхом співвіднесення індивідуального результату кожного респондента з максимально можливим значенням відповідної методики та визначення частки досягнутого результату у відсотках.

Використання єдиної процентної шкали забезпечило можливість узгодження результатів, отриманих за стандартизованими та авторськими діагностичними методиками, їх коректного порівняння між собою та визначення рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності за єдиними критеріями оцінювання. Відповідно до прийнятої шкали високому рівню відповідали показники в межах 80–100 % від максимально можливого результату, середньому – 60–79 %, низькому – менше 60 %. Такий підхід забезпечив можливість здійснення як кількісного, так і якісного аналізу динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на різних етапах педагогічного експерименту.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між експериментальною та контрольною групами застосовано критерій узгодженості Пірсона (χ^2), який дозволив встановити наявність або відсутності статистично значущих відмінностей у розподілі рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на констатувальному та контрольному етапах експерименту.

Після визначення діагностичного інструментарію та процедур статистичної обробки результатів було проведено констатувальний етап педагогічного експерименту, метою якого стало встановлення вихідного рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Констатувальний етап дослідно-експериментальної роботи був спрямований на визначення вихідного рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності за мотиваційним, змістово-комунікативним та організаційним критеріями. Діагностика проводилася до впровадження авторської науково-педагогічної технології та дала змогу зафіксувати початковий стан сформованості досліджуваної готовності в експериментальній і контрольній групах, визначити проблемні аспекти професійної підготовки студентів та обґрунтувати необхідність їх подальшого педагогічного супроводу.

На констатувальному етапі педагогічного експерименту було здійснено діагностику рівнів сформованості мотиваційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Мотиваційний критерій оцінювався за такими показниками: цінність здоров'я, соціальна відповідальність та мотивація до професійної активності.

Аналіз результатів засвідчив, що вихідний рівень сформованості цінності здоров'я у студентів експериментальної та контрольної груп був практично однаковим. У більшості респондентів переважали середній та низький рівні розвитку цього показника. Так, високий рівень було виявлено лише у 3,9 % студентів експериментальної групи та 2,3 % – контрольної. Середній рівень продемонстрували відповідно 60,8 % та 62,8 % респондентів, тоді як низький рівень зафіксовано у 35,3 % студентів ЕГ і 34,9 % КГ. Отримані результати свідчать про ситуативний або декларативний характер ставлення більшості студентів до здоров'я як базової життєвої цінності, недостатнє усвідомлення ролі здоров'язбережувальної поведінки у власному житті та відповідальності за її популяризацію серед населення.

Найбільш проблемним показником мотиваційного критерію виявилася соціальна відповідальність. Високий рівень її сформованості було виявлено лише у 5,9 % студентів експериментальної групи та 7,0 % – контрольної. Водночас переважна більшість респондентів перебувала на низькому рівні (66,7 % в ЕГ та 67,4 % у КГ). Такі результати свідчать про недостатнє усвідомлення студентами соціальної місії лікаря як активного суб'єкта громадського здоров'я, носія достовірної медичної інформації та організатора просвітницької діяльності серед різних категорій населення.

Іншу тенденцію продемонстрував показник мотивації до професійної активності. Високий рівень сформованості цього показника виявлено у 49,0 % студентів експериментальної групи та 41,9 % контрольної, а середній – відповідно у 41,2 % та 44,2 % респондентів. Отримані результати свідчать про наявність у більшості студентів позитивного ставлення до майбутньої професії, інтересу до професійної діяльності, прагнення до професійного визнання та готовності брати участь у різних формах професійної взаємодії. Разом із тим така мотивація ще не трансформувалася у стійке прагнення до здійснення саме просвітницької діяльності, а мала переважно загальнопрофесійний характер.

Отже, результати констатувального етапу засвідчили, що мотиваційний критерій готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності сформований переважно на середньому та низькому рівнях незалежно від належності студентів до експериментальної чи контрольної груп. Найбільші труднощі були пов'язані з недостатнім усвідомленням соціальної відповідальності лікаря як провідника медичних знань, недостатньою сформованістю ціннісного ставлення до просвітницької діяльності та відсутністю стійкої мотивації до популяризації здорового способу життя серед населення. Водночас достатньо високі показники мотивації до професійної активності свідчать про наявність сприятливих передумов для подальшого формування мотиваційного компонента засобами авторської науково-педагогічної технології.

На констатувальному етапі педагогічного експерименту також було здійснено діагностику рівнів сформованості змістово-комунікативного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Змістово-комунікативний критерій охоплював такі показники: фахові знання, структурно-логічна організація повідомлення, змістова адекватність і релевантність, адаптація до цільової аудиторії, практична спрямованість рекомендацій, комунікативна доцільність та мовна коректність.

Аналіз результатів констатувального зрізу засвідчив, що рівень фахових знань у більшості студентів обох груп залишався недостатнім для ефективного здійснення просвітницької діяльності. Високий рівень було виявлено лише у 7,8 % студентів експериментальної групи та 4,7 % контрольної. Середній рівень продемонстрували відповідно 23,6 % і 32,5 % респондентів, тоді як низький рівень зафіксовано у 68,6 % студентів ЕГ та 62,8 % КГ. Отримані результати є закономірними, оскільки дослідження проводилося на початковому етапі професійної підготовки, коли студенти ще не володіли достатнім обсягом медичних знань і практичним досвідом їх популяризації серед різних категорій населення.

За показником структурно-логічної організації повідомлення також переважали середній та низький рівні сформованості. Високий рівень було виявлено лише у 13,7 % студентів експериментальної групи та 11,6 % контрольної, середній – відповідно у 45,1 % і 44,2 %, тоді як низький рівень продемонстрували 41,2 % студентів ЕГ та 44,2 % КГ. Це свідчить про недостатній досвід побудови логічно структурованих просвітницьких повідомлень, встановлення причинно-наслідкових зв'язків та послідовного викладу медичної інформації.

За показником змістової адекватності та релевантності лише 9,8 % студентів експериментальної групи та 9,3 % контрольної продемонстрували високий рівень. Водночас понад половина респондентів перебувала на середньому рівні (51,0 % – ЕГ; 53,5 % – КГ). Це свідчить про наявність базових умінь добирати інформацію

відповідно до тематики повідомлення, однак аргументація висловлених положень ще залишалася недостатньо переконливою та науково обґрунтованою.

Аналіз показника адаптації до цільової аудиторії засвідчив переважання середнього рівня сформованості (56,9 % – в ЕГ та 48,8 % – у КГ). Високий рівень було зафіксовано лише у 5,9 % студентів експериментальної групи та 9,3 % контрольної. Такі результати свідчать, що студенти вже інтуїтивно прагнули враховувати особливості потенційної аудиторії, однак через недостатній рівень професійної підготовки така адаптація здебільшого зводилася до спрощення медичного змісту без належного врахування інформаційних потреб різних груп населення.

Найнижчі результати серед складових змістово-комунікативного критерію були отримані за показником практичної спрямованості рекомендацій. Низький рівень виявлено у 66,7 % студентів експериментальної групи та 72,1 % контрольної, тоді як високий – лише у 11,8 % та 7,0 % відповідно. Отримані результати підтверджують недостатню готовність студентів трансформувати теоретичні знання у практичні рекомендації, придатні для використання різними категоріями населення, що є закономірним для початкового етапу професійної підготовки.

За показником комунікативної доцільності та мовної коректності більшість студентів також продемонстрували середній і низький рівні сформованості. Середній рівень було зафіксовано у 47,1 % студентів експериментальної групи та 51,2 % контрольної, тоді як низький – відповідно у 43,1 % та 44,2 %. Це свідчить про недостатню сформованість умінь підтримувати інтерактивну взаємодію з аудиторією, аргументовано відповідати на запитання, долати комунікативний спротив та здійснювати професійну просвітницьку комунікацію.

Отже, результати констатувального етапу дослідження засвідчили, що змістово-комунікативний критерій готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності сформований переважно на середньому та низькому рівнях у студентів обох груп. Найбільші труднощі були пов'язані не лише з недостатністю фахових

знань, а й із невмінням адаптувати медичну інформацію до особливостей різних цільових аудиторій, логічно структурувати просвітницькі повідомлення, формувати практично орієнтовані рекомендації та підтримувати конструктивну комунікацію зі споживачами інформації. Отримані результати підтвердили необхідність упровадження авторської науково-педагогічної технології, спрямованої на комплексне формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Результати діагностики рівнів сформованості складових організаційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, отримані на констатувальному етапі педагогічного експерименту, засвідчили переважання середнього та низького рівнів у студентів як експериментальної, так і контрольної груп.

За показником «здатність проєктувати просвітницьку діяльність» високий рівень було виявлено лише у 5,9 % студентів експериментальної групи та 9,3 % контрольної. Водночас переважна більшість респондентів продемонструвала низький рівень сформованості цієї здатності (70,6 % – ЕГ; 65,1 % – КГ). Отримані результати свідчать про недостатнє усвідомлення студентами місця просвітницької діяльності у професійній діяльності лікаря, особливостей різних цільових аудиторій, а також про відсутність сформованих умінь планувати просвітницькі заходи, добирати адекватні методи, форми та засоби донесення медичної інформації.

Аналіз результатів за показником «здатність керувати власною поведінкою» також засвідчив переважання низького рівня сформованості: його було зафіксовано у 56,9 % студентів експериментальної групи та 53,5 % контрольної, тоді як високий рівень продемонстрували лише 9,8 % і 11,6 % респондентів відповідно. Такі результати свідчать про недостатню сформованість навичок самоорганізації та самоменеджменту, зокрема планування власної діяльності, раціонального розподілу часу та послідовної організації виконання просвітницьких завдань. Крім того,

недостатній рівень професійної підготовки обумовлював підвищену емоційну напруженість, невпевненість у власних можливостях та труднощі під час взаємодії з різними категоріями аудиторії.

За показником «здатність організовувати взаємодію і підтримувати зв'язки» більшість студентів також перебувала на низькому рівні сформованості (68,6 % – ЕГ; 62,8 % – КГ). Отримані результати свідчать про схильність до переважно односторонньої комунікації, уникання зворотного зв'язку та недостатню готовність до конструктивного діалогу зі споживачами просвітницької інформації. Це можна пояснити невпевненістю студентів у власній професійній компетентності та побоюванням відповідати на запитання, що потребують глибоких фахових знань.

Отже, результати констатувального етапу дослідження засвідчили, що організаційний критерій готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності сформований переважно на низькому та середньому рівнях. Найбільші труднощі були пов'язані з плануванням просвітницьких заходів, добором оптимальних способів взаємодії з різними категоріями населення, недостатнім рівнем самоменеджменту та готовності до конструктивної комунікації в умовах можливого опору, критичних запитань або скептичного ставлення аудиторії.

Узагальнення результатів констатувального етапу педагогічного експерименту дає підстави стверджувати, що рівень сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у більшості студентів експериментальної та контрольної груп є недостатнім і характеризується переважанням середнього та низького рівнів за всіма визначеними критеріями.

Аналіз *мотиваційного критерію* засвідчив недостатню сформованість ціннісного ставлення до просвітницької діяльності, низький рівень соціальної відповідальності за популяризацію науково обґрунтованих медичних знань та недостатнє усвідомлення просвітництва як важливої складової професійної діяльності лікаря.

Результати оцінювання *змістово-комунікативного критерію* свідчать про недостатній рівень інтегрованих фахових знань і просвітницько-комунікативних умінь. Найбільші труднощі були пов'язані з адаптацією професійної інформації до потреб нефахової аудиторії, логічною побудовою просвітницьких повідомлень, аргументованим викладом матеріалу, формулюванням практично орієнтованих рекомендацій та організацією ефективного зворотного зв'язку із споживачами інформації. Це підтверджує, що на початку експерименту знання студентів мали переважно фрагментарний характер і не забезпечували цілісного розуміння просвітницької діяльності як одного з професійних обов'язків сучасного лікаря.

Оцінювання *організаційного критерію* виявило недостатню сформованість умінь планувати й організовувати просвітницьку діяльність, обирати адекватні форми і методи роботи з різними цільовими аудиторіями, здійснювати самоменеджмент та ефективно взаємодіяти зі споживачами інформації в умовах комунікативних труднощів, заперечень або психологічного опору.

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп на констатувальному етапі не виявив статистично значущих відмінностей між групами, що підтверджує їх початкову однорідність та забезпечує об'єктивність подальшої експериментальної перевірки ефективності авторської науково-педагогічної технології.

Отже, результати констатувального етапу педагогічного експерименту підтвердили наявність педагогічної проблеми, що полягає у недостатній сформованості мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Виявлені недоліки обґрунтували необхідність цілеспрямованого педагогічного впливу, реалізованого у процесі формувального етапу експерименту шляхом упровадження авторської науково-педагогічної технології, побудованої на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Контрольний зріз рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, проведений після завершення формувального етапу експерименту, засвідчив суттєві позитивні зміни насамперед у студентів експериментальної групи за всіма визначеними критеріями – мотиваційним, змістово-комунікативним та організаційним.

У процесі формувального етапу було реалізовано авторську науково-педагогічну технологію формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, яка передбачала комплексне впровадження міждисциплінарних блоків, практикоорієнтованих форм навчання, інтерактивних методів, цифрових засобів медичної комунікації та системи рефлексивного супроводу. Саме комплексний характер педагогічного впливу створив передумови для позитивної динаміки за всіма структурними компонентами досліджуваної готовності.

Узагальнені результати експериментального дослідження наведено в таблицях 2.7–2.14.

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за мотиваційним критерієм готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності представлено в таблиці 2.7.

Аналіз здійснювався за трьома показниками: цінність здоров'я, соціальна відповідальність та мотивація до професійної активності, які характеризують сформованість мотиваційної складової досліджуваної готовності.

Результати контрольного зрізу засвідчили виразну позитивну динаміку розвитку мотиваційного критерію у студентів експериментальної групи порівняно зі студентами контрольної групи.

Найбільш помітні зміни відбулися за показником «цінність здоров'я». Частка студентів експериментальної групи, які досягли високого рівня сформованості цього показника, збільшилася на 27,4 %, тоді як у контрольній групі приріст становив лише 7,0 %. Такі результати пояснюються систематичним використанням у процесі професійної підготовки мотиваційних занять, рефлексивних мініесе

валеологічного змісту, аналізом професійних ситуацій та інтерактивних вправ, спрямованих на усвідомлення особистісної й професійної цінності здоров'я.

Таблиця 2.7

**Динаміка рівнів сформованості показників мотиваційного критерію
готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності**

Показники	Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
		Етап експерименту					
		Конст., %	Контр. , %	Приріс т %	Конст. , %	Контр. , %	Приріст %
Цінність здоров'я	високий	3,9	31,3	+27,4	2,3	9,3	+7,0
	середній	60,8	64,7	+3,9	62,8	67,4	+4,6
	низький	35,3	4,0	-31,3	34,9	23,3	-11,6
Соціальна відповідальність	високий	5,9	29,4	+23,5	7,0	11,6	+4,6
	середній	27,4	45,1	+17,7	25,6	34,9	+9,3
	низький	66,7	25,5	-41,2	67,4	53,5	-13,9
Мотивація до професійної активності	високий	49,0	74,5	+25,5	41,9	44,2	+2,3
	середній	41,2	21,6	-19,6	44,2	48,8	+4,6
	низький	9,8	4,0	-5,8	13,9	7,0	-6,9

Суттєві позитивні зміни зафіксовано також за показником «соціальна відповідальність». У студентів експериментальної групи кількість осіб із високим рівнем сформованості цього показника збільшилася на 23,5 %, тоді як у контрольній групі приріст становив лише 4,6 %. Отриману динаміку пов'язуємо із застосуванням проблемно-кейсових технологій, побудованих за принципом «ситуації від противного», коли студенти аналізували можливі наслідки відсутності медичного просвітництва для окремої людини та суспільства. Такі завдання сприяли усвідомленню соціальної місії лікаря як активного суб'єкта громадського здоров'я.

Позитивна динаміка простежувалася і за показником «мотивація до професійної активності». У студентів експериментальної групи частка осіб із високим рівнем сформованості цього показника зросла на 25,5 %, тоді як кількість студентів із середнім рівнем відповідно зменшилася на 19,6 %, що свідчить про перехід значної частини респондентів до вищого рівня сформованості мотиваційної

складової готовності. Такі зміни стали результатом проведення дискусій із практикуючими лікарями, аналізу професійних ситуацій та обговорення сучасної ролі лікаря як комунікатора і провідника медичних знань у суспільстві. Це сприяло формуванню усвідомлення необхідності здійснювати просвітницьку діяльність незалежно від формату професійної взаємодії з пацієнтом.

У контрольній групі позитивна динаміка за всіма показниками мотиваційного критерію також простежувалася, однак її масштаби були значно меншими. Зокрема, приріст високого рівня за показниками «цінність здоров'я», «соціальна відповідальність» та «мотивація до професійної активності» становив відповідно 7,0 %, 4,6 % та 2,3 %, що свідчить про обмежений вплив традиційної організації освітнього процесу на формування мотиваційної складової готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Узагальнені результати сформованості мотиваційного критерію наведено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Динаміка рівня сформованості мотиваційного критерію готовності
майбутніх лікарів до просвітницької діяльності**

Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
	Етап експерименту					
	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %
високий	19,6	45,1	+25,5	16,3	20,9	+4,6
середній	43,1	45,1	+2,0	44,2	51,2	+7,0
низький	37,3	9,8	-27,5	39,5	27,9	-11,6

Аналіз отриманих даних показав, що у студентів контрольної групи відбулися окремі позитивні зміни, однак вони мали переважно природний характер і були зумовлені загальним процесом професійної підготовки. Так, частка студентів із низьким рівнем сформованості мотиваційного критерію зменшилася з 39,5 % до 27,9 %, проте кількість студентів із високим рівнем зросла лише з 16,3 % до 20,9 %.

Натомість у студентів експериментальної групи результати виявилися значно більш вираженими. Частка респондентів із високим рівнем сформованості мотиваційного критерію збільшилася з 19,6 % до 45,1 % (приріст 25,5 %), кількість студентів із середнім рівнем дещо зросла (з 43,1 % до 45,1 %), а частка студентів із низьким рівнем зменшилася з 37,3 % до 9,8 %, що становить –27,5 %.

Отримані результати підтверджують ефективність авторської науково-педагогічної технології щодо формування мотиваційної складової готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Реалізація міждисциплінарного змісту підготовки, використання проблемно-пошукових методів навчання, рефлексивних технологій, професійно орієнтованих дискусій та кейсових завдань забезпечили істотне підвищення цінності здоров'я, рівня соціальної відповідальності та мотивації студентів до активної просвітницької діяльності.

Узагальнені результати сформованості рівнів мотиваційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності представлено на рисунку 2.4.

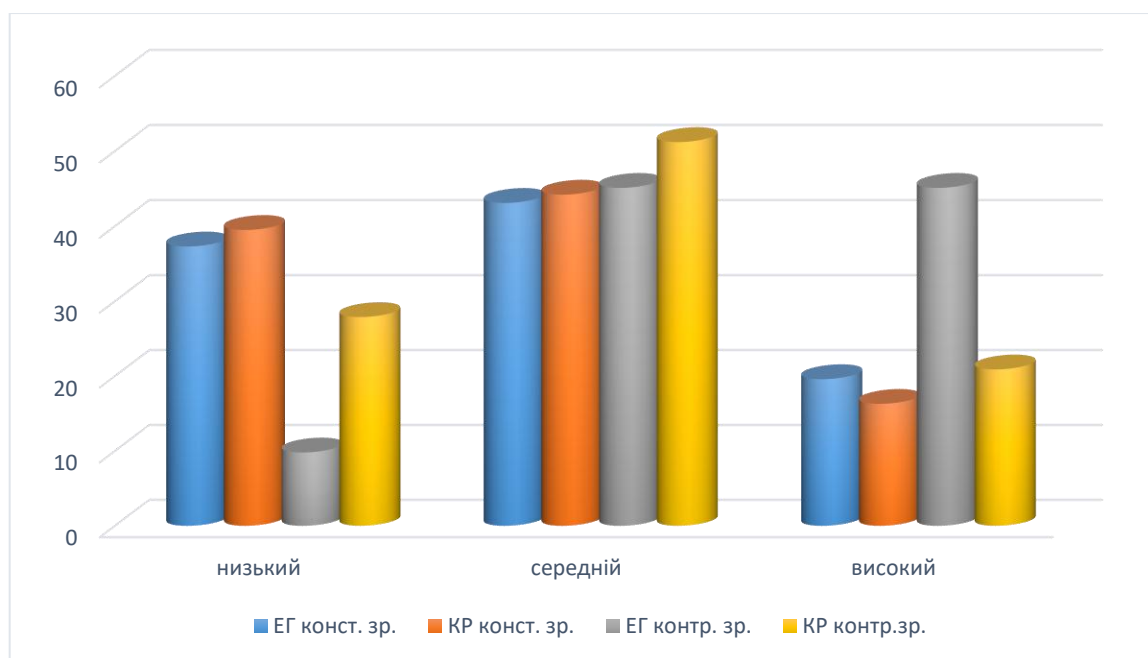


Рис. 2.4. Порівняльні гістограми змін рівня сформованості мотиваційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за змістово-комунікативним критерієм готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності представлено в таблиці 2.9.

Аналіз проводився за такими показниками: фахові знання, структурно-логічна організація повідомлення, змістова адекватність і релевантність, адаптація до цільової аудиторії, практична спрямованість рекомендацій та комунікативна доцільність і мовна коректність.

Таблиця 2.9

Динаміка рівнів сформованості показників змістово-комунікативного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Показники	Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
		Етап експерименту					
		Конст., %	Контр., %	Приріст %	Конст., %	Контр., %	Приріс т %
Фахові знання	високий	7,8	41,1	+33,3	4,7	13,9	+9,2
	середній	23,6	45,1	+21,5	32,5	39,6	+7,1
	низький	68,6	13,8	-54,8	62,8	46,5	-16,3
Структурно-логічна організація повідомлення	високий	13,7	35,3	+21,6	11,6	16,3	+4,7
	середній	45,1	56,9	+11,8	44,2	53,5	+9,3
	низький	41,2	7,8	-33,4	44,2	30,2	-14,0
Змістова адекватність і релевантність	високий	9,8	31,4	+21,6	9,3	16,3	+7,0
	середній	51,0	58,8	+7,8	53,5	65,1	+11,6
	низький	39,2	9,8	-29,4	37,2	18,6	-18,6
Адаптація до цільової аудиторії	високий	5,9	25,5	+19,6	9,3	13,9	+4,6
	середній	56,9	64,7	+7,8	48,8	55,9	+7,1
	низький	37,2	9,8	-27,4	41,9	30,2	-11,7
Практична спрямованість рекомендацій	високий	11,8	47,1	+35,3	7,0	11,6	+4,6
	середній	21,6	45,1	+23,5	20,9	32,4	+11,5
	низький	66,6	7,8	-58,8	72,1	55,8	-16,3
Комунікативна доцільність та мовна коректність	високий	9,8	33,3	+23,5	4,6	13,9	+9,3
	середній	47,1	54,9	+7,8	51,2	55,8	+4,6
	низький	43,1	11,8	-31,3	44,2	30,3	-13,9

Результати контрольного зрізу засвідчили суттєву позитивну динаміку за всіма показниками змістово-комунікативного критерію у студентів експериментальної групи порівняно зі студентами контрольної групи.

Найбільш відчутні позитивні зміни зафіксовано за показником «фахові знання». Частка студентів експериментальної групи, які досягли високого рівня сформованості цього показника, збільшилася на 33,3 %, тоді як у контрольній групі приріст становив лише 9,2 %. Отриману позитивну динаміку пояснюємо системною реалізацією міждисциплінарної підготовки, у процесі якої студенти послідовно опановували теоретичні засади медичного просвітництва, сучасні підходи до організації просвітницької діяльності, проблеми громадського здоров'я, особливості різних цільових аудиторій та сучасні засоби комунікативного впливу, зокрема переконання, алгоритмізацію практичних дій, сторітелінг та інші інтерактивні технології медичної комунікації.

Позитивна динаміка простежувалася також за показником «структурно-логічна організація повідомлення». У студентів експериментальної групи приріст високого рівня становив 21,6 %, а середнього – 11,8 %, тоді як у контрольній групі відповідні зміни були значно менш вираженими (4,7 % та 9,3 % відповідно). Це свідчить про сформованість у студентів експериментальної групи умінь логічно структурувати просвітницькі повідомлення, забезпечувати їх композиційну завершеність, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки та послідовно представляти медичну інформацію.

Аналогічна позитивна тенденція спостерігалася за показником «змістова адекватність і релевантність». Частка студентів експериментальної групи з високим рівнем сформованості цього показника зросла на 21,6 %, тоді як у контрольній групі приріст становив лише 7,0 %. Студенти експериментальної групи демонстрували вищий рівень професійної коректності викладу матеріалу, відповідність змісту темі повідомлення, аргументованість висновків, доказовість тверджень, етичність комунікації та здатність надавати науково обґрунтовані пояснення і практичні рекомендації.

Результати контрольного зрізу за показником «адаптація до цільової аудиторії» також засвідчили істотні позитивні зміни у студентів експериментальної

групи. Приріст високого рівня становив 19,6 %, тоді як у контрольній групі – лише 4,6 %. Такі результати пов'язуємо з формуванням у студентів умінь аналізувати типові помилки у просвітницьких матеріалах, адаптувати професійну інформацію до особливостей різних соціальних груп, реконструювати повідомлення відповідно до віку, рівня медичної грамотності та психологічного стану аудиторії, а також розробляти практичні рекомендації у контексті вивчення клінічних дисциплін.

Особливо відчутні позитивні зміни відбулися за показником «практична спрямованість рекомендацій». Якщо у контрольній групі частка студентів із високим рівнем сформованості цього показника збільшилася з 7,0 % до 11,6 % (приріст 4,6 %), то в експериментальній групі – з 11,8 % до 47,1 %, що становить приріст 35,3 %. Водночас кількість студентів із низьким рівнем сформованості цього показника в експериментальній групі зменшилася на 58,8 %, тоді як у контрольній – лише на 16,1 %. Середній рівень також зріс значно істотніше в експериментальній групі (+23,5 %) порівняно з контрольною (+11,5 %). Такі результати пояснюємо систематичним залученням студентів до розроблення практично орієнтованих просвітницьких матеріалів, використання сучасних засобів медичної біоінженерії (трекерів, натільних сенсорів, мобільних застосунків) для навчання пацієнтів самомоніторингу здоров'я, а також створенням інформаційних буклетів, пам'яток та інших просвітницьких продуктів.

Відчутні позитивні зміни зафіксовано також за показником «комунікативна доцільність та мовна коректність». У студентів експериментальної групи кількість осіб із високим рівнем сформованості цього показника збільшилася на 23,5 %, тоді як у контрольній групі приріст становив лише 9,3 %. Такі результати є наслідком систематичного використання кейсових технологій, рольових моделей комунікації та практичних вправ, спрямованих на відпрацювання взаємодії із запереченнями, страхами, недовірою, скепсисом і комунікативним опором аудиторії, у тому числі у цифровому середовищі та соціальних мережах. Це сприяло формуванню навичок

ефективного професійного спілкування та організації конструктивного зворотного зв'язку зі споживачами медичної інформації.

Щодо загальної динаміки змістово-комунікативного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, отримані результати свідчать про виразні позитивні зрушення насамперед у студентів експериментальної групи. Узагальнені результати змін рівнів сформованості цього критерію наведено у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

**Динаміка рівня сформованості змістово-комунікативного критерію
готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності**

Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
	Етап експерименту					
	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріс т %	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %
високий	9,8	35,3	+25,5	7,0	13,9	+6,9
середній	41,2	54,9	+13,7	41,9	51,2	+9,3
низький	49,0	9,8	-39,2	51,1	34,9	-16,2

Після завершення формувального етапу експерименту в експериментальній групі частка студентів із високим рівнем сформованості змістово-комунікативного критерію збільшилася з 9,8 % до 35,3 %, що становить приріст 25,5 %. Водночас кількість студентів із низьким рівнем зменшилася з 49,0 % до 9,8 %, що підтверджує результативність реалізованого педагогічного впливу.

Якісний аналіз результатів показав, що студенти з високим рівнем сформованості змістово-комунікативного критерію володіють достатнім обсягом професійних знань для здійснення просвітницької діяльності, уміють логічно структурувати медичну інформацію, адаптувати її до особливостей різних цільових аудиторій, добирати ефективні способи представлення повідомлення, враховувати психологічний стан і потреби споживачів, організовувати конструктивний зворотний зв'язок та аргументовано працювати із запереченнями, страхами,

недовірою й скепсисом. Важливим результатом також стало формування умінь розробляти практично орієнтовані рекомендації, зрозумілі та доступні для різних категорій населення.

Отримані результати переконливо засвідчують ефективність авторської науково-педагогічної технології щодо формування змістово-комунікативної складової готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Позитивна динаміка простежувалася за всіма визначеними показниками та суттєво перевищувала відповідні зміни у контрольній групі, що підтверджує доцільність упровадження запропонованої технології у систему професійної підготовки майбутніх лікарів.

У контрольній групі також зафіксовано позитивні зміни, однак вони були значно менш вираженими. Частка студентів із високим рівнем сформованості змістово-комунікативного критерію збільшилася з 7,0 % до 13,9 %, із середнім рівнем – з 41,9 % до 51,2 %, тоді як кількість студентів із низьким рівнем зменшилася з 51,1 % до 34,9 %. Відповідні прирости становили +6,9 %, +9,3 % та – 16,2 %, що свідчить про позитивний вплив загального освітнього процесу, однак не дає підстав говорити про системне й цілеспрямоване формування змістово-комунікативної складової готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Отримані результати переконливо підтверджують ефективність авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Позитивна динаміка змістово-комунікативного критерію була забезпечена комплексною реалізацією принципів гуманізму, етичної відповідальності лікаря, міждисциплінарної інтеграції та практикоорієнтованості професійної підготовки. Важливу роль відіграло поєднання медичних, психологічних, педагогічних і комунікативних знань, використання сучасних психологічних технік, елементів нейропсихології та інтерактивних методів навчання, що дало змогу студентам розробляти міждисциплінарні просвітницькі

проекти для різних цільових аудиторій. Такі проекти інтегрували клінічні, профілактичні, психологічні та соціальні аспекти збереження здоров'я, сприяючи формуванню цілісного бачення просвітницької діяльності як важливої складової професійної діяльності сучасного лікаря.

Таким чином, результати експериментального дослідження засвідчили, що впровадження авторської науково-педагогічної технології забезпечило істотне підвищення рівня сформованості змістово-комунікативного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Позитивна динаміка за всіма його показниками суттєво перевищувала відповідні зміни у контрольній групі, що підтверджує педагогічну ефективність запропонованої технології.

Динаміку сформованості рівнів змістово-комунікативного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності подано на рисунку 2.5.

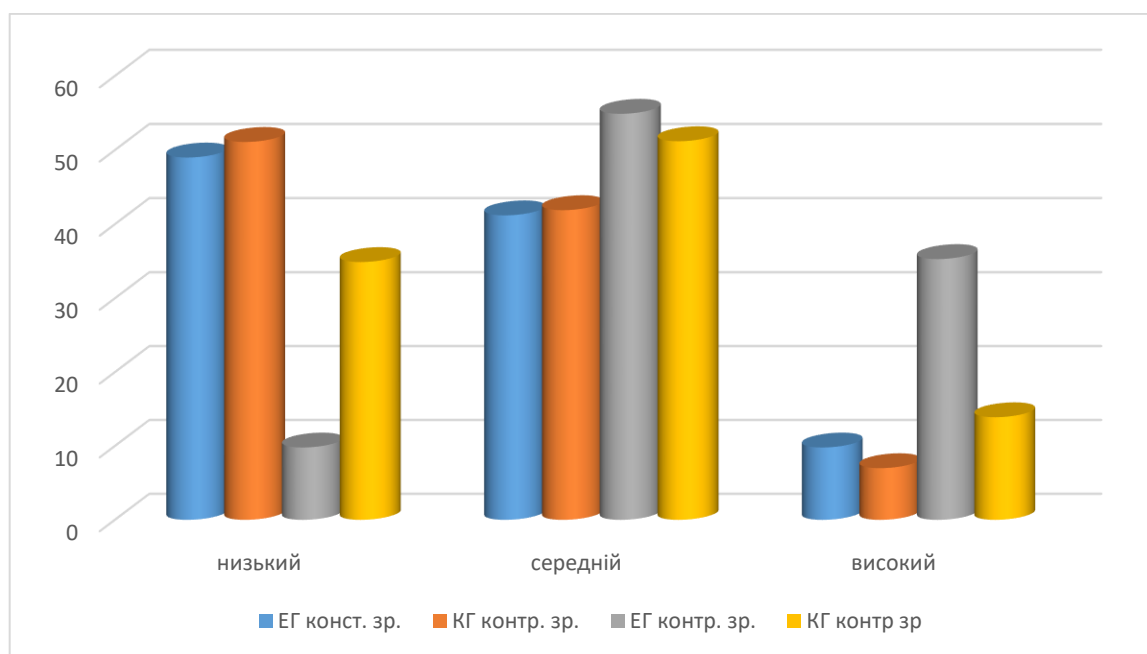


Рис. 2.5. Порівняльні гістограми змін рівня сформованості змістово-комунікативного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Порівняльний аналіз результатів експериментальної та контрольної груп за організаційним критерієм готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності представлено в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

**Динаміка рівнів сформованості показників організаційного критерію
готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності**

Показники	Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
		Етап експерименту					
		Конст., %	Контр., %	Приріст %	Конст., %	Контр., %	Приріст %
Здатність проектувати просвітницьку діяльність	високий	5,9	33,3	+27,4	9,3	16,3	+7,0
	середній	23,5	41,2	+17,7	25,6	34,9	+9,3
	низький	70,6	25,5	-45,1	65,1	48,8	-16,3
Здатність керувати власною поведінкою	високий	9,8	31,4	+21,6	11,6	20,9	+9,3
	середній	33,3	51,0	+17,7	34,9	39,5	+4,6
	низький	56,9	17,6	-39,3	53,5	39,6	-13,9
Здатність організовувати взаємодію і підтримувати зв'язки	високий	3,9	39,2	+35,3	7,0	11,6	+4,6
	середній	27,5	47,1	+19,6	30,2	37,2	+7,0
	низький	68,6	13,7	-54,9	62,8	51,2	-11,6

Результати контрольного зрізу засвідчили виразну позитивну динаміку за всіма показниками цього критерію у студентів експериментальної групи, тоді як у контрольній групі позитивні зміни були значно менш вираженими.

Найбільш помітні позитивні зміни зафіксовано за показником «здатність проектувати просвітницьку діяльність». У студентів експериментальної групи приріст високого рівня становив 27,4 %, тоді як у контрольній групі – лише 7,0 %. Частка студентів із середнім рівнем сформованості цього показника також зросла істотніше в експериментальній групі (+17,7 %) порівняно з контрольною (+9,3 %). Такі результати свідчать про сформованість у студентів умінь визначати мету і завдання просвітницької діяльності, аналізувати потреби різних категорій населення, прогнозувати очікувані результати просвітницьких заходів, а також добирати адекватні форми, методи й засоби донесення медичної інформації відповідно до особливостей конкретної цільової аудиторії.

Позитивна динаміка простежувалася також за показником «здатність керувати власною поведінкою». У студентів експериментальної групи приріст високого рівня становив 21,6 %, середнього – 17,7 %, тоді як у контрольній групі відповідні показники становили лише 9,3 % та 4,6 %. Досягнуті результати свідчать про сформованість умінь самоорганізації та самоменеджменту, раціонального планування часу і власних ресурсів, здатності гнучко коригувати алгоритм діяльності залежно від розвитку професійної ситуації, а також про підвищення рівня емоційної стійкості у процесі просвітницької взаємодії.

Особливо відчутні позитивні зміни зафіксовано за показником «здатність організовувати взаємодію і підтримувати зв'язки». Приріст високого рівня у студентів експериментальної групи становив 35,3 %, тоді як у контрольній групі – лише 4,6 %. Отримані результати свідчать про формування готовності майбутніх лікарів активно залучати аудиторію до діалогу, підтримувати конструктивну взаємодію, аргументовано відповідати на запитання, працювати із запереченнями, страхами, сумнівами та комунікативним опором. Важливою складовою підготовки стало опанування студентами алгоритму організації просвітницької кампанії, який охоплював підготовчий етап (аналіз особливостей аудиторії та визначення її потреб), проведення просвітницького заходу із використанням адаптованої інформації, організацію ефективного зворотного зв'язку та подальший супровід аудиторії шляхом уточнення рекомендацій і повторних зустрічей.

Загалом результати контрольного зрізу засвідчили суттєве підвищення рівня сформованості організаційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Найбільш інтенсивні позитивні зміни відбулися саме в експериментальній групі, тоді як у контрольній вони мали переважно природний характер і були зумовлені загальним процесом професійної підготовки.

Досягнуті результати є закономірним наслідком системної організації практикоорієнтованої підготовки майбутніх лікарів. Вирішальну роль відіграло залучення студентів до розроблення й реалізації комплексних просвітницьких

кампаній для конкретних цільових аудиторій, що вимагало проходження всіх етапів професійної діяльності – від аналізу проблеми й проєктування заходу до проведення просвітницької зустрічі, організації зворотного зв'язку та оцінювання її результативності. У процесі цієї діяльності студенти використовували сучасні засоби медичної освіти населення: інтелект-карти, цифрові інформаційні продукти, практичні тренінги із самодопомоги, техніки роботи з комунікативним опором та інтерактивні методи взаємодії з аудиторією.

Отримані результати переконливо підтверджують ефективність авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Позитивна динаміка за всіма показниками організаційного критерію істотно перевищувала відповідні зміни у контрольній групі, що свідчить про результативність запропонованого комплексу педагогічних умов та практикоорієнтованих форм підготовки.

Узагальнені результати сформованості організаційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності подано в таблиці 2.12 та на рисунку 2.6.

Таблиця 2.12

**Динаміка рівнів сформованості організаційного критерію готовності
майбутніх лікарів до просвітницької діяльності**

Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
	Етап експерименту					
	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %
високий	5,9	35,3	+29,4	9,3	16,3	+7,0
середній	27,4	47,1	+19,7	30,2	37,2	+7,0
низький	66,7	17,6	-49,1	60,5	46,5	-14,0

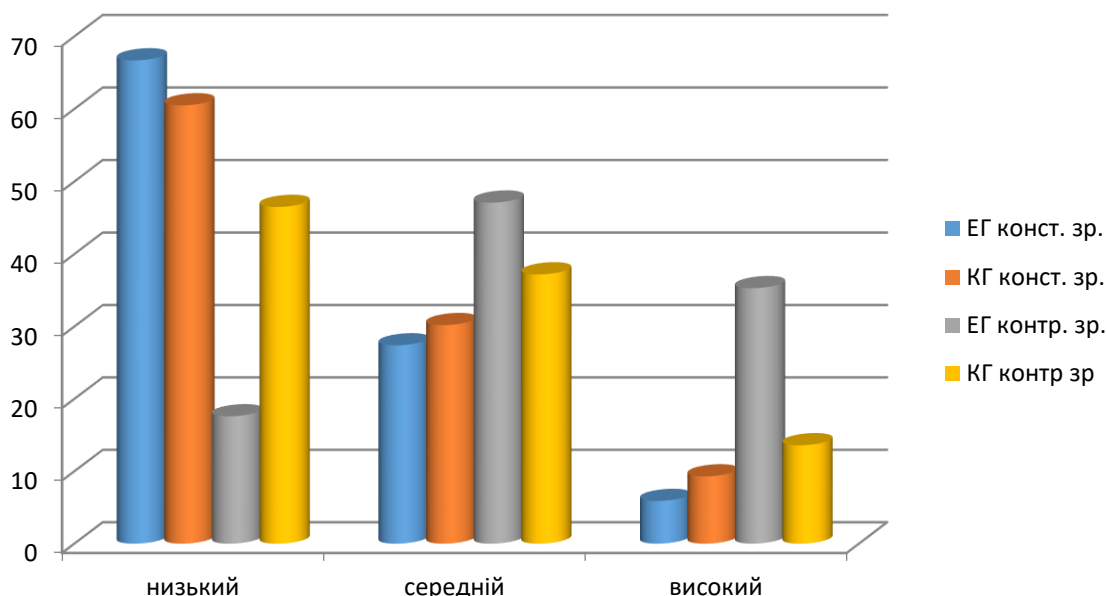


Рис. 2.6. Порівняльні гістограми змін сформованості організаційного критерію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності ЕГ та КГ

З метою статистичної перевірки результатів педагогічного експерименту було сформульовано такі статистичні гіпотези.

Нульова гіпотеза (H_0) ґрунтувалася на припущенні, що відмінності між результатами експериментальної та контрольної груп мають випадковий характер і зумовлені помилками репрезентативності вибірок. Відповідно рівні сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у студентів експериментальної та контрольної груп статистично не відрізняються.

Альтернативна гіпотеза (H_1) передбачала, що виявлені відмінності між результатами експериментальної та контрольної груп є наслідком реалізації авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності, а тому мають статистично значущий характер.

Для перевірки сформульованих гіпотез використано критерій Пірсона χ^2 , оскільки експериментальна та контрольна вибірки є незалежними, їх елементи не пов'язані між собою, а досліджувана ознака – рівень сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності – вимірювалася за порядковою шкалою, що містила три категорії: низький, середній і високий рівні ($c = 3$).

Емпіричне значення критерію Пірсона обчислювали за формулою:

$$T_{\text{експ}} = \chi^2 = \frac{1}{N_1 N_2} \sum_{i=1}^3 \frac{(N_1 Q_{2i} - N_2 Q_{1i})^2}{Q_{1i} + Q_{2i}},$$

де N_1 – кількість студентів експериментальної групи ($N_1 = 51$);

N_2 – кількість студентів контрольної групи ($N_2 = 43$);

Q_{1i} і Q_{2i} – кількість студентів експериментальної і контрольної груп, віднесених відповідно до низького ($i = 1$), середнього ($i = 2$) та високого ($i = 3$) рівнів сформованості готовності.

Для рівня статистичної значущості $\alpha = 0,05$ та кількості ступенів свободи $df = c - 1 = 2$ критичне значення критерію Пірсона становило $\chi^2_{\text{кр}} = 5,99$.

Відповідно до правила прийняття статистичного рішення, якщо $\chi^2_{\text{експ}} > \chi^2_{\text{кр}}$, нульова гіпотеза H_0 відхиляється, що свідчить про статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами.

Результати обчислення емпіричних значень критерію Пірсона за всіма критеріями готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності наведено в таблиці 2.13.

Аналіз отриманих результатів показав, що на констатувальному етапі експерименту емпіричні значення критерію Пірсона за всіма критеріями були істотно меншими за критичне значення ($\chi^2_{\text{експ}} < \chi^2_{\text{кр}}$), що підтверджує статистичну однорідність експериментальної та контрольної груп на початку дослідження.

Натомість після завершення формувального етапу експерименту за всіма досліджуваними критеріями емпіричні значення критерію Пірсона перевищили критичне значення ($\chi^2_{\text{експ}} > \chi^2_{\text{кр}}$): за мотиваційним критерієм – **9,4096**, за змістово-комунікативним – **10,8043**, за організаційним – **11,0040**. Це свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між результатами студентів експериментальної

та контрольної груп та підтверджує ефективність авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Таблиця 2.13

Результати обчислення $\chi^2_{\text{експ.}}$ для критеріїв готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності ЕГ та КГ на констатувальному та контрольному етапах

Критерій	Етап експерименту			
	Констатувальний		Контрольний	
	$\chi^2_{\text{експ.}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$	$\chi^2_{\text{експ.}}$	$\chi^2_{\text{кр}}$
Мотиваційний	0,1805	5,99	9,4096	5,99
Змістово-комунікативний	0,2432		10,8043	
Організаційний	0,5698		11,0040	

Таким чином, результати статистичної перевірки дали підстави відхилити нульову гіпотезу H_0 та підтвердити альтернативну гіпотезу H_1 , відповідно до якої позитивні зміни у рівнях сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності зумовлені впровадженням авторської науково-педагогічної технології, а не випадковими чинниками.

Узагальнення отриманих емпіричних даних дало змогу визначити загальну динаміку рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на початку та після завершення експериментальної роботи.

Узагальнений розподіл студентів експериментальної та контрольної груп за рівнями сформованості досліджуваної готовності представлено в таблиці 2.14 та на рисунку 2.7.

Порівняння результатів контрольного етапу педагогічного експерименту засвідчило істотні позитивні зміни у рівнях сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності насамперед у студентів експериментальної

групи. Після реалізації авторської науково-педагогічної технології частка студентів із високим рівнем сформованості досліджуваної готовності зросла з 11,8 % до 39,2 %, тоді як кількість студентів із низьким рівнем зменшилася з 51,0 % до 9,8 %.

Таблиця 2.14

**Динаміка рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до
просвітницької діяльності**

Рівні	Експериментальна група (51 особа)			Контрольна група (43 особи)		
	Етап експерименту					
	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %	Конст. зріз, %	Контр. зріз, %	Приріст %
високий	11,8	39,2	+27,4	11,6	16,3	+4,7
середній	37,2	51,0	+13,8	39,6	46,5	+6,9
низький	51,0	9,8	-41,2	48,8	37,2	-11,6

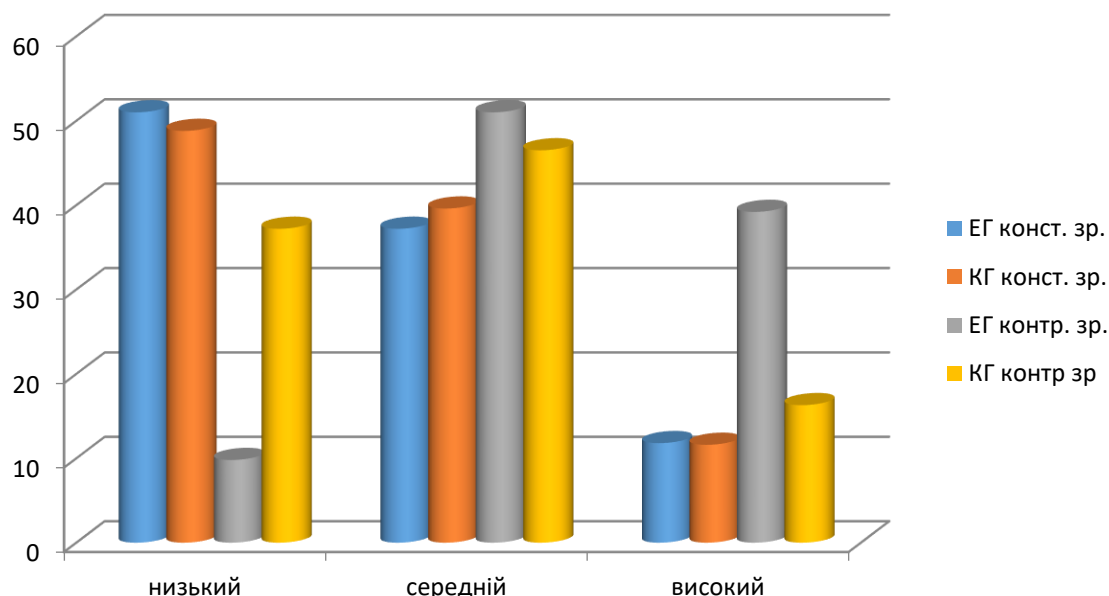


Рис. 2.7. Порівняльні гістограми змін сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності ЕГ та КГ

У контрольній групі також відбулися позитивні зміни, однак вони були значно менш вираженими. Зокрема, частка студентів із високим рівнем сформованості готовності збільшилася з 11,6 % до 16,3 %, із середнім рівнем – з 39,6 % до 46,5 %, тоді як кількість студентів із низьким рівнем зменшилася з 48,8 % до 37,2 %. Така

динаміка свідчить про позитивний вплив загального освітнього процесу, проте її масштаби істотно поступаються результатам, отриманим в експериментальній групі.

Достовірність отриманих результатів підтверджено методами математичної статистики. Для перевірки статистичних гіпотез використано критерій Пірсона χ^2 . Результати статистичної обробки показали, що на контрольному етапі експерименту емпіричне значення критерію ($\chi^2_{\text{експ}} = 12,2114$) перевищує критичне ($\chi^2_{\text{кр}} = 5,99$), тобто $\chi^2_{\text{експ}} > \chi^2_{\text{кр}}$. Це свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між результатами експериментальної та контрольної груп після завершення формувального етапу дослідження. Відповідно нульову гіпотезу H_0 було відхилено, а альтернативну гіпотезу H_1 підтверджено.

Водночас на констатувальному етапі експерименту емпіричне значення критерію Пірсона ($\chi^2_{\text{експ}} = 0,0534$) було істотно меншим за критичне ($\chi^2_{\text{кр}} = 5,99$), тобто $\chi^2_{\text{експ}} < \chi^2_{\text{кр}}$, що підтверджує статистичну однорідність експериментальної та контрольної груп до початку експериментальної роботи й забезпечує коректність порівняння отриманих результатів.

Узагальнення кількісних і якісних результатів дослідження дає підстави стверджувати, що впровадження авторської науково-педагогічної технології забезпечило статистично підтверджене підвищення рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Позитивна динаміка простежувалася за всіма структурними компонентами досліджуваної готовності – мотиваційним, змістово-комунікативним та організаційним, що свідчить про комплексний характер педагогічного впливу та ефективність реалізації визначених педагогічних умов.

Таким чином, результати педагогічного експерименту підтвердили гіпотезу дослідження, засвідчили ефективність авторської науково-педагогічної технології формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та дали підстави вважати поставлену мету дослідження досягнутою.

Висновки до розділу 2

У другому розділі дисертації теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально перевірено науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Проведене дослідження дало змогу сформулювати такі висновки.

На основі аналізу сучасних наукових підходів до технологізації професійної освіти обґрунтовано авторську науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Визначено її концептуальні засади, мету, структурні етапи (концептуально-цільовий, організаційно-підготовчий, змістово-процесуальний, рефлексивно-коригувальний), методологічні підходи (аксіологічний, компетентнісний, особистісно-діяльнісний, контекстний), спеціальні принципи, зміст, форми, методи, засоби навчання та очікуваний результат – сформованість готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Розроблено змістово-процесуальне забезпечення реалізації науково-педагогічної технології, що ґрунтується на міждисциплінарній інтеграції медичних, психолого-педагогічних, комунікативних і цифрових знань. Запропоновано матрицю міждисциплінарної інтеграції, оновлено зміст освітніх компонентів, розроблено комплекс інтерактивних методів, тренінгових занять, кейсових завдань, рольових практик, просвітницьких проєктів і цифрових продуктів, спрямованих на формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності.

Результати констатувального етапу педагогічного експерименту засвідчили недостатній рівень сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Для більшості студентів експериментальної та контрольної груп було характерним переважання низького й середнього рівнів за всіма визначеними критеріями, що підтвердило необхідність цілеспрямованого педагогічного впливу

та обґрунтувало доцільність упровадження авторської науково-педагогічної технології.

Реалізація формувального етапу експерименту забезпечила суттєве підвищення рівня сформованості всіх компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Найбільш виражені позитивні зміни в експериментальній групі зафіксовано щодо усвідомлення цінності просвітницької діяльності та соціальної відповідальності лікаря; сформованості інтегрованих фахових знань і комунікативних умінь адаптувати медичну інформацію до різних категорій населення; розвитку здатності проєктувати просвітницьку діяльність, здійснювати самоменеджмент і підтримувати конструктивну взаємодію з різними цільовими аудиторіями.

Статистична перевірка результатів педагогічного експерименту із застосуванням критерію Пірсона χ^2 підтвердила ефективність розробленої науково-педагогічної технології. На констатувальному етапі статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групами не виявлено, що підтвердило їх початкову однорідність. На контрольному етапі за всіма критеріями та за загальним рівнем сформованості готовності отримано емпіричні значення χ^2 , які перевищують критичне ($\chi^2_{\text{експ}} > \chi^2_{\text{кр}} = 5,99$), що дало підстави відхилити нульову та прийняти альтернативну гіпотезу. Це підтверджує, що позитивні зміни є наслідком реалізації авторської науково-педагогічної технології, а не випадкових чинників. Таким чином, результати експериментального дослідження підтвердили ефективність розробленої науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції. Її впровадження забезпечило комплексне формування компонентів досліджуваної готовності, що створює підстави для переходу до узагальнення результатів дослідження у загальних висновках дисертації.

Матеріали, які увійшли до розділу 2, опубліковано автором у наукових статтях і матеріалах конференцій [99; 100; 102; 106; 107; 108].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та практичне розв'язання актуальної науково-педагогічної проблеми підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що знайшло відображення у розробленні, теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці авторської науково-педагогічної технології.

Результати проведеного дослідження дали підстави сформулювати такі висновки.

1. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що ґрунтуються на комплексному аналізі медичної, педагогічної, психологічної, соціологічної літератури, джерел із громадського здоров'я, медичної комунікації, деонтології, нормативно-правових документів України та міжнародних організацій, а також сучасного вітчизняного й зарубіжного досвіду професійної підготовки лікарів. Доведено, що в умовах розвитку громадського здоров'я, цифрової трансформації системи охорони здоров'я, поширення медичної дезінформації та зростання ролі health literacy просвітницька діяльність лікаря набуває статусу однієї з провідних професійних функцій. Визначено, що підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності має здійснюватися як цілісний інтегративний процес, який забезпечує взаємозв'язок медичної, психолого-педагогічної, комунікативної та соціальної складових професійної освіти. Уточнено зміст понять «медичне просвітництво», «просвітницька діяльність лікаря», «лікар-просвітник», «готовність майбутнього лікаря до просвітницької діяльності» та «міждисциплінарна інтеграція», що створило концептуальне підґрунтя для розроблення авторської науково-педагогічної технології.

2. Обґрунтовано концепцію готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності як інтегрального професійно-особистісного утворення, що забезпечує здатність майбутнього фахівця здійснювати науково обґрунтовану, професійно

відповідальну та комунікативно ефективну просвітницьку діяльність серед різних категорій населення. Визначено структуру готовності, яка охоплює мотиваційний, змістово-комунікативний та організаційний компоненти, розроблено критерії, показники й рівні її сформованості. Створено комплексний критеріально-діагностичний інструментарій, що поєднує стандартизовані психолого-педагогічні методики, авторські діагностичні матеріали, педагогічне спостереження, анкетування та експертне оцінювання, забезпечує об'єктивне визначення динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності й може використовуватися для моніторингу якості їхньої професійної підготовки.

3. Розроблено, теоретично обґрунтовано та експериментально апробовано авторську науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, яка забезпечує цілісне формування їхньої готовності до здійснення просвітницької діяльності відповідно до сучасних викликів розвитку громадського здоров'я, цифрової трансформації системи охорони здоров'я та зростання ролі медичної грамотності населення. Визначено концептуальні засади, структуру й логіку реалізації технології, яка охоплює концептуально-цільовий, організаційно-підготовчий, змістово-процесуальний та рефлексивно-коригувальний етапи. Наукову новизну технології становить обґрунтування матриці міждисциплінарної інтеграції, що забезпечує координацію змісту освітніх компонентів навколо актуальних медико-соціальних проблем, інтеграцію просвітницької складової у професійну підготовку майбутніх лікарів та цілеспрямоване формування мотиваційного, змістово-комунікативного й організаційного компонентів готовності. Особливістю технології є поєднання інтерактивних, кейс-орієнтованих, тренінгових, проєктних, симуляційних і цифрових технологій навчання з організацією практичної просвітницької діяльності студентів у взаємодії із закладами освіти, установами охорони здоров'я, центрами громадського здоров'я та громадськими організаціями, що забезпечує розвиток професійної комунікації, цифрової медико-просвітницької

грамотності, здатності створювати науково обґрунтований просвітницький контент і реалізовувати просвітницькі ініціативи для різних категорій населення.

4. Експериментально підтверджено ефективність авторської науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, що засвідчило її позитивний вплив на формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. За результатами формувального етапу педагогічного експерименту встановлено статистично значуще зростання кількості здобувачів експериментальних груп із високим рівнем сформованості готовності (з 11,8 % до 39,2 %) та відповідне зменшення частки студентів із низьким рівнем (з 51,0 % до 9,8 %). Позитивну динаміку зафіксовано також щодо професійної мотивації, сформованості інтегрованих медико-просвітницьких знань, просвітницько-комунікативних і організаційних умінь, цифрової медико-просвітницької грамотності, здатності проєктувати, реалізовувати та оцінювати результативність просвітницької діяльності. Достовірність отриманих результатів підтверджено методами математичної статистики, зокрема критерієм Пірсона (χ^2), що дало підстави відхилити нульову гіпотезу, підтвердити альтернативну гіпотезу дослідження та засвідчити педагогічну ефективність розробленої технології.

5. Створено, апробовано та впроваджено комплексне навчально-методичне забезпечення підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції, яке забезпечує реалізацію авторської науково-педагогічної технології та цілісність професійної підготовки майбутніх лікарів. До його складу входять матриця міждисциплінарної інтеграції, навчально-методичний семінар-практикум для науково-педагогічних працівників, авторський тренінг, система міждисциплінарних кейсів, практикоорієнтованих і проєктних завдань, банк студентських просвітницьких проєктів, банк просвітницьких текстів і цифрового медіаконтенту для різних цільових аудиторій, методичні матеріали з

організації просвітницьких кампаній, а також комплексний критеріально-діагностичний інструментарій для визначення рівнів сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Розроблене навчально-методичне забезпечення має універсальний характер і може бути використане в освітньому процесі закладів вищої медичної освіти, системі післядипломної медичної освіти, безперервного професійного розвитку фахівців сфери охорони здоров'я, а також під час розроблення програм підготовки медичних працівників до здійснення просвітницької діяльності.

Отримані результати не вичерпують усіх аспектів проблеми підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та відкривають перспективи для подальших наукових пошуків. Перспективними напрямками досліджень є розроблення й упровадження цифрових технологій медичного просвітництва, удосконалення змісту і методики підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності в умовах цифрової трансформації системи охорони здоров'я, дослідження ефективності медико-психологічних і профілактично-просвітницьких програм для різних категорій населення, а також розвиток просвітницької компетентності лікарів у системі післядипломної медичної освіти та безперервного професійного розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова О. Є. Педагогічні технології та їх класифікація як наукова проблема. Сучасні технології в освіті. Ч. 1. Сучасні технології навчання : наук.-допом. бібліогр. покажч. Вип. 2. Київ, 2015. С. 8–15. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/20637/1/Антонова%20стаття%20технологія.pdf> (дата звернення: 24.03.2025).
2. Берко В. Г. Становлення і розвиток реабілітації взагалі і фізичної реабілітації зокрема. *Актуальні проблеми навчання і виховання людей з особливими потребами*. 2007. № 4 (6). URL: <https://ap.uu.edu.ua/article/308> (дата звернення: 05.02.2024).
3. Бех І.Д. *Особистість на шляху до духовних цінностей*. Чернівці : Букрек, 2018. 320 с.
4. Бібліотека методичних матеріалів. Тест на виявлення ступеня стресу та стресостійкості. URL: <https://vseosvita.ua/library/testi-dla-viavlenna-stupena-stresu-ta-stresostijkosti-422537.html> (дата звернення: 07.08.2025).
5. Бичко М. Р. Розвиток комунікативної компетентності майбутнього лікаря як складника його професійної готовності. *Витоки педагогічної майстерності*. 2018. Вип. 21. С. 19–22. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a45e91d5-0d76-4df5-8b60-db8ee45c0851/content> (дата звернення: 12.08.2025).
6. Блащук Т. В. Деонтологічні аспекти взаємодії лікаря із уразливими групами пацієнтів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Вип. 86, ч. 2. С. 32–38. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2025/01/7-1.pdf> (дата звернення: 10.10.2025).
7. Блохіна В. Ю. Підготовка практичних психологів до управління розвитком професійної групи на засадах тимбіндингу : дис. ... д-ра філософії : 015 Професійна освіта. Дніпро, 2021. 284 с.
8. Богдановська Н. В., Кальонова І. В. Фізична реабілітація засобами фізіотерапії : підручник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія». Суми : Університетська книга, 2024. 328 с.
9. Бражник М. О., Селегень О. М., Сушецька А. С. Реабілітація після інсульту. У кн.: *The Future of Science, Technology and Economy : Proceedings of the 3rd International Scientific and Practical Conference* (Sofia, Bulgaria, October 29–31, 2025). Sofia, 2025. Р. 276–279. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/37168> (дата звернення: 22.12.2025).
10. Бронікова С. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід. Краматорськ, 2020. 72 с.
11. Бурлака І. С., Підгайна В. В. Міждисциплінарний підхід у навчанні майбутніх лікарів. *Медичні та біологічні науки: міждисциплінарний аспект* : матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної інтернет-конференції до Всесвітнього дня анатомії. Харків : Новий курс, 2024. С. 246–248.

URL: <https://dspace.khimu-library.com.ua/server/api/core/bitstreams/67ae0fbf-a21c-41b7-9654-951a7f6d5128/content> (дата звернення: 10.03.2026).

12. Бусел В.Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови. Київ ; Ірпінь : Перун, 2005. 1728 с.

13. Вебінари та майстер-класи з 3D-технологій. Харківський національний медичний університет. URL: <https://knmu.edu.ua/news/vebinary-ta-majster-klassy-z-3d-tehnologij/> (дата звернення: 01.04.2024).

14. Величко В. І., Лагода Д. О., Венгер Я. І. Впровадження доказової медицини у навчання студентів-медиків. *Медична освіта*. 2021. № 2. С. 11–16. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2021.2.11944>

15. Вітвицька С. С. Технологія педагогічної підготовки магістрів в умовах ступеневої освіти. У кн.: Професійна педагогічна освіта: інноваційні технології та методики : монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. С. 133–153.

16. Волкова Н. П. Інтерактивні технології навчання у вищій школі : навчально-методичний посібник. 2-ге вид., доповн. і перероб. Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2026. 260 с.

17. Волосовець А. О., Зозуля І. С., Іващенко О. В., Вербицький І. В., Крамарева О. Г., Бойко А. В., Савченко Д. С. Особливості сучасної структури концепції освітньої діяльності з підготовки здобувачів магістерського рівня за спеціальністю 222 «Медицина». *Медична освіта*. 2023. № 1. С. 11–14. DOI: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.1.13821>

18. Вороненко Ю. В. (ред.). Громадське здоров'я : підручник для студентів / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : ВСВ «Медицина», 2017. 302 с.

19. Галіаш Н. Б., Бількевич Н. А., Петренко Н. В. Формування комунікативної компетентності як фундаментальної складової професії лікаря. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 67–74. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.10346>

20. Гінеколог Наумчук : YouTube-канал. URL: <https://www.youtube.com/@naumchuk-gynecologist> (дата звернення: 17.02.2025).

21. Глазкова І. Я. Компетентність майбутнього вчителя у запобіганні та подоланні педагогічних бар'єрів : монографія. Бердянськ : Вид-во О. В. Ткачук, 2013. 416 с.

22. Голованова І. А., Касинець С. С., Жабо Т. М., Носенко Т. В. Шляхи оптимізації професійної підготовки майбутніх лікарів у сучасних умовах на кафедрі соціальної медицини. Удосконалення якості підготовки лікарів у сучасних умовах : матер. наук.-практ. конф. з міжнародною участю (Полтава, 24 березня 2016 р.). Полтава, 2016. С. 50–51. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/items/5121848d-ab0f-4934-a8de-b6c277f9ba2f> (дата звернення: 11.04.2025).

23. Горбатюк С. М. Роль медичного психолога у діагностичних, психокорекційних та реабілітаційних заходах. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2013. Вип. 22, ч. 2. С. 51–59.

24. Горбатюк Р. М., Волч І. Р., Михайлишин Г. І., Буката В. В. Підготовка майбутніх лікарів у закладах вищої освіти в умовах дистанційного навчання. *Медична освіта*. 2023. № 2. С. 18–24. DOI: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.2.14010>

25. Гуменна І. Р. Міждисциплінарна інтеграція у професійній підготовці майбутніх фахівців медичної галузі. *Теорія та методика професійної освіти*. 2019. № 18(1). С. 121–126. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-6085-2019-18-1-26>

26. Гуменна І. Р., Нахаєва Я. М., Шацький В. В. Використання міждисциплінарного підходу до формування академічної комунікативної компетенції студентів медичних закладів вищої освіти. *Медична освіта*. 2021. № 3. С. 87–91. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/12601/11823

27. Гуменюк В. Понятійне поле концепції професійної підготовки майбутніх магістрів медицини до педагогічної діяльності в медичних закладах вищої освіти. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021. Вип. 40, т. 1. С. 281–285. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863/40-1-45>

28. Доктор Комаровський : YouTube-канал. URL: <https://www.youtube.com/@eokomarovski> (дата звернення: 17.02.2025).

29. Доктор Тарас Жиравецький : YouTube-канал. URL : <https://www.youtube.com/@ТарасЖиравецький-о9е> (дата звернення: 27.08.2025).

30. Доступні ліки. URL: <https://www.epiprosvita.org/blog/yak-otrimati-liki-po-programi-dostupni-liki-pacientu> (дата звернення: 27.08.2025).

31. Дубасенюк О. А. Концептуальні моделі педагогічної освіти: наукові пошуки та здобутки. У кн.: Професійно-педагогічна освіта: сучасні концептуальні моделі та тенденції розвитку : монографія / за заг. ред. О. А. Дубасенюк. 2-ге вид., допов. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2008. С. 8–29.

32. Дубасенюк О. А. Теоретико-технологічні засади впровадження особистісно орієнтованого підходу у професійно-педагогічній підготовці майбутнього вчителя. У кн.: Професійна педагогічна освіта: особистісно орієнтований підхід : монографія / за ред. О. А. Дубасенюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2012. С. 14–40.

33. Дяченко М. Д., Закусилова Т. О. Проблема професійної підготовки майбутніх фахівців із громадського здоров'я: зарубіжний досвід та вітчизняні перспективи. У кн.: Вектор сучасної педагогічної та психологічної науки в Україні та країнах ЄС : колективна монографія. Рига : Baltija Publishing, 2020. С. 234–249. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-37-2.1.14>

34. Енциклопедія освіти / Акад. пед. наук України ; голов. ред. В. Г. Кремень. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.

35. Етичний кодекс лікаря України / Всеукраїнське лікарське товариство URL: <https://cmkl.cv.ua/wp-content/uploads/2025/12/Етичний-кодекс-лікаря.pdf> (дата звернення: 28.05.2025).

36. Ждан В. М., Штомпель В. Ю., Іваницький І. В., Штомпель П. С. Аспекти превентивної медицини в діяльності сімейного лікаря. *Вісник проблем біології і*

медицини. 2014. Вип. 3. Т. 1 (110). С. 119–122. URL: <https://vpbim.com.ua/uk/knowledgebase/aspekty-preventyvnoyi-medycyny-v-diynalnosti-simejnogo-likarya/> (дата звернення: 11.10.2024).

37. Завгородня Т. К., Стражнікова І. В. Методологічні засади педагогічних досліджень : навч.-метод. посіб. Івано-Франківськ, 2021. 120 с.

38. Замчий С. В. Інституційні засади формування та реалізації державної політики розвитку системи охорони здоров'я в умовах європейської інтеграції. *Державне будівництво*. 2023. № 1 (33). С. 203–219. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2023-1-18>

39. Зязюн І. А. Філософія педагогічної дії : монографія. Черкаси : ЧПУ ім. Б. Хмельницького, 2008. 144 с.

40. Ільченко А. А. Характеристика педагогічних форм та методів профілактичної діяльності медичних фахівців. *Медична освіта*. 2016. № 1 (69). С. 22–24.

41. Казанжи М. Й. Проблеми дослідження мотивації допомоги. *Наука і освіта*. 2009. № 8. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/8_2009/26.pdf (дата звернення: 11.11.2025).

42. Калинюк Н. М. Особливості підготовки студентів-медиків на засадах міждисциплінарної інтеграції: практичний аспект. *Інженерні та освітні технології*. 2022. Т. 10. № 1. С. 43–51.

43. Кареліна І. Б., Туркіна М. В. Психолого-педагогічна абілітація та реабілітація дітей з інвалідністю. URL : <https://srk.com.ua/psixologo-pedagogichna-abilitaciya-psixologo-pedagogichna-reabilitaciya-ta-abilitaciya-ipra> (дата звернення: 03.06.2025).

44. Карпова М. Є. Підготовка майбутніх педіатрів до роботи в команді засобами інтерактивних технологій : дис. ... д-ра філософії : 015 Професійна освіта. Дніпро, 2021. 359 с.

45. Качайло К. В. Експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов формування культури ділового спілкування у майбутніх лікарів. *Імідж сучасного педагога*. 2025. № 5 (224). С. 123–128. DOI: [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2025-5\(224\)-123-128](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2025-5(224)-123-128)

46. Кінаш І. О. Формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів на етапі професійної підготовки. *Медична освіта*. 2020. № 3. С. 84–88. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2020.3.11445>

47. Кічула М. Я., Заворотна В. М., Трушченкова Л. В., Вишньовський А. В. Психічне здоров'я студентів в умовах воєнного стану як соціальна парадигма. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 4. С. 23–28. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2023.4.14422>

48. Коун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.

49. Колісник М. І. Міждисциплінарна інтеграція як аспект формування лінгвістичної компетентності здобувачів вищої медичної освіти. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. 2024. Вип. 3. С. 77–82.

50. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія. Львів, 2013. 296 с.

51. Колісник-Гуменюк Ю. І., Гуменюк В. В. Міждисциплінарна інтеграція у формуванні комунікативної компетентності майбутніх лікарів. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2026. № 30. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20520028>

52. Колісник-Гуменюк Ю. І., Гуменюк В. В. Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції. *Молодь і ринок*. 2026. № 5 (249). DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4634.2026.358052>.

53. Компетентнісний підхід у сучасній професійній підготовці майбутніх магістрів стоматології: константи та еволюційні зміни : монографія / за ред. Я. А. Кульбашної ; Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ : Книга плюс, 2026. 210 с.

54. Константа консультології (Infusion Therapy) : YouTube-канал. URL: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLAjyAN4eDCM5cuKnDpURbUPQZ2F13-obk> (дата звернення: 17.02.2025).

55. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 08.03.2025).

56. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підручник. Київ : Ельга ; Ніка-Центр, 2011. 400 с.

57. Корчакова Н. В. Вікова генеза просоціальності особистості : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07. Київ, 2018. 565 с.

58. Крамаренко Т. В. Новітні технології навчання у вищій школі. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія*. Педагогічні науки. 2020. № 1 (19). С. 354–359. URL: <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2020/1/43.pdf> (дата звернення: 20.08.2025).

59. Кремень В. Г. Філософія людиноцентризму в освіті. Київ : Педагогічна думка, 2009. 520 с.

60. Крупеня В. І., Просолєнко Н. В., Каук О. І. Формування психологічної готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю (Харків, 2021). Харків : ХНМУ, 2021. С. 176–178.

61. Кузьменко О., Томчук М., Кисюк Д. Роль міждисциплінарної інтеграції в підготовці фахівців до роботи в сучасних умовах. *Педагогіка безпеки*. Вип. 9. № 1. С. 8–13. DOI : <https://doi.org/10.31649/2524-1079-2024-9-1-008-013>

62. Кульбашна Я. А., Стеченко О. В. Розробка стандартів вищої медичної освіти на компетентнісній основі : досвід НМУ ім. О. О. Богомольця у ідентифікації загальних компетентностей майбутнього лікаря. Вища медична освіта : сучасні виклики і перспективи : збірник наукових праць наук.-практ. конф. з міжнародною участю (Київ, 3–4 березня 2016 р.). Київ, 2016. С. 127–135.

63. Кульбашна Я., Скрипник І. Професійна підготовка і безперервний професійний розвиток магістрів стоматології в екстремальних умовах пандемії COVID-19 та військового стану в Україні. Oral and General Health. 2023. № 4 (2). С. 34–40. DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.2.2023.161>

64. Лебідь О. В., Волкова Н. П., Кожушко С. П. Рефлексивно-прогностична діяльність як механізм формування просвітницької компетентності майбутніх психологів у змішаному навчанні. *Наука і техніка сьогодні. Серія «Педагогіка»*. 2025. № 2 (43). С. 699–712. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6025-2025-2\(43\)-699-712](https://doi.org/10.52058/2786-6025-2025-2(43)-699-712)

65. Лебідь О., Бикова В. Теоретичне обґрунтування моделі формування просвітницько-консультативної компетентності майбутніх фахівців допомагаючих професій. *Академічні візії*. 2025. Вип. 45. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/2110> (дата звернення: 20.03.2026).

66. Левицька А. І. Професійна підготовка майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності. *Інноваційна педагогіка*. 2020. Вип. 20, т. 2. С. 73–76.

67. Ліпич Л. Соціальна відповідальність працівників закладів охорони здоров'я в контексті сталого розвитку. *Академічні візії*. 2024. Вип. 27. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10492426>

68. Лобач Н. В. Формування інформаційно-аналітичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому середовищі вищого медичного навчального закладу : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Полтава, 2016. 21 с.

69. Лутаєва Т. В. Напрями громадсько-просвітницької діяльності науковців Харківського медичного товариства (друга половина XIX – початок XX століття). *Наукові записки кафедри педагогіки*. 2017. Вип. 41. С. 106–119.

70. Маража О. І., Жулкевич І. В. Роль педагогіки в клінічній практиці лікаря. *Медична освіта*. 2021. № 2. С. 94–99. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2021.2.12058>.

71. Марчук В., Корнієнко В. Комунікативні бар'єри та шляхи їх подолання. Матеріали LI науково-технічної конференції підрозділів ВНТУ, Вінниця, 31 травня 2022 р. URL: <https://ir.lib.vntu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/40444/15643.pdf> (дата звернення: 07.11.2024).

72. Медична психологія : у 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.

73. Медичний туризм: переваги, ризики та перспективи розвитку в Україні. URL: <https://myheal.com.ua/uk/news/medichnii-turizm-perevagi-riziki-ta-perspektivi-rozvitku-v-ukrayini> (дата звернення: 02.03.2025).

74. Мельничук І. Реалізація міждисциплінарного підходу в професійній підготовці майбутніх фармацевтів у вищій медичній школі. *Освіта. Інноватика. Практика*. 2023. Т. 11. № 6. С. 27–31. DOI: <https://doi.org/10.31110/2616-650X-vol11i6-004>
75. Методологія наукових досліджень : навч.-метод. посіб. / уклад. Н. Ю. Олійник. Кам'янець-Подільський : Сисин Я. І., 2015. 110 с.
76. Методологія, методика і методи організації науково-педагогічних досліджень : навч. посіб. 3-тє вид., перероб. / за ред. Д. В. Чернілевського. Вінниця : Нілан-ЛТД, 2012. 364 с.
77. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять у медичних вузах : метод. посіб. Київ : НМУ, 2006. 80 с.
78. Міжнародна академія сучасної медичної освіти. URL: <https://edumed.org.ua/about-us> (дата звернення: 12.09.2025).
79. Мирончук Н. М. Контекстний підхід у підготовці студентів до професійної діяльності у зарубіжній педагогічній теорії. *Креативна педагогіка*. 2018. Вип. 13. С. 95–101.
80. Мирончук Н. М. Критерії та показники сформованості у майбутніх викладачів вищої школи готовності до самоорганізації у професійній діяльності. *Проблеми освіти*. 2018. С. 173–178.
81. Мобільні аптечні пункти. URL: https://www.dls.gov.ua/for_subject/ (дата звернення: 13.04.2025).
82. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Грузєва Т. С. та ін. *Громадське здоров'я* : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. 3-тє вид. Вінниця : Нова Книга, 2013. 560 с.
83. Набока О. Г. Теорія і методика застосування професійно орієнтованих технологій навчання майбутніх економістів у процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2013. 41 с.
84. Наливайко О. Б. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2016. 22 с.
85. Науменко Г. Від професійного вигорання до залученості медичного персоналу. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 8 (119). С. 30–36. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v5i2.238>
86. Невідкладна медична допомога: військова і цивільна : едукативний захід НМУ імені О. О. Богомольця. URL: <https://nmuoofficial.com/news/13-kvitnya-v-nmu-vidbudetsya-edukatsijnyj-zahid-z-medysyny-nevidkladnyh-staniv/> (дата звернення: 15.03.2025).
87. Ненько Ю. П. Підготовка фахівців служби цивільного захисту до просвітницької діяльності: історичний аспект. *Вісник науки та освіти*. 2023. № 8 (14). С. 704–713. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6165-2023-8\(14\)-704-713](https://doi.org/10.52058/2786-6165-2023-8(14)-704-713)

88. Нікогосян Л. В., Асєєва Ю. О. Аксіологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. *Наука і освіта*. 2017. № 4. С. 33–38.

89. Ничкало Н. Г. Неперервна професійна освіта: міжнародний аспект. У кн.: Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи. Київ : Знання, 2000. С. 58–80.

90. Носко М. О., Гаркуша С. В., Цигура Г. О. Педагогічні технології: поняття, структура та зміст. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. 2020. Т. 164. № 8. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3905524>

91. Орду О. С. Формування інформаційно-комунікативної компетентності майбутніх сімейних лікарів у професійній підготовці : дис. ... д-ра філософії : 015 Професійна освіта. Одеса, 2021. 318 с.

92. Орещук О. Методика формування готовності майбутніх учителів музичного мистецтва до просвітницької діяльності. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки*. 2019. № 1 (64). С. 177–181.

93. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи. Види педагогічних технологій. URL: http://pidruchniki.com/17190512/pedagogika/vidi_pedagogichnih_tehnologiy (дата звернення: 27.04.2025).

94. Освітньо-наукова програма «Медицина». Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. URL: <https://drive.google.com/file/d/1Adm8iIo9uRg9CYiiXeSlxQPA-XIWuD7W/view> (дата звернення: 16.03.2025).

95. Освітньо-професійна програма «Медицина». Харківський національний медичний університет. URL: https://knmu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/08/op_med22_zm23-24.pdf (дата звернення: 16.03.2025).

96. Освітньо-професійна програма «Медицина». Дніпровський державний медичний університет. URL: <https://docs.dmu.edu.ua> (дата звернення: 16.03.2025).

97. Освітньо-професійна програма «Медицина». Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. URL: [https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/OPP_I2_med_2025\(mag\).pdf](https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/OPP_I2_med_2025(mag).pdf) (дата звернення: 16.03.2025).

98. Освітньо-професійна програма «Лікувальна справа». Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет». URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/93467> (дата звернення: 16.03.2025).

99. Осінній І. А. Особливості підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у межах профільного навчання. *Новий колегіум*. 2025. № 4 (120). С. 31–36. DOI: <https://doi.org/10.34142/nc.2025.4.31>

100. Осінній І. А. Реалізація технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарного підходу. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2026. № 28. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19357133>
101. Осінній І. А. Структура просвітницької діяльності лікаря. *Інноваційна педагогіка*. 2025. Вип. 82. Т. 2. С. 127–130. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/82.2.22>
102. Осінній І. А. Модель підготовки до просвітницької діяльності майбутніх лікарів. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2025. № 18. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15577715>
103. Осінній І. А. Суть просвітницької діяльності лікаря. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2024. Вип. 92. С. 200–204. DOI: <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.92.33>
104. Осінній І. А. Щодо просвітницької діяльності лікаря: зміст, функції. *Наука та освіта в умовах викликів сьогодення* : матер. Міжнар. наук.-практ. конференції / Міжнародний гуманітарний дослідницький центр (Чернігів, 16 грудня 2023 р). Research Europe, 2023. С. 191–193 <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2023/12/re-16.12.2023.pdf>
105. Осінній І. А. Медико-психологічна просвітницька діяльність лікарів. *Практична психологія у сучасному вимірі* : матер. XV Міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпро, 26 березня 2024 р). Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2024. С. 229–231. URL: https://duan.edu.ua/wp-content/uploads/2024/04/3birnyk-2024-psykholohy_.pdf
106. Осінній І. А. Міждисциплінарний підхід до просвітницької діяльності лікаря. *Актуальні проблеми педагогічної освіти : Новації, досвід та перспективи* : збірник тез доповідей IV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю (Запоріжжя, 20 квітня 2024 р) / за заг. ред. Л. О. Сущенко. Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. С. 131–133.
107. Осінній І. А. Міждисциплінарна інтеграція у підготовці майбутніх лікарів. *Сучасні тенденції в українській і світовій гуманітаристиці* : матер. I Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 07 листопада 2024 р). Харків : ХНАДУ, 2024. С. 93–95 URL: <https://dspace.khadi.kharkov.ua/handle/123456789/21951> (дата звернення: 10.08.2025).
108. Осінній І. А. Технологічний підхід організації підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. *Тенденції розвитку педагогіки та освіти в умовах цифрових трансформацій (ByteEd 2025)* : матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (Харків, 17-19 квітня 2025 р) / за заг. ред. І. В. Таможської; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. С. 180–183. URL: <https://drive.google.com/file/d/1Ph-4SjIPNThBb1virz74KkO5nrsUQ3yb/view> (дата звернення: 14.12.2025).
109. Осінній І. А.. Аспекти медичного просвітництва під час війни. *Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки* : матер. наук.-практ. конф. (Одеса, 6-7 червня 2025 р). Одеса : Видавництво «Молодий вчений», 2025. С. 48–

50. URL: <https://molodyivchenyi.ua/omp/index.php/conference/catalog/book/142> Осінній І.А (дата звернення: 19.02.2026).
110. Островська Н. В. Прикладні соціально-комунікаційні технології : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНТУ, 2017. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi81/0060834.pdf> (дата звернення: 10.08.2025).
111. Оцінка самоконтролю в управлінні (тест М. Снайдера). URL: https://stud.com.ua/17579/psihologiya/otsinka_samokontrolyu_spilkuvanni_snayder (дата звернення: 03.09.2025).
112. Педагогіка : базовий підручник для студентів вищих навчальних закладів / за ред. І. Ф. Прокопенка. Харків : Фоліо, 2015. 572 с.
113. Педагогічні технології в підготовці вчителів : навчальний посібник / кол. авторів ; за ред. І. Ф. Прокопенка. 3-є вид., допов. і переробл. Харків : ХНПУ, 2018. 457 с.
114. Пехота О. М. та ін. Освітні технології : навч.-метод. посіб. Київ : А.С.К., 2001. 256 с.
115. Пінкер С. Просвітництво сьогодні. Аргументи на користь розуму, науки та прогресу. Київ : Наш формат, 2019. 560 с.
116. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2009. 22 с.
117. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах : постанова Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 р. № 872. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/> (дата звернення: 06.04.2025).
118. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 16.04.2025).
119. Професійна освіта : словник : навч. посіб. / уклад. С. У. Гончаренко та ін. ; за ред. Н. Г. Ничкало. Київ : Вища школа, 2000. 380 с.
120. Психологічні аспекти медичної праці : навч. посіб. / уклад. І. В. Федік. К. : ДП «Вид. дім «Персонал». 2017. 126 с.
121. Радзієвська І. В. Теоретичні основи формування професійної компетентності майбутніх медичних фахівців. *ScienceRise: Pedagogical Education*. 2017. № 2 (10). С. 4–8. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4984.2017.94100>
122. РеабіЦентр : YouTube-канал. URL: <https://www.youtube.com/@ReabiCentr> (дата звернення: 07.07.2025).
123. Ребенок В. М. Особистісно орієнтований підхід у процесі професійної підготовки майбутніх учителів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2016. Вип. 137. С. 151–154.

124. Римарчук М. І. Формування професійної готовності майбутніх лікарів у контексті впровадження студентоцентрованого підходу. *Медична освіта*. 2019. № 1. С. 32–36. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.1.9543>

125. Рогальська Я. В., Кочубей І. В. та ін. Шляхи оптимізації практичної підготовки майбутніх лікарів під час проходження літньої виробничої практики. *Медична освіта*. 2018. № 4. С. 89–92.

126. Руденко В. М. Математична статистика : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 304 с.

127. Садова Т. А., Георгян Н. М. *Діагностика навчально-пізнавальної діяльності студентів закладу вищої освіти* : навч.-метод. посіб. Слов'янськ, 2019. 87 с.

128. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань. *Сімейна медицина*. 2008. № 1. С. 50–52.

129. Сисоєва С. О. Педагогічні технології: коротка характеристика сутнісних ознак. *Педагогічний процес: теорія та практика*. 2006. Вип. 2. С. 127–131.

130. Сисоєва С. О. Педагогічна творчість. Київ : Каравела, 2012. 352 с.

131. Ситнікова В. О., Мельниченко М. Г., Елій Л. Б. Післядипломна медична освіта в сучасних умовах. Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі : матер. наук.-метод. Міжуніверсит. Конф. з міжнародною участю (Одеса, 18–20 січня 2023 р) / за ред. В. Г. Марічереда. Одеса : ОНМедУ, 2023. С. 202–205. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/13131> (дата звернення: 17.06.2025).

132. Слухенська Р. В., Ковальчук П. Є. та ін. Міждисциплінарні принципи підготовки фахівців-реабілітологів. *Академічні візії*. 2024. Вип. 28. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10686854>

133. Сміла Н.В. Особливості психологічної готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності : дис. ... канд. психолог. наук : 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. 146 с.

134. Соціальна медицина, громадське здоров'я : навч. посіб. : у 4 т. Т. 2. Громадське здоров'я / за заг. ред. В. А. Огнєва. Харків : ХНМУ, 2023. 324 с.

135. Спеціальність «Громадське здоров'я». Університет «КРОК». URL: <https://www.krok.edu.ua/ua/navchalni-programi/im/gromadske-zdorov-ya> (дата звернення: 16.03.2025).

136. Стандарт вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Затверджено наказом Міністерства освіти і науки України від 08.11.2021 № 1197. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2021/11/09/222-Medytsyna.mahistr.09.11.pdf> (дата звернення: 16.03.2025).

137. Староста В. І., Товканець Г. В. Методологія та методи науково-педагогічних досліджень : навч.-метод. посіб. Мукачево : МДУ, 2015. 64 с.

138. Стечак Г. М. *Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті* : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Львів, 2017. 282 с.

139. Стинська В. В., Кліщ І. П., Кравець Н. С. Інноваційні педагогічні стратегії в підготовці медичних і фармацевтичних кадрів в Україні. *Медична освіта*. 2025. № 2. С. 35–41. DOI: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2025.2.15484>

140. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 16.03.2025).

141. Стрілець С. І. Інтенсивні методи навчання. Сугестопедагогіка: за і проти. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету*, 2012. Вип. 96. С. 197–201. Дата звернення 24. 03.2026).

142. Супрун У. Просвітницька діяльність – це наша велика відповідальність. URL: <https://tyzhden.ua/uliana-suprun-prosvitnytska-diialnist-tse-nasha-velyka-vidpovidalnist/> (дата звернення: 11 вересня 2025).

143. Тверезовська Н. Т., Сидоренко В. К. *Методологія педагогічного дослідження* : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2014. 440 с.

144. *Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації* : підручник / за заг. ред. В. В. Осьодла. 2-ге вид., допов. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.

145. Тест «Оцінка комунікабельності та організаторських здібностей». Центр розвитку кар'єри та неперервної освіти. URL: https://career.vntu.edu.ua/ukr/index.php?option=com_content&view=article&id=736:test-otsinka-komunikabelnosti-ta-orhanizatorskykh-zdibnostei-z-kliuchem&catid=41&Itemid=967 (дата звернення: 20.08.2025).

146. Ткачук О. Г. *Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі з фізичного виховання* : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ, 2019. 23 с.

147. Українська суспільно-політична медіаплатформа InterVizor.TV. YouTube-канал. URL: https://www.youtube.com/watch?v=IJ-upfRdX6o&ab_channel=InterVizo (дата звернення: 08.04.2025).

148. Феднова І. М. *Розвиток готовності вихователів до просвітницько-консультативної діяльності з батьками у системі методичної роботи закладу дошкільної освіти* : дис. ... д-ра філософії : 015 Професійна освіта. Дніпро, 2021. 312 с.

149. Федченко К. Сутність і структура поняття «ціннісне ставлення до здоров'я» у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 10 (104). С. 280–289. URL: <https://pedscience.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/07/31.pdf> (дата звернення: 03.07.2025).

150. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина. Нейрореабілітація : національний підручник : у 2 т. Т. 2 / В. М. Сокрут, О. В. Синяченко, О. П. Сокрут. Слов'янськ ; Тернопіль ; Київ : Видавництво «Друкарський двір», 2020. 340 с.

151. Халло О. Є. Компетентнісний підхід у підготовці фахівців медичної галузі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2024. Вип. 95. С. 67–70. <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.95.12>

152. Хриков Є. М. Методологія педагогічного дослідження. Харків : ФОП Панов А. М., 2018. 320 с.

153. Центр громадського здоров'я МОЗ України : YouTube-канал. URL: https://www.youtube.com/@phc_ua (дата звернення: 02.04.2026).

154. Центр здоров'я спини та суглобів «Стаміна» : YouTube-канал. URL: https://www.youtube.com/@stamina_center (дата звернення: 02 квітня 2026).

155. Чернівецький медичний фаховий коледж. Психологія лікувально-діагностичного процесу (розділ «Психосоматичні розлади»). 2020. URL: <https://www.medkol.cv.ua/wp-content/uploads/2020/02/Психічне-здоров'я-ПТСТР.pdf> (дата звернення: 13.03.2026).

156. Чернявська Т. П., Гладуніна К. Ю. Формування нової культури психічного здоров'я в Україні: довіра, підтримка, трансформація. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 2 (19). С. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.19>

157. Шанхайська декларація про сприяння здоров'ю в рамках Порядку денного сталого розвитку на період до 2030 року. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-shanghai-declaration-on-promoting-health-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development> (дата звернення: 12.12.2025).

158. Шекера О. Г., Ткаченко В. І. Якість підготовки сімейних лікарів в Інституті сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні* : матер. XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 18–19 травня 2017 р) : у 2 т. Тернопіль : ТДМУ, 2017. Т. 2. С. 307–308. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/292d3bf5-81ad-4dbd-9dc5-c9e183752431/content> (дата звернення: 04.04.2026).

159. Шиманович А. Осердя просвітницького проєкту: скептичний розум як критерій істини. *Культурологічний альманах*. 2023. №3. С. 17–23. DOI: <https://doi.org/10.31392/cult.alm.2023.3.2>

160. Шкала емоційних тонів : лекція Марини Грибанової для школярів. YouTube-канал. URL: https://www.youtube.com/watch?v=owtg5YBUgBI&ab_channel=YouTubeViewers (дата звернення: 27.03.2025).

161. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Комунікативна стратегія у сфері громадського здоров'я. 2023. URL: <https://phc.org.ua> (дата звернення: 16.04.2025).

162. «Я соромлюсь свого тіла» : телепроект СТБ. URL: <https://teleportal.ua/ua/show/stb/ya-soromlyus-svogo-tila> (дата звернення: 17.09.2025).
163. #ШоТам. Безкоштовна психологічна допомога для українців: 10 перевірених сервісів та платформ. URL: <https://shotam.info/bezkoshtovna-psykholohichna-dopomoha-dlia-ukraintsiv-10-perevirenykh-servisiv-ta-platform/> (дата звернення: 17.09.2025).
164. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford : Oxford University Press, 2019. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31647760/> (date of access: 12.03.2026).
165. Berić B., Dzeletović A. Health promotion and health education: theory and practice. *Vojnosanitetski Pregled*. 2003. Vol. 60, No. 4. P. 455–460. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12958805/> (date of access: 12.03.2026).
166. Chaban O., Oleksiyenko A. Psychosomatic consequences of violence in war conditions: analysis of the relationship with the type of trauma and the level of stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2025. T. 10. № 2. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i2.620>
167. Chaban O., Skrynnyk O. Contemporary perspectives on bereavement and pathological grief. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2024. T. 9. № 4. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i4.549>
168. DeMarco J., Nystrom M. The importance of health literacy in patient education. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 2010. Vol. 14, No. 3. P. 294–301. DOI: <https://doi.org/10.1080/15398285.2010.502021>
169. Doyle Y., Hayward P. et al. Continuing Professional Development in Public Health Medicine. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1997. Vol. 31. No. 4. P. 405–409. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0035-8819\(25\)00158-8](https://doi.org/10.1016/S0035-8819(25)00158-8)
170. Epstein R. M., Hundert E. M. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*. 2002. Vol. 287. No. 2. P. 226–235. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
171. Fedchyshyn N., Brinkmann M. Content Component of Psychological and Pedagogical Training of Future Physicians in Higher Education Institutions. *Medychna osvita*. 2026. No. 1 (111). P. 103–108. DOI: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2026.1.16039>
172. Fedchyshyn N. O., Haida V. Ya., Kavetskyi V. Ye., Babii V. Yu., Husieva T. P., Fedoniuk L. Ya., Pantiuk T. I. Features of Forming Self-educational Competence of Future Doctors. *Wiadomości Lekarskie*. 2023. Vol. 76. No. 1. P. 108–114. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek202301115>
173. Frank J. R., Snell L., Sherbino J. (Eds.). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. URL: <https://www.royalcollege.ca/content/dam/document/standards-and-accreditation/2015-canmeds-framework-reduced-e.pdf> (date of access: 12.03.2026).
174. Frank J. R., Snell L. S., Cate O. T., Holmboe E. S., Carraccio C., Swing S. R., Harris P., Glasgow N. J., Campbell C., Dath D., Harden R. M., Iobst W., Long D. M.,

Mungroo R., Richardson D. L., Sherbino J., Silver I., Taber S., Talbot M., Harris K. A. Competency-based Medical Education: Theory to Practice. *Medical Teacher*. 2010. Vol. 32. No. 8. P. 638–645. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>

175. Frenk J., Chen L., Bhutta Z. A., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet*. 2010. Vol. 376. Issue 9756. P. 1923–1958. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

176. Gillen G. *Evolve Resources for Stroke Rehabilitation*. 5th ed. St. Louis : Elsevier, 2020. 752 p.

177. Golding C. *Integrating the Disciplines: Successful Interdisciplinary Subjects*. Melbourne : Centre for the Study of Higher Education, University of Melbourne, 2009. 27 p.

178. Harden R. M., Crosby J. R., Davis M. H. AMEE Guide No. 14: Outcome-based Education: Part 1 – An Introduction to Outcome-based Education. *Medical Teacher*. 1999. Vol. 21. No. 1. P. 7–14. DOI: <https://doi.org/10.1080/01421599979969>

179. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC : National Academies Press, 2001. URL: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the> (date of access: 12.03.2026).

180. Ishchuk D. The relevance of medical research in the training process of future physicians in institutions of higher medical education in Ukraine. *Social Work and Education*. 2024. Vol. 11, No. 2. P. 269–280. DOI: <https://doi.org/10.25128/2520-6230.24.2.8>

181. Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC : National Academies Press, 2004. URL: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion> (date of access: 12.03.2026).

182. Harden R. M. Outcome-based Education: The Future Is Today. *Medical Teacher*. 2007. Vol. 29. No. 7. P. 625–629. DOI: <https://doi.org/10.1080/01421590701729930>

183. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Health Communication Program. URL: <https://hsph.harvard.edu/degrees-and-programs/concentrations/health-communications/> (date of access: 12.03.2026).

184. Hayton J. et al. What's in a Word? Distinguishing Between Habilitation and Rehabilitation. *Vision Rehabilitation International*. 2019. Vol. 10. No. 1. P. 1–4. DOI: <https://doi.org/10.21307/ijom-2019-007>

185. Karolinska Institutet. Department of Medicine Solna. URL: <https://ki.se/en/meds/education-at-the-department-of-medicine-solna/first-and-second-cycle> (date of access: 12.03.2026).

186. Kreuter M. W., McClure S. M. The Role of Culture in Health Communication. *Annual Review of Public Health*. 2004. Vol. 25. P. 439–455. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>
187. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa : Government of Canada, 1974.
188. Lazaro R., Umphred D. A. Umphred's Neurorehabilitation for the Physical Therapist Assistant. Philadelphia : SLACK Incorporated, 2014. URL: <https://www.routledge.com/Umphreds-Neurorehabilitation-for-the-Physical-Therapist-Assistant/Lazaro-Umphred/p/book/9781630915650> (date of access: 12.03.2026).
189. Levine D. M. The Physician's Role in Health Promotion and Disease Prevention. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1987. Vol. 63. No. 10. P. 950–956. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3507880/> (date of access: 12.03.2026).
190. Maastricht University. Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. URL: <https://www.maastrichtuniversity.nl/over-de-um/faculteiten/faculty-health-medicine-and-life-sciences> (date of access: 12.03.2026).
191. MSD Ukraine. Patient Treatment Education. URL: <https://www.msd.ua/patients/patient-treatment-education/> (date of access: 12.03.2026).
192. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*. 2000. Vol. 15. No. 3. P. 259–267. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
193. OpenLika. URL: <https://openlikar.com.ua/> (date of access: 12.03.2026).
194. O'Sullivan S. B., Schmitz T. J., Fulk G. D. *O'Sullivan & Schmitz's Physical Rehabilitation*. 8th ed. Philadelphia : F. A. Davis Company, 2019. URL: <https://www.fadavis.com/product/physical-rehabilitation-fulk-8> (date of access: 12.03.2026).
195. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 17–21 November 1986. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (date of access: 12.03.2026).
196. Patja K., Huis in 't Veld T., Arva D., Bonello M., Orhan Pees R., Soethout M., van der Esch M. Health Promotion and Disease Prevention in the Education of Health Professionals. *BMC Medical Education*. 2022. Vol. 22. Article 778. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03826-5>
197. Sackett D. L., Rosenberg W. M. C., Gray J. A. M., Haynes R. B., Richardson W. S. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ*. 1996. Vol. 312. No. 7023. P. 71–72. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
198. Silverman J., Kurtz S., Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed. London : Radcliffe Publishing, 2013. URL: <https://www.routledge.com/Skills-for-Communicating-with-Patients/Silverman-Kurtz-Draper/p/book/9781846193651> (date of access: 12.03.2026).

199. Schillinger D., Piette J., Grumbach K., Wang F., Wilson C., Daher C., Bindman A. B. Closing the Loop: Physician Communication with Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *Archives of Internal Medicine*. 2003. Vol. 163. No. 1. P. 83–90. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>

200. Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. Article 80. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

201. TESIMED – Center for Medical Simulation. URL: <https://www.youtube.com/@tesimed-centerformedicsi4113> (date of access: 12.03.2026).

202. University of Copenhagen. Medicine Programme. URL: <https://healthsciences.ku.dk/education/> (date of access: 12.03.2026).

203. University of Toronto. MD Curriculum. URL: <https://md.utoronto.ca/curriculum> (date of access: 12.03.2026).

204. Voliarska O. Non-formal medical education of adults in Ukraine. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2019. Vol. 36, No. 6. P. 74–78. URL: <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/660> (date of access: 12.05.2026).

205. Wakefield M. A., Loken B., Hornik R. C. Use of Mass Media Campaigns to Change Health Behaviour. *The Lancet*. 2010. Vol. 376. No. 9748. P. 1261–1271. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)

206. Witte K., Allen M. A Meta-analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education & Behavior*. 2000. Vol. 27. No. 5. P. 591–615. DOI: <https://doi.org/10.1177/109019810002700506>

207. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1986. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/349652> (date of access: 12.03.2026).

208. World Health Organization. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva : World Health Organization, 1997. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1> (date of access: 12.03.2026).

209. World Health Organization. *Promoting Health in the SDGs. Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: All for Health, Health for All*. Geneva : World Health Organization, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs> (date of access: 12.03.2026).

210. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva : World Health Organization, 1998. WHO/HPR/HEP/98.1. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546> (date of access: 12.03.2026).

211. World Health Organization. *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Geneva : World Health Organization, 2003. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> (date of access: 12.03.2026).

212. World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva : World Health Organization, 2008. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (date of access: 12.03.2026).

213. World Health Organization. *Managing Infodemics in the 21st Century: First WHO Infodemiology Conference, 30 June–16 July 2020*. Geneva : World Health Organization, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314> (date of access: 12.03.2026).

214. World Federation for Medical Education. *Basic Medical Education: WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2020 Revision*. Ferney-Voltaire : WFME, 2020. URL: <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf> (date of access: 12.03.2026).

215. World Health Organization. *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*. Geneva : World Health Organization, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924> (date of access: 12.03.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

ЗРАЗКИ ПРОСВІТНИЦЬКИХ ТЕКСТІВ ДЛЯ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ АУДИТОРІЙ

У додатку наведено фрагменти авторських просвітницьких текстів, що використовувалися під час формувального експерименту для відпрацювання навичок адаптації медичної інформації до особливостей різних соціальних аудиторій.

Просвітницькі тексти за темою «Гігієна і догляд за тілом»

1. *Для мешканців геріатричного пансіонату (фізично активні)*

Гігієна і догляд за тілом: турбота, яка підтримує активність

З віком наше тіло змінюється: шкіра стає більш чутливою, може з'являться сухість, знижується еластичність. Але це не означає втрату активності – навпаки, правильний догляд допомагає її зберегти.

Щоденна гігієна – це не лише чистота, а й комфорт і профілактика проблем. Важливо:

– приймати душ регулярно, але не надто гарячою водою, щоб не пересушувати шкіру;

– використовувати м'які засоби для миття;

– після душу зволожувати шкіру кремом.

Особливу увагу варто звертати на:

– стопи (щоб уникнути тріщин і дискомфорту під час ходьби);

– складки шкіри;

– ротову порожнину.

Якщо ви залишаєтесь активними – гуляєте, рухаєтесь, спілкуєтесь – догляд за тілом стає частиною цієї активності.

Просте правило: дбайливе ставлення до тіла = більше енергії і впевненості щодня.

2. *Для працівників геріатричного центру (хоспісний догляд)*

Гігієна як елемент гідності і якості життя пацієнта

У догляді за пацієнтами хоспісного відділення гігієна – це не лише медична процедура. Це спосіб зберегти гідність людини, її комфорт і відчуття людяності.

Пацієнти можуть:

– не мати сил самостійно доглядати за собою;

– відчувати сором або безпорадність;

– бути чутливими до болю або дотику.

Тому важливо:

- пояснювати кожну дію перед її виконанням;
- зберігати делікатність і приватність;
- підтримувати контакт (вербальний і невербальний).

Гігієнічний догляд включає:

- регулярне очищення шкіри;
- профілактику пролежнів;
- догляд за ротовою порожниною;
- зміну білизни та підтримання чистоти постелі.

Але не менш важливо – як саме це робиться – навіть прості дії:

- теплий тон голосу
- звертання по імені
- пояснення («зараз я допоможу вам...») – змінюють переживання пацієнта.

Ключова ідея: догляд за тілом – це форма комунікації і турботи, а не лише процедура.

3. *Для підлітків (у пубертаті)*

Гігієна тіла: що змінюється і як із цим впоратись

У підлітковому віці тіло починає активно змінюватись. Це нормально, але іноді це може викликати дискомфорт або навіть сором.

Можуть з'явитись:

- підвищене потовиділення
- запах тіла
- висипання на шкірі.

Це не «щось не так», а природні процеси.

Що допоможе:

- щоденний душ (особливо після фізичної активності);
- використання дезодорантів;
- регулярна зміна одягу;
- базовий догляд за шкірою обличчя.

Важливо пам'ятати:

- не потрібно «перемивати» шкіру – це може погіршити її стан;
- не варто соромитись звертатись за порадою (до лікаря або дорослого).

Головне: маємо не намагатись «виглядати ідеально», а відчувати комфорт і впевненість у собі.

Додаток Б

БАНК КЕЙСІВ ДЛЯ ЕКСПЕРТИЗИ ПРОСВІТНИЦЬКИХ МАТЕРІАЛІВ

Мета: аналіз реальних або змодельованих дописів у соцмережах, які містили просвітницький контент з питань здоров'я.

Критерії:

- доказовість інформації;
- якість рекомендацій;
- наявність /відсутність емоційного забарвлення та маніпулювань;
- відповідність принципам медичної етики.

Завдання для студентів: визначити тип помилки

1. пояснити ризик
2. оцінити комунікацію
3. переробити текст

Дописи 1 – 3 містять очевидні помилки

Допис 1

«Антибіотики потрібно починати приймати одразу при перших симптомах застуди, щоб не допустити ускладнень»

містить:

- фахову помилку;
- небезпечну рекомендацію.

Допис 2.

«Печінка не болять, тому її потрібно регулярно «чистити» травами або БАДами»

містить:

- псевдонауковість;
- недоказовість.

Допис 3

«Якщо у вас безсоння – просто вимкніть телефон і все нормалізується»

містить:

- надмірне спрощення;
- ігнорування складності проблеми.

Дописи 4 – 5 – частково коректні, але спрощені

Допис 4

«Щоб зміцнити імунітет, потрібно більше вітаміну С – пийте його щодня у великих дозах»

пастка:

- часткова правда;
- узагальнення;
- ризик передозування.

Допис 5

«Фізична активність допомагає знизити тиск, тому при гіпертонії можна обійтись без ліків»

- пастка;
- правильна ідея + неправильний висновок.

Допис 6

«Стрес є причиною більшості хвороб, тому якщо ви навчитесь не нервувати – будете здорові»

- пастка;
- гіперузагальнення;
- спрощення причин

Дописи 7 – 9 – етичні порушення**Допис 7**

«Люди з надмірною вагою просто не мають сили волі – їм потрібно менше їсти і більше рухатись»

містить:

- стигматизацію;
- знецінення.

Допис 8

«Якщо ви не слідкуєте за своїм здоров'ям – не скаржтесь потім на лікарів»

містить:

- звинувачення;
- агресивний тон.

Допис 9

«Я бачив пацієнта, який ігнорував симптоми і тепер має важкий стан – не повторюйте його помилку»

містить:

- можливе порушення конфіденційності;
- залякування.

Дописи 10 – 11 – комунікативна неадекватність

Допис 10

«Порушення гастроінтестинальної моторики супроводжується диспептичними проявами, що потребують диференційної діагностики»

проблема:

- незрозумілість;
- відсутність практичності.

Допис 11

«Слід оптимізувати нутритивний профіль із урахуванням глікемічного індексу продуктів»

проблема:

- складна мова;
- неадаптовано під аудиторію.

Дописи 12 – 14 – приховані помилки

Допис 12

«Натуральні засоби завжди безпечніші за медикаменти, тому краще починати лікування саме з них»

пастка:

- хибне протиставлення;
- недоказовість.

Допис 13

«Якщо аналізи в нормі – значить ви абсолютно здорові.»

пастка:

- спрощення поняття здоров'я;
- хибний висновок.

Допис 14

«Пийте 2 літри води щодня – це універсальне правило для всіх»

пастка:

- узагальнення;
- ігнорування індивідуальних особливостей.

Дописи 15 – 17 – із комбінованими помилками

Допис 15

«Якщо у вас болить шлунок – це через стрес. Просто заспокойтесь, і все пройде. Ліки зазвичай не потрібні»

містить:

- спрощення;
- недоказовість;
- небезпечну рекомендацію.

Допис 16

«Сучасна медицина часто перебільшує ризики. Організм сам здатен впоратись із більшістю захворювань»

містить:

- маніпуляцію;
- підрив довіри до медицини.

Допис 17

«Якщо ви відчуваєте втому – це просто нестача вітамінів. Пропийте курс і все налагодиться»

містить:

- редукціонізм;
- ігнорування причин.

Додаток В

ПРОСВІТНИЦЬКІ ПРОЄКТИ СТУДЕНТІВ

Наведені проєкти виконувалися студентами під час реалізації третього етапу формувального експерименту та оцінювалися за авторськими критеріями сформованості змістово-комунікативного й організаційного компонентів готовності.

Просвітницький проєкт №1

«Профілактика артеріальної гіпертензії серед осіб 40+»

1. Актуальність

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною смертності у світі. Артеріальна гіпертензія є одним із ключових модифікованих факторів ризику.

2. Цільова аудиторія. Особи 40–65 років, які не перебувають на диспансерному обліку або мають нерегулярний контроль АТ.

3. Мета. Підвищити рівень обізнаності щодо профілактики артеріальної гіпертензії та сформувавши мотивацію до регулярного контролю артеріального тиску.

4. Завдання:

- пояснити механізм розвитку гіпертензії;
- навчити самостійно вимірювати АТ;
- ознайомити з немедикаментозними методами профілактики;
- сформувати навички оцінки власних факторів ризику.

5. Формат. Очна лекція-бесіда (60 хв) + практичний блок (20 хв).

6. Структура заходу

1. Вступ (5 хв).
2. Інформаційний блок (20 хв).
3. Практичний тренінг з вимірювання АТ (20 хв).
4. Обговорення (15 хв).
5. Підсумок і роздаткові матеріали.

7. Методи:

- мультимедійна презентація;
- демонстрація тонометра;
- міні-анкетування;
- запитання-відповіді.

8. Оцінювання ефективності:

- до та після тестування (5 запитань);
- анкета зворотного зв'язку;
- підрахунок осіб, що виявили підвищений АТ.

Просвітницький проєкт №2

«Вакцинація: міфи та факти» (для батьків дітей дошкільного віку)

1. Актуальність. Низький рівень вакцинації створює ризик спалахів інфекційних захворювань.

2. Цільова аудиторія. Батьки дітей 0–6 років.

3. Мета. Сформувати довіру до імунопрофілактики та зменшити вплив дезінформації.

4. Завдання:

- пояснити принцип роботи вакцин;
- розвінчати поширені міфи;
- ознайомити з Національним календарем щеплень;
- надати алгоритм дій у разі поствакцинальних реакцій.

5. Формат. Інтерактивна зустріч (90 хв) у дитячому садку.

6. Методи:

- кейс-обговорення;
- розбір поширених страхів;
- групова дискусія;
- інфографіка;
- QR-доступ до перевірених джерел.

7. Структура

1. Виявлення очікувань (10 хв).
2. Міфи та їх спростування (30 хв).
3. Робота в групах (20 хв).
4. Блок «питання-відповіді» (20 хв).
5. Підсумок (10 хв).

8. Оцінювання:

- шкала зміни ставлення (до/після);
- письмовий зворотний зв'язок;
- кількість батьків, які записались на консультацію.

Просвітницький проєкт №3

«Профілактика професійного вигорання серед медичних працівників»

1. Актуальність. Професійне вигорання знижує якість медичної допомоги та підвищує ризик помилок.

2. Цільова аудиторія. Медичні сестри та лікарі первинної ланки.

3. Мета. Сформувати навички саморегуляції та профілактики емоційного виснаження.

4. Завдання:

- пояснити симптоми вигорання;
- навчити технік короткої саморегуляції;
- сформувати алгоритм самодопомоги.

5. Формат. Тренінг (2 години) – із залученням до співпраці психолога.

6. Методи:

- міні-лекція;
- самодіагностика;
- вправи на релаксацію;
- групова рефлексія.

7. Оцінювання:

- опитувальник емоційного виснаження;
- самооцінка рівня напруги до/після;
- якісний аналіз відгуків.

Просвітницький проєкт №4
«Раціональне використання антибіотиків»

1. Актуальність. Антибіоти корезистентність є глобальною проблемою (підкреслюється у звітах Центрів з контролю та профілактики захворювань США).

2. Цільова аудиторія. Студенти немедичних спеціальностей.

3. Мета. Сформувати відповідальне ставлення до використання антибіотиків.

4. Завдання:

- пояснити механізм резистентності;
- роз'яснити небезпеку самолікування;
- сформувати алгоритм звернення до лікаря.

5. Формат. Онлайн-вебінар (60 хв).

6. Інструменти:

- презентація;
- онлайн-опитування;
- чат для запитань;
- інтерактивні тести (надати посилання на експрес тести, лабораторії).

7. Оцінювання:

- аналіз відповідей;
- рівень залученості (кількість запитань, участь в опитуванні).

Додаток Г

МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ СФОРМОВАНOSTІ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

1. Критерій мотиваційний

1.1. Цінності Методика «Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості С. Бубнова» [44]

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 додається?
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?

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?

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.
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 «Здоров'я»

Високий рівень – 5–6 балів.

Достатній рівень – 3–4 бали.

Низький рівень – 0–2 бали.

1.2. Соціальна відповідальність. Опитувальник «Соціальні норми просоціальної поведінки» (авт. Фурманов І. А., Кухтова Н. В.) [57]

Мета. Вивчення особливостей засвоєння чотирьох типів соціальних норм, які безпосередньо впливають на формування просоціальної спрямованості особистості: норма

«соціальної відповідальності», «норма взаємності», «норма справедливості», норма «затрати- винагороди».

Інструкція. Шановні друзі! Нижче подані твердження, які у більшій чи меншій мірі могли б описати ваші думки та дії стосовно інших людей. Позначте будь-ласка, наскільки ви згодні із кожним твердженням, обравши один із варіантів відповіді: «абсолютно не згодний»; «не згодний», «важко сказати»; «згодний»; «абсолютно згодний».

1. Якщо я не допоможу людині, що потребує допомоги, буду відчувати провину.
2. Мені стає комфортно, коли можу заспокоїти засмучену людину.
3. Найбільш охоче я допомагаю іншим людям, якщо цього вимагають обставини.
4. Безвідповідальна поведінка може принести користь.
5. Для мене важливо дбати про інших людей та допомагати їм.
6. Для мене важливо бути чуйним до потреб інших людей.
7. Я намагаюся підтримувати і допомагати тим людям, кого знаю.
8. Я допомагаю людям, тому що в дитинстві бачив, як це роблять інші.
9. Коли я бачу, що хтось дуже потребує допомоги, я зроблю все можливе, щоб допомогти.
10. Я допоможу іншій людині, особливо, коли за моїми діями будуть спостерігати оточуючі люди.
11. Коли я бачу, що когось ображають, я, швидше за все, не стану втручатися.
12. Людина народжена вільною і відповідає за свої дії тільки перед собою.
13. Непрацьовиті люди, не заслуговують матеріальної допомоги.
14. Я допомагаю людям тільки тоді, коли сам в цей час не маю інших справ.
15. Я вважаю, що можна виправдати нетверезого водія, якщо терміново потрібно доставити потерпілого до лікарні.
16. Людина, яка не дбає про своє здоров'я, не заслуговує на медичну допомогу.
17. Благодійної допомоги більше потребують безхатченки, ніж люди, якими опікується держава.
18. Хворі люди потребують допомоги більше, ніж здорові.
19. Я із задоволенням візьму додому бездомного kota.
20. Мені не стільки необхідна допомога друзів, скільки впевненість, що я її отримаю.
21. Я допомагаю тільки тим, хто допоміг мені.

22. Я згоден з думкою, що «допомагати треба лише тим, хто допоміг тобі».
23. Якщо я комусь допомагаю, то розраховую на їх підтримку в майбутньому.
24. Ті, хто приходить на допомогу, будуть у подальшому винагороджені.
25. Допомога іншим людям дозволяє встановити вигідні взаємини.
26. Я навряд чи допоможу людині, якщо бачу, що вона може впоратися з завданням, самостійно.
27. З людьми слід поводитися так, як вони поведуться з вами: платити «за добро – добром», «за зло – злом».
28. Якщо люди поведуться аморально, я з ними поводжуся так само.
29. Якщо я надаю допомогу, то хотів би за неї отримати компенсацію.
30. Я витрачаю на інших людей рівно стільки сил (часу, грошей), скільки вони витрачають на мене.
31. Люди не повинні завдавати шкоди тим, хто допомагав їм.
32. Я завжди очікую, що моя допомога буде винагороджена.
33. Я допомагаю іншим людям, тому що хочу, щоб вони допомогли мені в майбутньому.
34. Я допомагаю тільки в знак подяки за надану мені допомогу.
35. Я вважаю, що кожна людина отримує в житті те, на що заслуговує.
36. Я думаю, що допомагати потрібно тільки тим, хто цього заслуговує.
37. Людина, яка досягла всього сама, дуже чутлива до несправедливого ставлення до себе та інших.
38. Я переконаний, що допомога іншим буде винагороджена сповна.
39. Коли я бачу, що когось обманюють, у мене виникає бажання його захистити.
40. Я не відчуваю жалю до людей, з якими чинять несправедливо.
41. Я вважаю важливим, щоб з кожною людиною в світі поводитися однаково.
42. Я вірю, що у всіх повинні бути рівні можливості в житті.
43. Я вважаю, що важливо не отримувати все задарма, а заробляти.
44. Я впевнений, що люди повинні задовольнятися тим, що у них є.
45. Я хотів би, щоб з усіма, навіть незнайомими людьми, поводитися справедливо.
46. Не всі люди гідні надання допомоги.
47. Я вважаю справедливим говорити не зовсім приємні речі про людину, якщо вона цього заслуговує.
48. Я згоден з тим, що «злочин повинен сидіти у в'язниці».
49. Я переконаний, що блага повинні розподілятися порівну, а не залежно від особистісного внеску в загальну справу.
50. Справедливість проявляється у відплаті кожному за його заслуги.
51. Кожна людина повинна мати рівні права і обов'язки.
52. Я впевнений, що благодійність (подарунки, гроші) має сенс тільки тоді, коли отримуєш від цього хоч якусь вигоду.
53. Я впевнений, що час і енергія, які добровільно витрачені на допомогу іншим людям, вимагають більшої винагороди.

54. Я часто допомагаю, навіть якщо не бачу ніякої вигоди.
55. Допомога іншим людям забирає багато сил і тому не вигідна для мене.
56. Я допомагаю найчастіше іншим людям, щоб отримати схвалення за мою допомогу.
57. Я допомагаю тільки тоді, коли бачу, що іншій людині гірше, ніж мені.
58. Я допомагаю, навіть тоді, коли існує загроза щось втратити або позбутися чогось.
59. Допомога іншим підвищує мою самооцінку.
60. Якщо у мене поганий настрій, то я шукаю людину, якій потрібна моя допомога.
61. Я допоможу навіть тоді, коли це обтяжливо для мене.
62. Добре ставлення до інших людей не вигідне, так як його часто сприймають як слабкість і відповідають недобррозичливістю.

Ключ до методики:

- норма соціальної відповідальності: «+» – 1–3, 5–10, 12, 15, 17–19; «–» – 4, 11, 13, 14, 16;
- норма взаємності: «+» – 20–25, 27–33; «–» – 26, 34;
- норма справедливості: «+» – 35–39, 41–45, 48, 50, 51; «–» – 40, 46, 47, 49;
- норма «затрати – винагороди»: «+» – 54, 58, 61; «–» – 52, 53, 55–57, 59, 60, 62.

Методика включає 4 шкали і містить 62 твердження, ступінь згоди з якими оцінюється за 5-бальною шкалою: від 1 – «абсолютно не згодний», до 5 – «абсолютно згодний».

Підрахунок балів здійснюється у відповідності з ключем. Чим вищий бал, тим чіткіше виявляється схильність людини керуватися у своїй поведінці певною нормою.

1.3. Мотивація до професійної активності. Методика «Оцінки потреби в досягненні» (розроблена М. Корольчуком [56])

Шановні студенти! Дайте відповіді на запитання «так» чи «ні». Відповіді, що збігаються з «ключовими» (за кодом), підсумовуються – по 1 балу за кожну відповідь.

Текст опитувальника

1. Вважаю, що успіх у житті скоріше залежить від випадку, ніж від розрахунку.
2. Якщо я позбавлюсь улюбленого заняття, життя для мене втратить сенс.
3. Для мене в будь-якій справі важливіше не виконання, а кінцевий результат.
4. Вважаю, що люди більше страждають від невдач на роботі, ніж від поганих взаємин із близькими.
5. На мою думку, більшість людей живуть далекою метою, а не близькою.
6. У житті в мене було більше успіхів, ніж невдач.
7. Емоційні люди мені подобаються більше, ніж діяльні.
8. Навіть у звичайній роботі я намагаюся вдосконалити деякі її елементи.
9. Поглиблену думку про успіх, я можу забути про заходи безпеки.
10. Мої близькі вважають мене ледачим.
11. Думаю, що в моїх невдачах винні, скоріше, обставини, ніж я сам.
12. Терпіння в мені більше, ніж здібностей.
13. Мої батьки занадто суворо контролювали мене.
14. Лінощі, а не сумнів в успіху, змушують мене часто відмовлятися від своїх намірів.
15. Думаю, що я впевнена у собі людина.
16. Заради успіху я можу ризикнути, навіть якщо шанси невеликі.
17. Я старанна людина.
18. Коли усе йде гладко, моя енергія підсилюється.
19. Якби я був журналістом, я писав би, скоріше, про оригінальні винаходи людей, ніж про події.
20. Мої близькі зазвичай не поділяють моїх планів.
21. Рівень моїх вимог до життя нижчий, ніж у моїх товаришів.
22. Мені здається, що наполегливості в мені більше, ніж здібностей.

Рівень потреби в досягненні: низький – 2-11; достатній – 12-15; високий – 16-19.
Код: відповіді «так» на запитання 2, 6, 7, 8, 14, 16, 18, 19, 21, 22;
відповіді «ні» на запитання 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 20.

2. Критерій змістово-комунікативний

Авторська продуктивна методика

Містить: самооцінку студента і експертну оцінку його продуктивної діяльності.

Оцінюються 5 показників:

1. Фахові знання (змістова точність)
2. Структурна організація тексту
3. Цільова адаптація (health literacy)
4. Практичність рекомендацій
5. Комунікативна доцільність і мовна коректність

Методика складається з 3 блоків:

Блок А – Тест фахових знань (закриті завдання)

Блок Б – Аналіз готового тексту (експертна оцінка)

Блок В – Самостійне створення просвітницького матеріалу

Блок А: Фахові знання (тест)

10–15 тестових завдань (1 правильна відповідь = 1 бал, максимально – 15 балів)

Приклад:

Яка з рекомендацій є найбільш коректною для пацієнта з підвищеним артеріальним тиском?

- а) Уникати будь-якої фізичної активності
- б) Регулярно приймати призначені препарати та контролювати тиск
(правильна відповідь)
- в) Пити більше кави для тонуусу
- г) Самостійно змінювати дозування

Примітка: тестові завдання змінювали на початку і в кінці експерименту – з огляду на рівень фахової підготовки студентів.

Блок Б: Аналіз просвітницького тексту

Студенту дається текст (навмисно з помилками).

Завдання:

- знайти помилки;
- коротко пояснити;
- запропонувати корекцію.

Критерії оцінювання:

Критерій	0 балів	1 бал	2 бали
фахова точність	не виявлено	частково	повністю
структура	не бачить проблем	частково	чітко аналізує
адаптація	ігнорує аудиторію	частково	враховує

практичність	не оцінює	частково	дає конкретні пропозиції
мова	не аналізує	частково	чітко виправляє

Максимум: 10 балів

Блок В: Створення просвітницького тексту

Завдання: написати короткий просвітницький текст для цільової аудиторії (150–200 слів)

Теми (на вибір):

- профілактика гіпертонії – для пацієнтів геронтоцентрів;
- здоровий сон – для студентів;
- управління стресом – для працівників МЧС;
- профілактика ГРВІ – для школярів.

Шкала оцінювання тексту

Кожен критерій оцінюється від 0 до 3 балів:

Критерії	Фахові знання	Структура тексту	Цільова адаптація	Практичні рекомендації	Комунікативність і мова
Показники	0 – грубі помилки 1 – часткова точність 2 – загалом правильно 3 – повністю коректно	0 – хаотично; 1 – слабка логіка; 2 – зрозуміло; 3 – чітка, логічна структура	0 – «медична мова»; 1 – частково зрозуміло; 2 – адаптовано; 3 – повністю доступно для споживача	0 – абстрактно; 1 – частково зрозуміло; 2 – конкретно; 3 – алгоритм з поясненням	0 – складно, формально; 1 – місцями важко для сприйняття /спрощено; 2 – зрозуміло; 3 – цікаво, емпатично, коректно

Максимум: 15 балів

Загальний результат оцінювання

Рівень	Бали
Низький	0–15
Середній	16–30
Високий	31–40

Кореляція самооцінювання студентів і експертної оцінки

Самооцінка студента (від 1 до 5)	Згода + / незгода - експерта
– я вмію пояснювати пацієнтам складні речі – я можу адаптувати інформацію – я впевнений у своїх рекомендаціях	

3. Організаційний критерій

3.1. Здатність проєктувати просвітницьку діяльність «Діагностика комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2)»

Методика визначення комунікативних і організаторських схильностей містить 40 питань. На кожне питання слід відповісти «так» (+) або «ні» (-). Якщо вам важко у виборі відповіді, необхідно все-таки обрати між двома альтернативами.

1. Чи є у вас прагнення до вивчення людей і знайомств з різними людьми?
2. Чи подобається вам займатися громадською роботою?
3. Чи довго вас турбує почуття образи, завданої вам ким-небудь з ваших товаришів?
4. Чи завжди вам важко орієнтуватися в критичній ситуації?
5. Чи багато у вас друзів, з якими ви постійно спілкуєтеся?
6. Чи часто вам вдається схилити більшість своїх товаришів до прийняття ними вашої думки?
7. Чи вірно, що вам приємніше і простіше проводити час за книгами або за яким-небудь іншим заняттям, ніж з людьми?
8. Якщо виникли перешкоди у здійсненні ваших намірів, чи легко вам відмовитися від своїх намірів?
9. Чи легко ви встановлюєте контакти з людьми, які старші за вас за віком?
10. Чи любите ви придумувати або організовувати зі своїми товаришами різні ігри та розваги?
11. Чи важко вам включатися в нові для вас компанії (колективи)?
12. Чи часто ви відкладаєте на потім справи, які потрібно виконати сьогодні?
13. Чи легко вам вдається встановлювати контакти та спілкуватися з незнайомими людьми?
14. Чи прагнете ви домогтися того, щоб ваші товариші діяли відповідно до вашої думки?
15. Чи важко ви освоюєтеся в новому колективі?
16. Чи правда, що у вас не буває конфліктів з товаришами через невиконання ними своїх обіцянок, зобов'язань, обов'язків?
17. Чи прагнете ви при нагоді познайомитися і поговорити з новою людиною?
18. Чи часто при вирішенні важливих справ ви приймаєте ініціативу на себе?
19. Чи дратують вас навколишні люди та чи хочеться вам побути на самоті?
20. Чи правда, що ви погано орієнтуєтеся в незнайомій для вас обстановці?
21. Чи подобається вам постійно знаходитися серед людей?
22. Чи виникає у вас роздратування, якщо вам не вдається закінчити розпочату справу?
23. Чи відчуваєте ви незадоволення, якщо доводиться проявити ініціативу, щоб познайомитися з новою людиною?

24. Чи правда, що ви втомлюєтеся від частого спілкування з товаришами?
25. Чи любите ви брати участь у колективних іграх?
26. Чи часто ви проявляєте ініціативу при вирішенні питань, які зачіпають інтереси ваших товаришів?
27. Чи правда, що ви відчуваєте себе невпевнено серед незнайомих людей?
28. Чи правда, що ви рідко прагнете довести свою правоту?
29. Чи вважаєте ви, що вам не становить особливих труднощів внести пожвавлення в малознайому групу?
30. Чи приймаєте ви участь у громадській роботі в школі (у навчальному закладі, на виробництві)?
31. Чи прагнете ви обмежити коло своїх знайомих?
32. Чи вірно, що ви не прагнете відстоювати свою думку або рішення, якщо воно не відразу було прийнято товаришами?
33. Чи відчуваєте ви себе невимушено, потрапивши в незнайомий колектив?
34. Чи охоче ви приступаєте до організації різних заходів для своїх товаришів?
35. Чи правда, що ви не відчуваєте себе досить упевненим і спокійним, коли доводиться говорити що-небудь великій групі людей?
36. Чи часто ви спізнюєтеся на ділові зустрічі, побачення?
37. Чи правда, що у вас багато друзів?
38. Чи часто ви опиняєтеся в центрі уваги своїх товаришів?
39. Чи часто ви стривожені і відчуваєте незручність при спілкуванні з малознайомими людьми?
40. Чи правда, що ви не дуже впевнено почуваєте себе в оточенні великої групи своїх товаришів?

Ключ до тесту

Комунікативні схильності визначають ключові відповіді на наступні питання:

(+) Так 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37

(-) Ні 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39

Організаторські схильності визначають ключові відповіді на наступні питання

(+) Так 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38

(-) Ні 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40

Обробка результатів тесту

Максимальна кількість балів окремо по кожному параметру - 20. Підраховуються бали окремо за комунікативними та окремо за організаторськими схильностям за допомогою ключа для обробки даних «КОС-2».

За кожну відповідь «так» або «ні» для висловлювань, які збігаються із зазначеними в ключі окремо за відповідними схильностям, приписується один бал. Експериментально встановлено п'ять рівнів комунікативних і організаторських схильностей. Зразок розподілу балів за цими рівнями показано нижче.

Рівні комунікативних і організаторських схильностей

Сума балів 1-4 – рівень дуже низький.

Сума балів 5-8 – рівень низький.

Сума балів 9-12 – рівень середній.

Сума балів 13-16 – рівень високий.

Сума балів 17-20 – рівень найвищий.

Сума балів 1–4 говорить про низький рівень прояву комунікативних і організаторських схильностей.

Сума балів 5–8 говорить про комунікативні та організаторські схильності на рівні нижче середнього. Такі люди не прагнуть до спілкування, вважають за краще проводити час наодинці з собою. У новій компанії або колективі відчують себе скуто. Зазнають труднощів у встановленні контактів з людьми. Не відстоюють свою думку, важко переживають образи. Рідко виявляють ініціативу, уникають прийняття самостійних рішень.

Сума балів 9–12 характеризує середній рівень прояву комунікативних та організаторських схильностей. Такі особистості прагнуть до контактів з людьми, відстоюють своє, однак потенціал їх схильностей не відрізняється високою стійкістю. Потрібно подальша виховна робота з формування та розвитку цих якостей особистості.

Сума балів 13–16 свідчить про високий рівень прояву комунікативних та організаторських схильностей піддослідних. Люди не губляться у нових обставинах, швидко знаходять друзів, прагнуть розширити коло своїх знайомих, допомагають близьким і друзям, проявляють ініціативу в спілкуванні, здатні приймати рішення в складних, нестандартних ситуаціях.

Сума балів 17–20 – вищий рівень комунікативних та організаторських схильностей. Це свідчить про те, що у таких людей сформована потреба в комунікативній і організаторській діяльності. Вони швидко орієнтуються у важких ситуаціях. Невимушено поведуть себе у новому колективі. Ініціативні. Приймають самостійні рішення. Відстоюють свою думку і домагаються прийняття своїх рішень. Люблять організовувати ігри, різні заходи. Наполегливі і натхненні у діяльності.

3.2. Здатність керувати власною поведінкою Самоконтроль у спілкуванні тест М. Снайдера

Інструкція: Уважно прочитайте 10 тверджень, що описують реакції на деякі ситуації. Кожне з них Ви маєте оцінити як правильне або неправильне стосовно Вас. Якщо твердження правильне, поставте поряд з порядковим номером літеру «П», якщо твердження неправильне – «Н».

1. Мені здається складним мистецтво імітувати звички інших людей.
2. Для того, щоб привернути увагу, я б зміг «клеїти дурня».
3. З мене міг би вийти непоганий актор.
4. Іншим людям здається, що я переживаю щось більш глибоко, ніж насправді.
5. У компанії я рідко буваю в центрі уваги.
6. У різних ситуаціях і під час спілкування з різними людьми я часто поводжуся себе по-різному.
7. Я відстоюю лише те, в чому я впевнений.
8. Для досягнення успіху в справах і спілкуванні з людьми я намагаюся бути таким, яким мене хочуть бачити люди.
9. Я можу бути люб'язним, доброзичливим з людьми, які мені не подобаються.
10. Я не завжди такий, яким здаюся.

Обчислення

За кожную відповідь «Н» на запитання №№ 1, 5, 7 та відповідь «П» на інші запитання нарахуйте по 1 балу, підрахуйте отриману суму.

0–3 бали – у Вас низький рівень комунікативного контролю. Ваша поведінка стала, і Ви не вважаєте за потрібне змінювати її в залежності від ситуації.

4–6 балів – середній комунікативний контроль. Ви відверті, але нестримані у своїх емоційних проявах.

7–10 – балів високий комунікативний контроль. Ви легко входите в будь-яку роль, швидко реагуєте на зміну ситуації, добре відчуваєте і навіть здатні прогнозувати враження, яке Ви справляєте на оточуючих.

3.3. Здатність організовувати взаємодію і підтримувати зв'язки

Тест стресостійкості (із сайту Всеосвіта) [<https://vseosvita.ua/library/testi-dla-viavlenna-stupena-stresu-ta-stresostijkosti-422537.html>]

Інструкція

Необхідно відповісти на запитання, з огляду на те, наскільки ці твердження правильні для вас. Відповідати слід на всі пункти, навіть якщо дане твердження вас узагалі не стосується.

Пропонуються наступні варіанти відповідей з відповідною кількістю балів: майже завжди – 1; часто – 2; іноді – 3; майже ніколи – 4; ніколи – 5.

1. Ви їсте принаймні одну гарячу страву на день?
2. Ви спите 7-8 годин принаймні чотири рази на тиждень?
3. Ви постійно відчуваєте любов інших і віддаєте свою любов у відповідь?
4. У межах 50 кілометрів у вас є хоча б одна людина, на яку ви можете покластися?
5. Ви працюєте до поту хоча б два рази на тиждень?
6. Ви палите менше половини пачки сигарет на день?
7. За тиждень ви споживаєте не більше п'яти чарок алкогольних напоїв?
8. Ваша вага відповідає вашому росту?
9. Ваш дохід цілком задовольняє ваші основні потреби?
10. Вас підтримує ваша віра?
11. Ви регулярно займаєтеся суспільною діяльністю?
12. У вас багато друзів і знайомих?
13. У вас один чи двоє друзів, яким ви цілком довіряєте?
14. Ви здорові?
15. Ви можете відкрито заявити про свої почуття, коли ви злі чи стурбовані чим-небудь?
16. Ви регулярно обговорюєте з людьми, з якими живете, ваші домашні проблеми?
17. Ви робите щось жартома хоча б раз на тиждень?
18. Ви можете організувати ваш час ефективно?
19. За день ви споживаєте не більше трьох чашок кави, інших напоїв, які містять кофеїн?
20. У вас є небагато часу для себе протягом кожного Дня?

Обробка та інтерпретація

Слід скласти результати ваших відповідей і з отриманого числа відняти 20 балів.

- 0-20 балів: висока стійкість до стресових ситуацій і впливу стресу.
- 20-50 балів: середній рівень стресостійкості.
- > 50 балів: низький рівень стресостійкості. Ви дуже вразливі для стресу.

Додаток Д

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ РЕСУРС УПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ «ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗАСАДАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ВЗАЄМОДІЇ» (Навчально-методичний семінар-практикум для викладачів медичних закладів вищої освіти)

Мета семінару. Підвищення міждисциплінарної компетентності викладачів медичних закладів вищої освіти щодо проєктування та реалізації освітнього процесу, спрямованого на формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Завдання семінару:

- ознайомити викладачів із сучасними підходами до підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності;
- сформувати розуміння сутності міждисциплінарного підходу та його можливостей у медичній освіті;
- навчити визначати внесок кожної освітньої компоненти у формування інтегрованих просвітницьких компетентностей;
- сформувати навички командного проєктування міждисциплінарних освітніх модулів;
- розвинути здатність до координації змісту навчальних дисциплін та узгодження результатів навчання;
- навчити викладачів здійснювати моніторинг сформованості просвітницьких компетентностей студентів.

Структура семінару-практикуму

Модуль 1. Теоретичні засади міждисциплінарного підходу у підготовці майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Теоретичний блок

Розглядаються питання:

- сутність міждисциплінарного підходу в сучасній вищій освіті;
- вертикальна та горизонтальна інтеграція освітніх компонентів;
- компетентнісний підхід як основа міждисциплінарної взаємодії;
- просвітницька діяльність лікаря як інтегрований результат професійної підготовки;
- зарубіжний досвід формування компетентностей health literacy, health communication та patient education.

Практичний блок

Викладачі здійснюють аналіз власних освітніх компонентів та визначають, які елементи просвітницької компетентності можуть бути сформовані в межах конкретної дисципліни.

Вправа «Карта компетентностей»

Кожен учасник визначає:

- які знання формує його дисципліна;
- які вміння можуть бути використані в просвітницькій діяльності;
- які компоненти готовності до просвітництва залишаються недостатньо представленими.

Модуль 2. Технології міждисциплінарної взаємодії викладачів

Теоретичний блок

Розглядаються питання: командне планування освітнього процесу; принципи розподілу відповідальності між викладачами; узгодження програмних результатів навчання; механізми міжкафедральної взаємодії; інтеграція дисциплін у межах тематичних блоків.

Практичний блок

Кейс «Одна компетентність – багато дисциплін»

Учасникам пропонується компетентність:

«Здатність майбутнього лікаря здійснювати просвітницьку діяльність щодо профілактики серцево-судинних захворювань серед дорослого населення».

Завдання групи: визначити внесок кожної дисципліни у її формування.

Наприклад:

Дисципліна	Внесок у формування компетентності
Громадське здоров'я	фактори ризику, профілактика
Медична психологія	мотивація до зміни поведінки
Соціальна медицина	особливості цільових груп
Кардіологія	клінічні аспекти профілактики
Сімейна медицина	консультування населення
Медична етика	етичні принципи взаємодії

Модуль 3. Проектування міждисциплінарних освітніх блоків

Теоретичний блок

Розглядаються питання: принципи створення інтегрованих навчальних модулів; міждисциплінарні освітні траєкторії; проєктне навчання як інструмент формування просвітницьких компетентностей; оцінювання інтегрованих результатів навчання.

Практичний блок

Груповий проєкт. Учасники створюють модель міждисциплінарного блоку, наприклад:

«Просвітництво здорової людини»

із залученням дисциплін:

- Гігієна та екологія;
- Соціальна медицина;

- Медична психологія;
- Сімейна медицина;
- Внутрішня медицина;
- Громадське здоров'я.

Результатом роботи стає матриця:

Освітній компонент	Завдання	Очікуваний результат
Медична психологія	мотиваційне консультування	уміння працювати із запереченнями
Громадське здоров'я	аналіз ризиків	здатність визначати цільові групи
Соціальна медицина	планування кампанії	уміння організовувати просвітницькі заходи

Модуль 4. Формування та оцінювання просвітницьких компетентностей студентів

Теоретичний блок

Розглядаються питання: критерії сформованості готовності до просвітницької діяльності; міждисциплінарне оцінювання результатів навчання; методи діагностики просвітницьких компетентностей; портфоліо просвітницької діяльності студента.

Практичний блок

Учасники розробляють спільні критерії оцінювання таких результатів:

- здатність адаптувати медичну інформацію до аудиторії;
- уміння створювати просвітницькі матеріали;
- здатність проводити профілактичні консультації;
- уміння організовувати та реалізовувати просвітницькі заходи.

Очікувані результати семінару

Після завершення навчально-методичного семінару-практикуму викладачі будуть здатні:

- розуміти особливості міждисциплінарного підходу у підготовці майбутніх лікарів;
- визначати місце власної дисципліни у формуванні просвітницьких компетентностей;
- здійснювати узгодження змісту освітніх компонентів із колегами;
- проєктувати міждисциплінарні навчальні блоки;
- організовувати командну підготовку студентів до просвітницької діяльності;
- розробляти інтегровані критерії оцінювання сформованості просвітницьких компетентностей.

Додаток Е

АВТОРСЬКИЙ ТРЕНІНГ «ЛІКАР ЯК ПРОСВІТНИК: КОМУНІКАЦІЯ, ВЗАЄМОДІЯ, ДОВІРА» (для студентів медичних спеціальностей)

Мета: формування у майбутніх лікарів готовності до просвітницької діяльності шляхом розвитку навичок адаптації медичної інформації до різних аудиторій, здійснення профілактичного консультування, організації просвітницької комунікації та побудови довірливих відносин із населенням.

Завдання:

- сформуванню уявлення про просвітницьку роль лікаря;
- розвинути навички медичної комунікації з різними цільовими аудиторіями;
- навчити адаптувати медичну інформацію до рівня підготовки пацієнтів;
- сформуванню навички протидії медичній дезінформації;
- удосконалити вміння проводити профілактичне консультування;
- розвинути здатність створювати просвітницькі матеріали;
- сформуванню навички рефлексії власної комунікативної діяльності.

Тривалість. 24 академічні години (6 тренінгових занять по 4 години).

ЗАНЯТТЯ 1

Лікар як просвітник у сучасному суспільстві

Мінілекція

- Просвітницька функція лікаря.
- Медична грамотність населення.
- Довіра до медичної інформації.
- Особливості комунікації в умовах інформаційного перевантаження.

Вправа «Мій образ лікаря-просвітника»

Студенти в групах формують перелік характеристик сучасного лікаря-просвітника.

Вправа «Кому я пояснюю?»

Кожна група отримує різні цільові аудиторії:

- підлітки;
- літні люди;
- працівники підприємства;
- вагітні жінки;
- батьки дітей дошкільного віку.

Потрібно визначити:

- потреби аудиторії;
- можливі труднощі сприйняття;
- оптимальні способи подачі інформації.

Рефлексія. «Які аудиторії є для мене найскладнішими?»

ЗАНЯТТЯ 2

Комунікація та довіра у взаємодії з пацієнтом

Мінілекція

- психологія довіри;
- емпатичне слухання;
- особливості профілактичного консультування;
- бар'єри комунікації.

Рольова практика

Кейс 1

Пацієнт не вірить рекомендаціям лікаря.

Кейс 2

Пацієнт отримує інформацію лише з соціальних мереж.

Вправа «Складна розмова»

Студенти відпрацьовують:

- відкриті запитання;
- уточнення;
- перефразування;
- мотиваційні висловлювання.

Рефлексія. «Що руйнує довіру під час консультації?»

ЗАНЯТТЯ 3

Адаптація медичної інформації до різних категорій населення

Мінілекція

- принципи health literacy;
- правила спрощення медичної інформації;
- структурна організація просвітницьких повідомлень.

Практична вправа

Студентам пропонується текст про профілактику гіпертонії.

Необхідно створити три версії:

- для школярів;
- для працівників офісу;
- для осіб похилого віку.

Мікрогрупове завдання. Розроблення пам'ятки: «5 порад для здорового способу життя».

Рефлексія. «Які труднощі виникали під час адаптації тексту?»

ЗАНЯТТЯ 4

Лікар і суспільство: просвітницькі кампанії

Мінілекція

- інформаційні кампанії у громадському здоров'ї;
- особливості просування здоров'язбережувальної поведінки;
- соціальний маркетинг у медицині.

Симуляційний кейс. Група розробляє кампанію: «Запобігання серцево-судинним захворюванням».

Необхідно визначити:

- цільову аудиторію;
- ключове повідомлення;
- канали поширення інформації;
- критерії ефективності.

Вправа «30 секунд». Кожен студент створює коротке усне звернення до населення.

ЗАНЯТТЯ 5

Протидія медичній дезінформації

Мінілекція

- інформаційні ризики;
- фейки у сфері здоров'я;
- механізми переконання населення.

Практична вправа. Студенти отримують приклади фейкових повідомлень.

Необхідно:

- визначити ознаки недостовірності;
- підготувати аргументоване спростування.

Рольова практика. «Лікар пояснює пацієнту ризики самолікування».

Рефлексія. «Які аргументи працюють найкраще?»

ЗАНЯТТЯ 6

Створення просвітницького продукту

Практична робота. Кожна група створює:

- буклет;
- пам'ятку;
- сценарій відеоролика;
- інформаційний пост для соціальних мереж.

Тематика:

- вакцинація;
- здорове харчування;
- профілактика професійних захворювань;
- профілактика стресу.

Презентація проєктів

Оцінювання здійснюється за критеріями:

- наукова коректність;
- доступність;
- практичність рекомендацій;
- мовна грамотність;
- відповідність цільовій аудиторії.

Інтеграція тренінгу в освітні компоненти

Освітній компонент	Елементи тренінгу
ОК 28 Громадське здоров'я	Просвітницькі кампанії; здоров'язбережувальна поведінка; створення інформаційних матеріалів; аналіз цільових аудиторій
ОК 21 Дієтотерапія та раціональне харчування	Рольові консультації щодо зміни харчової поведінки; мотиваційне консультування; адаптація рекомендацій
ОК 46 Професійні хвороби	Моделювання профілактичних бесід із працівниками підприємств; створення пам'яток щодо виробничих ризиків
ОК 42 Епідеміологія	Протидія медичній дезінформації; просвітництво під час епідемічних загроз; підготовка інформаційних кампаній

Очікувані результати

Після проходження тренінгу студент здатний:

- визначати інформаційні потреби різних груп населення;
- здійснювати профілактичне консультування;
- адаптувати медичну інформацію до цільової аудиторії;
- створювати просвітницькі матеріали різних форматів;
- організовувати та реалізовувати просвітницькі кампанії;
- протидіяти поширенню медичної дезінформації;
- будувати довірливу комунікацію з пацієнтами та громадою.

Додаток Є

ПРИКЛАДИ КЕЙСІВ МЕДИЧНОГО ПРОСВІТНИЦТВА

Кейс 1. «Пацієнт із цукровим діабетом»

Опис ситуації. До сімейного лікаря звернувся пацієнт 52 років із нещодавно встановленим діагнозом цукрового діабету II типу. Пацієнт демонструє низьку мотивацію до зміни способу життя, не дотримується рекомендацій щодо харчування та вважає, що «таблеток достатньо для лікування». Під час консультації пацієнт повідомляє, що не має часу на фізичну активність через роботу.

Завдання для студентів:

- визначити основні ризики для здоров'я пацієнта;
- побудувати просвітницьку комунікацію;
- пояснити значення зміни способу життя;
- адаптувати медичну інформацію до рівня розуміння пацієнта;
- запропонувати мотиваційні стратегії.

Рефлексивні питання:

- Які труднощі виникли у поясненні?
- Чи вдалося сформулювати мотивацію до змін?
- Які комунікативні прийоми були найбільш ефективними?

Кейс 2 «Родина паліативного пацієнта»

Опис ситуації. Родичі паліативного пацієнта перебувають у стані емоційного виснаження та тривоги. Вони мають недостатньо знань щодо догляду за лежачим хворим, профілактики пролежнів та організації домашнього догляду. Родина демонструє страх перед можливим погіршенням стану пацієнта та уникає обговорення паліативної допомоги.

Завдання для студентів:

- визначити інформаційні потреби родини;
- підготувати алгоритм просвітницької консультації;
- сформулювати рекомендації щодо догляду;
- забезпечити психологічно безпечну комунікацію;
- продемонструвати емпатійний стиль взаємодії.

Практичне завдання. Розробити:

- інформаційну пам'ятку для родичів;
- коротку усну консультацію;
- алгоритм дій у разі погіршення стану пацієнта.

Кейс 3. «Просвітницька кампанія щодо вакцинації»

Опис ситуації. У соціальних мережах активно поширюється недостовірна інформація щодо небезпеки вакцинації. Частина батьків відмовляється вакцинувати дітей через страх ускладнень та недовіру до медичної системи.

Завдання для студентів:

- проаналізувати причини недовіри населення;
- визначити ризики медичної дезінформації;
- розробити просвітницьке повідомлення;
- підготувати відповіді на типові заперечення;
- сформулювати інформацію відповідно до принципів доказової медицини.

Форми роботи: створення буклета; підготовка допису для соцмереж; рольова гра «розмова з батьками»; моделювання публічного виступу лікаря.

Кейс 4. «Комунікація з тривожним пацієнтом»

Опис ситуації. Пацієнт після обстеження перебуває у стані вираженої тривоги, постійно шукає симптоми захворювання в інтернеті та сумнівається у достовірності результатів аналізів. Під час розмови пацієнт ставить багато повторюваних запитань та демонструє страх щодо можливого діагнозу.

Завдання для студентів:

- визначити психологічні особливості пацієнта;
- продемонструвати емпатійне професійне мовлення;
- пояснити інформацію у доступній формі;
- уникнути надмірної медикалізації комунікації;
- знизити рівень тривожності пацієнта.

Питання для аналізу: Які фрази можуть посилювати тривогу? Як підтримати довіру у взаємодії? Які елементи невербальної комунікації є важливими?

Кейс 5. «Медичні міфи із соціальних мереж»

Опис ситуації. Пацієнт відмовляється від лікування, посилаючись на інформацію з блогів та соціальних мереж. Він переконаний у ефективності «народних методів», «детоксикації організму» та альтернативних схем лікування.

Завдання для студентів

- проаналізувати вплив цифрової дезінформації;
- визначити ризики самолікування;
- побудувати аргументовану просвітницьку комунікацію;
- пояснити принципи доказової медицини;
- уникнути конфронтаційного стилю спілкування.

Практичне завдання. Підготувати: коротке відеопояснення; інформаційний допис; порівняльну таблицю «медичний міф / науковий факт»; алгоритм взаємодії з пацієнтом, який не довіряє лікарю.

Додаток Ж

РЕФЛЕКСИВНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Рефлексивні завдання спрямовані на усвідомлення майбутніми лікарями власної професійної позиції, особливостей комунікативної взаємодії, труднощів просвітницької діяльності та значення медичного просвітництва у сучасному суспільстві.

Блок 1. Рефлексія професійної ролі лікаря

1. Як змінилося моє розуміння ролі лікаря після ознайомлення з проблемами медичного просвітництва?
2. Чи вважаю я просвітницьку діяльність обов'язковою складовою професії сучасного лікаря? Чому?
3. Які якості, на мою думку, є необхідними для лікаря-просвітника?
4. Чи готовий я пояснювати складну медичну інформацію людям без медичної освіти?
5. Що для мене є найважчим у ролі лікаря-просвітника?
6. Чи здатний лікар впливати на зміну поведінки пацієнта лише за допомогою комунікації?
7. Які аспекти професійної взаємодії з пацієнтами викликають у мене найбільшу невпевненість?

Блок 2. Рефлексія комунікативної взаємодії

1. Які труднощі виникали у мене під час комунікації з пацієнтами?
2. Чи завжди мені вдавалося пояснювати інформацію зрозуміло та доступно?
3. Як я реаую на недовіру або спротив пацієнта?
4. Чи вмію я адаптувати професійне мовлення до віку, емоційного стану та рівня обізнаності співрозмовника?
5. Які комунікативні помилки я помітив(-ла) у власній взаємодії?
6. Що було найскладнішим у просвітницькій взаємодії?
7. Чи виникали ситуації, коли пацієнт неправильно зрозумів мої пояснення? Як я діяв(-ла)?
8. Які форми комунікації виявилися для мене найбільш ефективними?
9. Чи достатньо я враховував(-ла) емоційний стан пацієнта під час взаємодії?
10. Які способи підтримання довіри у спілкуванні я вважаю найбільш результативними?

Блок 3. Рефлексія просвітницької діяльності

1. Які теми медичного просвітництва є найбільш актуальними для сучасного суспільства?
2. Чому медична дезінформація є небезпечною?
3. Які труднощі можуть виникати під час просвітництва різних соціальних груп?
4. Чи може просвітництво впливати на профілактику захворювань?

5. Як сучасні соціальні мережі впливають на медичну грамотність населення?
6. Які ризики виникають у разі поширення псевдонаукової інформації?
7. Чому люди інколи більше довіряють блогерам, ніж лікарям?
8. Які просвітницькі формати є найбільш ефективними для молоді?
9. Як лікар може протидіяти медичним міфам?
10. Якою має бути сучасна медико-просвітницька комунікація?

Блок 4. Рефлексія емоційних труднощів професійної взаємодії

1. Які емоції виникали у мене під час складних професійних розмов?
2. Чи було мені важко говорити з пацієнтами про хворобу, страх або втрату?
3. Як я реаую на агресію, тривожність або паніку пацієнта?
4. Чи вмію я зберігати професійну рівновагу у складних комунікативних ситуаціях?
5. Які ситуації викликали у мене найбільше емоційне напруження?
6. Чи впливає емоційний стан лікаря на ефективність просвітницької взаємодії?
7. Які ресурси допомагають мені підтримувати психологічну стійкість?
8. Що допомагає формувати психологічно безпечну взаємодію з пацієнтом?

Блок 5. Рефлексія міждисциплінарної інтеграції

1. Які знання з психології виявилися корисними у просвітницькій діяльності?
2. Як педагогічні підходи допомагають лікарю пояснювати складну інформацію?
3. Чому сучасний лікар має володіти навичками комунікації?
4. Які міждисциплінарні знання є найбільш важливими для лікаря-просвітника?
5. Як поєднання медицини, психології та педагогіки впливає на якість взаємодії з пацієнтом?
6. Чи змінилося моє ставлення до комунікативної компетентності лікаря після проходження навчання?

Підсумкова рефлексія

1. Які професійні зміни відбулися зі мною у процесі підготовки до просвітницької діяльності?
2. Що я вважаю своїм найбільшим професійним досягненням у сфері просвітницької взаємодії?
3. Над якими навичками мені ще потрібно працювати?
4. Яким я бачу сучасного лікаря-просвітника?
5. Що я хотів(-ла) б удосконалити у власній професійній комунікації?
6. Які знання та навички, набуті під час підготовки, будуть найбільш корисними у моїй майбутній професійній діяльності?

Додаток З

ПРИКЛАДИ ПРОСВІТНИЦЬКИХ ПРОДУКТІВ, РОЗРОБЛЕНИХ СТУДЕНТАМИ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ІНФОРМАЦІЙНА ПАМ'ЯТКА

«Профілактика професійного вигорання медичних працівників»

Для кого. Для медичних працівників, інтернів, студентів-медиків, працівників закладів охорони здоров'я.

Мета: підвищення обізнаності щодо ознак професійного вигорання, формування навичок психологічного самозбереження та профілактики емоційного виснаження у професійній діяльності медичного працівника.

Що таке професійне вигорання?

Професійне вигорання – це стан емоційного, фізичного та психологічного виснаження, що виникає внаслідок тривалого професійного стресу, емоційного перевантаження та високого рівня відповідальності.

Основні ознаки професійного вигорання:

- постійна втома;
- емоційне виснаження;
- дратівливість;
- байдужість до пацієнтів;
- порушення сну;
- зниження мотивації;
- труднощі концентрації уваги;
- відчуття професійної безпорадності;
- психосоматичні прояви (головний біль, підвищений тиск, тахікардія).

Фактори ризику:

- надмірне професійне навантаження;
- чергування без повноцінного відпочинку;
- робота в умовах постійного стресу;
- емоційно складні пацієнти;
- високий рівень відповідальності;
- дефіцит психологічної підтримки;
- інформаційне перевантаження;
- недостатній баланс між роботою та особистим життям.

Основні рекомендації щодо профілактики вигорання

1. Дотримуйтесь режиму відпочинку

- плануйте перерви;

- відновлюйте сон;
- уникайте постійної професійної перевтоми.

2. Підтримуйте психологічні ресурси

- спілкуйтеся з близькими;
- не ізолюйте власні переживання;
- звертайтеся по психологічну допомогу за потреби.

3. Контролюйте емоційне навантаження

- не накопичуйте професійний стрес;
- використовуйте техніки саморегуляції;
- обмежуйте надмірне занурення у травматичний контент.

4. Дотримуйтесь здорового способу життя

- фізична активність;
- раціональне харчування;
- достатній рівень водного балансу;
- прогулянки та свіже повітря.

5. Формуйте професійні межі

- не переносьте професійні проблеми у приватне життя;
- розподіляйте навантаження;
- вчіться говорити «ні» надмірному перевантаженню.

Коли варто звернутися по допомогу?

Якщо ви:

- постійно відчуваєте виснаження;
- втратили інтерес до роботи;
- маєте труднощі зі сном;
- помічаєте емоційну байдужість;
- відчуваєте тривожність або пригніченість —
- не ігноруйте свій стан та зверніться по професійну підтримку.

Куди звертатися?

- психолог закладу охорони здоров'я;
- сімейний лікар;
- психотерапевт;
- служби психологічної підтримки медичних працівників;
- центри психічного здоров'я.

Пам'ятайте

Піклування про власне психічне здоров'я є важливою складовою професійної компетентності сучасного медичного працівника. Емоційно стабільний лікар здатний ефективніше допомагати пацієнтам та зберігати якість професійної діяльності.

Мінісценарій просвітницького виступу

Тема «Профілактика серцево-судинних захворювань»

Аудиторія: офісні працівники.

Мета: підвищення обізнаності щодо факторів ризику.

Структура:

- вступ;
- статистика;
- фактори ризику;
- прості профілактичні дії;
- питання аудиторії.

«Приклад вступної фрази лікаря»

«Більшість серцево-судинних захворювань розвиваються непомітно, але значна частина факторів ризику залежить від нашого способу життя».

Алгоритм консультативної взаємодії

(Алгоритм консультування пацієнта щодо зміни харчової поведінки)

Етапи:

1. Встановлення контакту.
2. З'ясування харчових звичок.
3. Виявлення факторів ризику.
4. Пояснення наслідків.
5. Формування мотивації.
6. Спільне визначення змін.
7. Підтримка та зворотний зв'язок.

Таблиця «Як говорити / як НЕ говорити»

Неефективна комунікація	Професійна просвітницька комунікація
«Ви самі винні»	«Спробуймо разом знайти спосіб покращити ситуацію»
«Це дурниці»	«Я розумію Ваші переживання»
«Не читайте інтернет»	«Давайте розглянемо достовірні джерела інформації»

Структура консультації для різних аудиторій

Аудиторія	Особливості пояснення
Літні люди	повільний темп, повторення
Підлітки	візуалізація, короткі повідомлення
Родичі паліативного пацієнта	емпатійність
ВПО	психологічна стабілізація

Додаток I

МАТРИЦЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Розроблена матриця відображає логіку реалізації науково-педагогічної технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції. Вона демонструє взаємозв'язок тематичних міждисциплінарних блоків із освітніми компонентами, інтегрованим змістом навчання, видами практичної діяльності студентів, методами навчання та компонентами готовності, що формуються у процесі професійної підготовки.

Міждисциплінарний тематичний блок	Освітні компоненти, що інтегруються	Інтегрований зміст підготовки	Практична діяльність студентів	Методи навчання	Компоненти готовності, що формуються
Просвітництво здорової людини	Громадське здоров'я, Гігієна та екологія, Медична психологія, Соціальна медицина	здоровий спосіб життя; профілактика захворювань; фактори ризику; формування медичної грамотності населення	розроблення буклетів, пам'яток, відеороликів; проведення інформаційних кампаній	проблемні лекції, кейси, проєктне навчання, аналіз просвітницьких матеріалів	мотиваційний, змістово-комунікативний
Просвітництво з реабілітації	Реабілітаційна медицина, Неврологія, Травматологія, Медична психологія	реабілітація; психоемоційна підтримка; адаптація пацієнта; взаємодія з родиною	створення програм просвітництва для пацієнтів та їхніх родин	ситуаційне моделювання, рольові ігри, аналіз клінічних випадків	змістово-комунікативний, організаційний
Особливості догляду	Паліативна медицина, Медсестринство, Основи догляду за хворими, Медична етика	домашній догляд; профілактика ускладнень; навчання родичів; етичні аспекти взаємодії	проведення практичних міні-тренінгів; створення алгоритмів догляду	тренінги, демонстрації, практичні вправи	організаційний
Особливі аудиторії	Педіатрія, Геронтологія, Соціальна медицина, Психологія	вікові особливості сприйняття інформації; медична грамотність різних соціальних груп; інклюзивна комунікація	адаптація просвітницьких матеріалів до різних категорій населення	аналіз ситуацій, робота в малих групах, взаємоекспертиза	змістово-комунікативний
Комунікація	Медична психологія, Медична етика	професійна комунікація; робота із	проведення просвітницьких заходів;	дискусії, дебати, сторітелінг,	мотиваційний, змістово-комунікативний

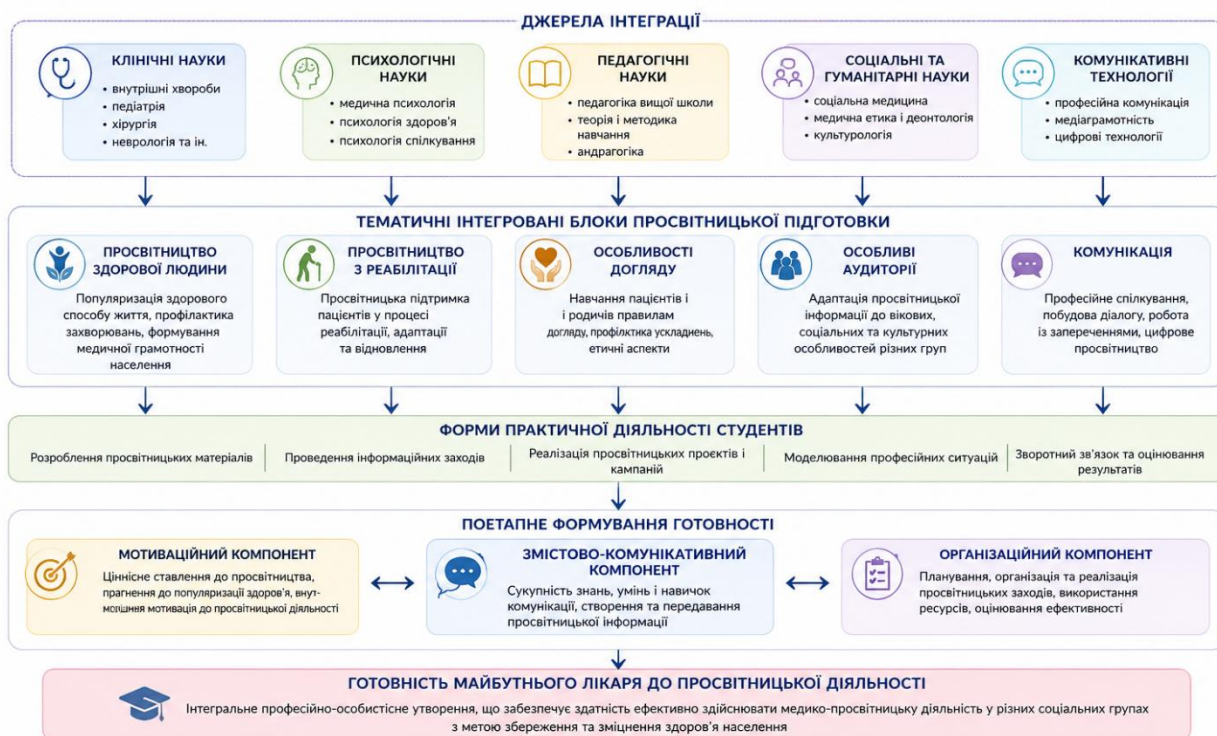
	деонтологія, Основи доказової медицини	запереченнями ; аргументація; медична інформація в цифровому просторі	моделювання діалогу з аудиторією; організація зворотного зв'язку	тренінги, відеоаналіз	організаційний
--	---	--	---	--------------------------	----------------

Пояснення до матриці

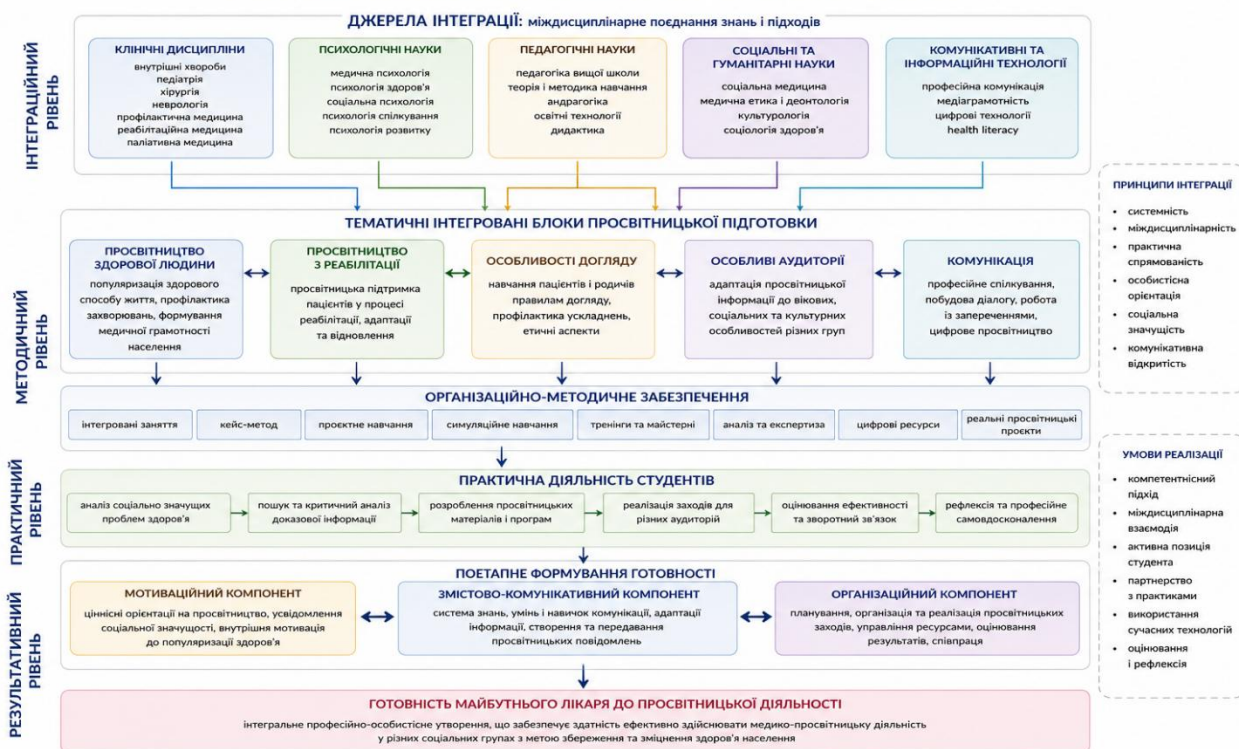
Міждисциплінарна інтеграція забезпечувала не механічне поєднання навчальних дисциплін, а цілеспрямоване об'єднання їхнього змісту навколо соціально значущих проблем громадського здоров'я. Кожний тематичний блок інтегрував клінічні, психологічні, педагогічні та комунікативні знання, що створювало умови для формування цілісної готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Практична реалізація матриці здійснювалася через виконання студентами комплексних просвітницьких проєктів, моделювання професійних ситуацій, проведення інформаційно-просвітницьких кампаній, створення друкованих й цифрових інформаційних продуктів, організацію зворотного зв'язку з різними цільовими аудиторіями та їх експертне оцінювання. Саме така інтеграція змісту, методів і практичної діяльності забезпечувала взаємопов'язане формування мотиваційного, змістово-комунікативного та організаційного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

СХЕМА МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ у підготовці майбутніх лікарів до просвітницької діяльності



КАРТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ у процесі підготовки майбутніх лікарів до провітницької діяльності



РЕЗУЛЬТАТИВНИЙ РІВЕНЬ

ПОЕТАПНЕ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ

МОТИВАЦІЙНИЙ КОМПОНЕНТ
 ціннісні орієнтації на просвітництво, усвідомлення соціальної значущості, внутрішня мотивація до популяризації здоров'я

ЗМІСТОВО-КОМУНІКАТИВНИЙ КОМПОНЕНТ
 система знань, умінь і навичок комунікації, адаптації інформації, створення та передавання просвітницьких повідомлень

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМПОНЕНТ
 планування, організація та реалізація просвітницьких заходів, управління ресурсами, оцінювання результатів, співпраця

ГОТОВНІСТЬ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ ДО ПРОСВІТНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

інтегральне професійно-особистісне утворення, що забезпечує здатність ефективно здійснювати медико-просвітницьку діяльність у різних соціальних групах з метою збереження та зміцнення здоров'я населення

ПРИНЦИПИ ІНТЕГРАЦІЇ

- системність
- міждисциплінарність
- практична спрямованість
- особистісна орієнтація
- соціальна значущість
- комунікативна відкритість

УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ

- компетентнісний підхід
- міждисциплінарна взаємодія
- активна позиція студента
- партнерство з практиками
- використання сучасних технологій
- оцінювання і рефлексія

Додаток К

Паспорт тематичних міждисциплінарних блоків у процесі підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності

Тематичний блок, мета	Інтегровані дисципліни	Ключові змістові акценти	Форми навчальної та практичної діяльності	Просвітницькі продукти (приклади)	Цільова аудиторія	Компоненти готовності, що формуються
ПРОСВІТНИЦТВО ЗДОРОВОЇ ЛЮДИНИ Формування готовності до популяризації здорового способу життя	Громадське здоров'я, Гігієна та екологія, Соціальна медицина, Медична психологія, Основи доказової медицини	- фактори ризику неінфекційних захворювань; - профілактика; - культура здоров'я; - мотивація до зміни поведінки; - медична грамотність	- створення буклетів, інфографік; - проведення лекцій та воркшопів; - моделювання мотиваційного консультування; - інформаційні кампанії	Буклети, відеоролики, пам'ятки, постери, презентації для лекцій	Молодь, працездатне населення, населення громади	Мотиваційний, змістово-комунікативний
ПРОСВІТНИЦТВО З РЕАБІЛІТАЦІЇ Формування готовності до інформування про можливості та принципи реабілітації	Фізична та реабілітаційна медицина, Неврологія, Ортопедія і травматологія, Психіатрія, Психологія реабілітації, Соціальна медицина	- принципи реабілітації; - відновлення функцій і якості життя; - фізична активність; - психологічна підтримка; - соціальна адаптація	- розроблення планів реабілітаційної освіти; - тренінги з інформування пацієнтів; - створення інформаційних матеріалів; - зустрічі з пацієнтами та фахівцями	Буклети, відеоінструкції, інфографіки, пам'ятки для пацієнтів і родин, чек-листи	Пацієнти на реабілітації, люди з хронічними захворюваннями, доглядальники, члени родин	Змістово-комунікативний, організаційний
ОСОБЛИВОСТІ ДОГЛЯДУ Формування готовності до навчання основам догляду в домашніх умовах	Хірургія, Внутрішня медицина, Сестринська справа, Геронтологія, Паліативна медицина, Медична психологія	- базові навички догляду; - профілактика ускладнень; - безпека пацієнта; - етичні аспекти догляду; - підтримка родини	- демонстрація практичних навичок; - майстер-класи; - розроблення інструкцій та алгоритмів; - симуляційне навчання	Пам'ятки, інструкції з догляду, відеопоради, алгоритми, чек-листи для родичів	Пацієнти, що потребують догляду, літні люди, родичі, соціальні працівники	Змістово-комунікативний, організаційний
ОСОБЛИВІ АУДИТОРІЇ Формування готовності до просвітницької діяльності з урахуванням потреб різних груп населення	Педіатрія, Акушерство і гінекологія, Психіатрія, Медична психологія, Сурологія і логопедія, Соціальна медицина, Етика та деонтологія	- вікові та соціальні особливості; - інклюзивний підхід; - комунікація з вразливими групами; - культурна чутливість; - адаптація інформації	- розроблення адаптованих матеріалів; - рольові ігри; - робота з кейсами; - партисипативні методи навчання	Адаптовані буклети, відео для різних вікових і соціальних груп, постери, ігрові матеріали, аудіоматеріали	Діти та підлітки, вагітні жінки, люди похилого віку, люди з інвалідністю, мігранти, малозабезпечені групи населення	Мотиваційний, змістово-комунікативний, організаційний
КОМУНІКАЦІЯ Формування готовності до ефективної медичної комунікації та взаємодії з аудиторією	Медична етика та деонтологія, Психологія спілкування, Основи теорії комунікації, Інформаційні технології в медицині	- комунікативні навички; - активне слухання; - подолання комунікативних бар'єрів; - побудова довіри; - цифрова комунікація	- тренінги комунікативних навичок; - моделювання складних комунікацій; - створення цифрового контенту; - аналіз комунікативних ситуацій	Сценарії бесід, відеоролики, подкасти, пости для соцмереж, інтерактивні презентації	Пацієнти, родини, громада, медичні працівники, студентська молодь	Змістово-комунікативний, організаційний

Додаток Л

Конструктор просвітницького проєкту (покрокова модель розроблення й реалізації)

Етап	Мета етапу	Ключові дії	Інструменти та методи	Очікуваний результат	Продукти етапу (приклад)	Компоненти готовності, що формуються
1. Ініціація проєкту	Визначення проблеми та доцільності просвітницького втручання	- аналіз потреб цільової аудиторії; - виявлення актуальної медико-соціальної проблеми; - визначення соціальної значущості проєкту; - формулювання проблеми ідеї проєкту	Аналіз літератури, опитування, інтерв'ю, спостереження, SWOT-аналіз	Сформульована проблема, обґрунтована актуальність та доцільність проєкту	Звіт про потреби аудиторії, аналіз ситуації, формулювання проблеми та ідеї проєкту	Мотиваційний, змістово-комунікативний
2. Планування проєкту	Визначення цілей, завдань і стратегії реалізації проєкту	- постановка мети та конкретних завдань; - визначення цільової аудиторії; - вибір формату просвітницької діяльності; - планування ресурсів, партнерів, термінів реалізації	SMART-методика, матриця планування, логічна модель проєкту	Чіткий план проєкту, визначені цілі, завдання, ресурси і строки	Паспорт проєкту, план-графік реалізації, матриця цілей і завдань	Організаційний, змістово-комунікативний
3. Розроблення змісту та матеріалів	Створення змісту просвітницького повідомлення та матеріалів	- підбір і структурування інформації; - адаптація медичного контенту до рівня медичної грамотності аудиторії; - розроблення текстових та візуальних матеріалів; - підготовка сценарію заходу/кампанії	Принципи health literacy, сторітелінг, дизайн-мислення, Canva, Genially, відеоредактори, чат-боти	Якісний, зрозумілий і привабливий контент, адаптований до аудиторії	Буклети, інфографіки, відеоролики, презентації, пости для соцмереж, сценарій заходу	Змістово-комунікативний, організаційний
4. Пілотування	Перевірка ефективності та зрозумілості матеріалів і формату	- апробація матеріалів і заходів на фокус-групі; - збір зворотного зв'язку; - внесення коректив до змісту та формату	Фокус-групи, анкетування, експертна оцінка, UX-тестування	Удосконалені матеріали та формат заходів відповідно до потреб аудиторії	Протокол пілотного тестування, оновлені матеріали, рекомендації	Рефлексивний, змістово-комунікативний
5. Реалізація проєкту	Проведення просвітницьких заходів та інформаційної кампанії	- організація заходів (лекцій, воркшопів, тренінгів, флешмобів тощо); - поширення інформаційних матеріалів; - взаємодія з партнерами та медіа; - забезпечення характеру участі аудиторії	Офлайн/онлайн заходи, соціальні мережі, платформи для вебінарів, інтерактивні методи (квізи, опитування тощо)	Проведені заходи, поширені матеріали, залучена аудиторія	Проведені заходи, публікації в соцмережах, відеозаписи, статистика охоплення	Організаційний, змістово-комунікативний, мотиваційний
6. Оцінювання результатів	Визначення ефективності проєкту та досягнення поставлених цілей	- оцінювання знань, ставлень і поведінки аудиторії; - аналіз кількісних і якісних показників; - порівняння з базовим рівнем (за потреби); - визначення сильних і слабких сторін	Анкетування, тести, інтерв'ю, аналіз даних, метод «до-після»	Оцінено ефективність, визначено досягнення цілей і вплив проєкту	Звіт про результати, аналітична довідка, статистичні показники	Рефлексивний, змістово-комунікативний
7. Рефлексія та корекція	Аналіз досвіду та вдосконалення майбутніх проєктів	- аналіз отриманих результатів; - визначення висновків і рекомендацій; - планування можливого продовження або масштабування проєкту	Рефлексивні сесії, метод «Lessons learned», SWOT-аналіз проєкту	Пропозиції щодо вдосконалення та розвитку проєкту	Підсумковий звіт, рекомендації, план покращення чи продовження проєкту	Рефлексивний, організаційний, мотиваційний
8. Поширення та сталість	Забезпечення довготривалого впливу та поширення досвіду	- презентація результатів проєкту; - публікації та виступи; - передача матеріалів іншим організаціям; - інтеграція у навчальний процес	Презентації, конференції, публікації, партнерські мережі, електронні ресурси	Поширений досвід, інтеграція у практику, стійкий ефект	Презентації, брошури, методичні рекомендації, репозиторій матеріалів	Організаційний, змістово-комунікативний

Додаток М
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

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

1. Осінній І.А. Особливості підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у межах профільного навчання. *Новий колегіум*, 2025. Т. 4. № 120. С. 31–36. URL: <https://doi.org/10.34142/nc.2025.4.31>

2. Осінній І. А. Реалізація технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарного підходу. *Педагогічна Академія: наукові записки*, 2026. № 28. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19357133>

3. Осінній І.А. Структура просвітницької діяльності лікаря. *Інноваційна педагогіка*, 2025. Вип. 82. Том 2. С. 127–130. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/82.2.22>

4. Осінній І.А. Модель підготовки до просвітницької діяльності майбутніх лікарів. *Педагогічна академія: Наукові записки*, 2025. № 18. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15577715>

5. Осінній І.А. Суть просвітницької діяльності лікаря. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*, 2024. Вип. 92. С. 200–204. URL: <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.92.33>

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Осінній І.А. Щодо просвітницької діяльності лікаря: зміст, функції. *Наука та освіта в умовах викликів сьогодення* : матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Чернігів, 16 грудня 2023 р). Міжнародний гуманітарний дослідницький Research Europe, 2023. С. 191–193. URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2023/12/re-16.12.2023.pdf>

7. Осінній І.А. Медико-психологічна просвітницька діяльність лікарів. *Практична психологія у сучасному вимірі*: матер. XV Міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпро, 26 березня 2024 р.). Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля, 2024. С. 229–231. URL: https://duan.edu.ua/wp-content/uploads/2024/04/3birnyk-2024-psykholohy_.pdf

8. Осінній І.А. Міждисциплінарний підхід до просвітницької діяльності лікаря. *Актуальні проблеми педагогічної освіти: новації, досвід та перспективи* : матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю (Запоріжжя, 20 квітня 2024 р.). Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. С. 131 – 133.

9. Осінній І.А. Міждисциплінарна інтеграція у підготовці майбутніх лікарів. *Сучасні тенденції в українській і світовій гуманітаристиці*: матер. I Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 07 листопада 2024 р.). Харків: ХНАДУ, 2024. С. 93–95. URL: <https://dspace.khadi.kharkov.ua/handle/123456789/21951>

10. Осінній І.А. Технологічний підхід організації підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності *Тенденції розвитку педагогіки та освіти в умовах цифрових трансформацій (ByteEd 2025)* : матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (Харків, 17-19 квітня 2025 р.). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. С. 180–183. <https://drive.google.com/file/d/1Ph-4SjIPNThBb1virz74KkO5nrsUQ3yb/view>

11. Осінній І.А. Аспекти медичного просвітництва під час війни. *Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки*: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 6-7 червня 2025 р.). Одеса: Видавництво «Молодий вчений», 2025. С. 48–50. URL: <https://molodyivchenyi.ua/omp/index.php/conference/catalog/view/142/2177/4541-1>

ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ДНІПРОВСЬКИЙ ІНСТИТУТ МЕДИЦИНИ
ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»



PRIVATE ESTABLISHMENT OF HIGHER EDUCATION
«DNIPRO INSTITUTE OF MEDICINE
AND PUBLIC HEALTH»

Від 03.10.24 № 295

на № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Осіннього Івана Анатолійовича
«Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної
інтеграції»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 015 Професійна освіта (за спеціалізаціями)**

Результати дисертаційного дослідження Осіннього Івана Анатолійовича впроваджено в освітній процес Приватного закладу вищої освіти «Дніпровський інститут медицини та громадського здоров'я» під час підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за освітньо-професійною програмою «Медицина» спеціальності 222 Медицина галузі знань 22 Охорона здоров'я упродовж 2021–2025 років.

У процесі дослідно-експериментальної роботи було експериментально перевірено науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності. Дана технологія передбачала цілеспрямоване поєднання змістового, процесуального та організаційного компонентів професійної підготовки майбутніх лікарів, що забезпечувало інтеграцію медичних, психолого-педагогічних і комунікативних знань, умінь та досвіду просвітницької діяльності.

Технологію реалізовано шляхом інтеграції змісту обов'язкових і вибіркових освітніх компонентів, розроблення міждисциплінарних тематичних модулів, використання інтерактивних форм навчання, практикоорієнтованих завдань, моделювання просвітницьких ситуацій професійної діяльності лікаря, виконання командних проєктів, тренінгової підготовки та організації рефлексивного аналізу результатів навчання.

У межах експериментальної роботи створено міждисциплінарні тематичні модулі за напрямками: просвітництво здорової людини; просвітництво у сфері реабілітації пацієнтів; просвітництво щодо особливостей догляду за пацієнтом; просвітництво для різних соціальних аудиторій; медико-соціальна комунікація.

Науково-педагогічна технологія передбачала цілеспрямоване поєднання змістового, процесуального та організаційного компонентів професійної підготовки майбутніх лікарів, що забезпечувало інтеграцію медичних, психолого-педагогічних і комунікативних знань, умінь та досвіду просвітницької діяльності.

З метою реалізації наукового експерименту було створено умови для пілотажного та експериментального регулярного опитування, педагогічного спостереження та моніторингу результатів якісної зміни компетенцій майбутніх лікарів з огляду на їхню компетентність щодо просвітницької діяльності з медико-соціальних тем для різних аудиторій споживачів.

На різних етапах педагогічного експерименту було залучено 94 здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти, які були розподілені на експериментальну (51 особа) та контрольну (43 особи) групи. У ході дослідження здійснювалися педагогічне спостереження, анкетування, експертне оцінювання, моніторинг динаміки сформованості готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності та статистична перевірка отриманих результатів.

Результати експериментальної перевірки підтвердили ефективність запропонованої науково-педагогічної технології та засвідчили позитивну динаміку сформованості мотиваційного, когнітивного, діяльнісного й рефлексивного компонентів готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції.

Матеріали дисертаційного дослідження використовуються в освітньому процесі під час викладання дисциплін професійної підготовки, організації практичної підготовки здобувачів освіти, розроблення навчально-методичного забезпечення та проведення навчально-методичної роботи з науково-педагогічними працівниками.

Практичні результати дослідження рекомендовано для використання у закладах вищої медичної освіти під час підготовки майбутніх лікарів до здійснення просвітницької діяльності.

Ректор ДІМГЗ



Тетяна ЛЕЩЕВА

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково – педагогічної роботи
Дніпровського державного медичного університету



Сергій ЗАХАРОВ

1 червня 2026р.

Акт впровадження

1. **Пропозиція для впровадження:** «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції».
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:** ВНЗ «Університет імені Альфреда Нобеля», кафедра психології та педагогіки, аспірант Осінній Іван Анатолійович
3. **Джерело інформації:** Осінній Іван. Особливості підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності у межах профільного навчання. *Новий колегіум*, 2025. Т.4 № 120. С. 31 – 36. <https://doi.org/10.34142/nc.2025.4.31> Осінній І. А. Реалізація технології підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарного підходу. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2026, № 28. <https://doi.org/10.5281/zenodo.19357133> Осінній Іван. Структура просвітницької діяльності лікаря. *Інноваційна педагогіка*, 2025. Вип. 82. Том 2. С. 127 – 130. <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/82.2.22> Осінній Іван. Модель підготовки до просвітницької діяльності майбутніх лікарів. *Педагогічна академія: Наукові записки*. № 18 (2025). <https://doi.org/10.5281/zenodo.15577715> Осінній І.А. Суть просвітницької діяльності лікаря. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах* *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах* Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2024. Вип. 92. 236 с. С. 200 – 204. <https://doi.org/10.32782/1992-5786.2024.92.33>
4. **Впроваджено:** науково-педагогічну технологію підготовки майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції з метою модернізації змісту освітніх програм за спеціальністю 222 «Медицина» на рівні магістратури
5. **Базова установа, яка проводить впровадження:** кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету
6. **Термін впровадження:** 01.09.25 – 29.05.26
7. **Форма впровадження:** в освітній процес – в матеріали лекцій, практичних занять, наукову роботу кафедри.

8. **Зауваження та пропозиції:** не виносилися. Обговорено і затверджено на засіданні кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, протокол № 11 від 29.05.2026

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри психіатрії,
наркології і медичної психології
Дніпровського державного медичного
університету, доктор медичних наук,
професор



Вікторія ОГОРЕНКО



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ			
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ			
(УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ)			
вул. Незалежності, 29, м.Дніпро, 49089, тел.(056) 792-46-36, e-mail: lik@dmu.edu.ua Код ЄДРПОУ 02010681			
к 03 » 08 2026	№ 668		від

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Осіннього Івана Анатолійовича
на тему «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на
zasadaх міждисциплінарної інтеграції» на здобуття наукового ступеня
доктора філософії за спеціальністю 015 Професійна освіта (за
спеціалізаціями)

Цією довідкою засвідчується, що результати дисертаційного дослідження Осіннього Івана Анатолійовича на тему «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції» впроваджено в систему внутрішнього професійного навчання медичних працівників і практику просвітницького супроводу пацієнтів Університетської лікарні Дніпровського державного медичного університету.

У межах упровадження Осіннім Іваном Анатолійовичем організовано та проведено для медичних працівників лікарні навчально-практичний семінар «Просвітницька взаємодія лікаря з пацієнтом і членами його родини: доступність інформації, довіра, прихильність до лікування». Семінар було спрямовано на вдосконалення просвітницько-комунікативної компетентності медичних працівників, розвиток умінь адаптувати доказову медичну інформацію до рівня медичної грамотності, віку, емоційного стану та індивідуальних потреб пацієнтів.

Під час семінару розглянуто просвітницьку діяльність як невід'ємну складову професійної діяльності сучасного лікаря; опрацьовано принципи patient education, health literacy, пацієнтоорієнтованої взаємодії та спільного ухвалення рішень. Практичну частину було присвячено застосуванню методу teach-back для перевірки правильності розуміння пацієнтом отриманої інформації, способам пояснення режиму лікування та правил приймання лікарських засобів, профілактики можливих ускладнень, підготовки до діагностичних і лікувальних процедур, а також організації просвітницької взаємодії із членами родини пацієнта.

У практику роботи лікарні впроваджено елементи розробленої автором моделі просвітницької взаємодії лікаря з цільовою аудиторією. Запропонований підхід передбачає визначення інформаційних потреб пацієнта, добір і адаптацію доказового медичного змісту, доступне представлення рекомендацій, організацію діалогічної взаємодії, перевірку правильності розуміння отриманої

інформації, надання матеріалів для подальшого самостійного використання та одержання зворотного зв'язку.

Під час внутрішнього професійного навчання медичних працівників використано розроблені автором клініко-комунікативні кейси, що відображають типові ситуації просвітницької взаємодії: недостатнє розуміння пацієнтом призначеного лікування, недотримання рекомендацій, побоювання щодо діагностичних або лікувальних процедур, нерозуміння правил подальшого догляду, вплив медичної дезінформації, а також труднощі взаємодії із членами родини пацієнта. Аналіз кейсів спрямовувався на відпрацювання доступного пояснення медичної інформації, реагування на заперечення і тривогу, підтримання партнерської комунікації та формування відповідального ставлення пацієнта до власного здоров'я.

Медичним працівникам надано розроблені в межах дисертаційного дослідження методичні матеріали: алгоритм підготовки і проведення просвітницької консультації; чек-лист оцінювання її змісту та організації; рекомендації щодо застосування методу teach-back; критерії експертизи медико-просвітницьких матеріалів за показниками доказовості, медичної коректності, доступності, практичної спрямованості та етичності; шаблони коротких пам'яток і алгоритмів дій для пацієнтів та членів їхніх родин.

Запропоновані підходи й матеріали використовуються під час внутрішніх навчальних заходів, клінічних обговорень, індивідуального консультування пацієнтів і членів їхніх родин, а також підготовки рекомендацій для самостійного виконання після завершення консультації або лікування.

Упровадження результатів дисертаційного дослідження сприяло систематизації просвітницької роботи медичних працівників, удосконаленню навичок адаптації професійної інформації до індивідуальних особливостей пацієнтів, підвищенню доступності медичних рекомендацій, розвитку практик зворотного зв'язку та посиленню пацієнтоорієнтованого характеру професійної взаємодії.

Розроблені матеріали становлять практичну цінність для внутрішнього професійного навчання медичних працівників, наставництва молодих фахівців і подальшого вдосконалення просвітницько-комунікативної діяльності Університетської лікарні Дніпровського державного медичного університету.

З повагою,
В.о Медичного Директора
Університетської лікарні



Дмитро БАЛИК

**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ФЕМІЛІ ВІЖН»
(ТОВ «ФЕМІЛІ ВІЖН»)**

Україна, 49000, Дніпропетровська обл., м. Дніпро, вул. Словацького Юліуша, буд. 14
тел.: 0-800-300-825
email: info@family-vision.com сайт: family-vision.com

вих №4-07/2026 від «28» липня 2026 року

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Осіннього Івана Анатолійовича
на тему «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на
заасах міждисциплінарної інтеграції»
на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю
015 Професійна освіта (за спеціалізаціями)

Цією довідкою засвідчується, що результати дисертаційного дослідження Осіннього Івана Анатолійовича на тему «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на заасах міждисциплінарної інтеграції» впроваджено в систему внутрішнього професійного навчання медичних працівників і просвітницько-комунікативну діяльність медичного центру «Family Vision».

У межах упровадження Іваном Осіннім проведено навчально-практичний семінар «Офтальмолог як просвітник: зрозуміла інформація, партнерська взаємодія та відповідальна поведінка пацієнта». Семінар було спрямовано на вдосконалення просвітницько-комунікативної компетентності лікарів, формування вмінь адаптувати доказову медичну інформацію до віку, рівня медичної грамотності, емоційного стану та інформаційних потреб різних категорій пацієнтів.

Під час семінару опрацьовано сучасні підходи до пацієнтоорієнтованої просвітницької взаємодії, зокрема принципи patient education і health literacy, метод teach-back, елементи спільного ухвалення рішень, способи перевірки правильності розуміння пацієнтом отриманих рекомендацій, а також особливості комунікації з дітьми, батьками, дорослими пацієнтами та особами літнього віку. Окрему увагу приділено роботі зі страхом, недовірою, запереченнями та медичною дезінформацією.

У просвітницько-комунікативну діяльність закладу впроваджено окремі елементи розробленої автором моделі просвітницької взаємодії лікаря з цільовою аудиторією, що передбачає визначення інформаційних потреб пацієнта, добір і адаптацію доказового змісту, створення зрозумілого просвітницького продукту, організацію діалогічної взаємодії, забезпечення зворотного зв'язку та надання практичних рекомендацій для самостійного виконання після завершення консультації.

На основі розроблених автором критеріїв проведено експертизу та змістову адаптацію інформаційних матеріалів для пацієнтів. Під час оцінювання враховувалися доказовість і медична коректність інформації, доступність викладу, відповідність віковим та індивідуальним особливостям цільової

аудиторії, етичність формулювань, відсутність маніпулятивного впливу, а також наявність зрозумілого алгоритму подальших дій.

За участю автора підготовлено та рекомендовано до використання під час консультування пацієнтів і проведення інформаційної роботи закладу медико-просвітницькі матеріали за такими напрямками: профілактика зорового перевантаження під час використання цифрових пристроїв; значення регулярних профілактичних оглядів для своєчасного виявлення порушень зору; підготовка дитини до офтальмологічного обстеження; правила виконання рекомендацій лікаря-офтальмолога та відповідального ставлення пацієнта до збереження зору.

Практичне використання запропонованих підходів і матеріалів сприяло систематизації просвітницького супроводу пацієнтів, удосконаленню вмінь медичних працівників доступно пояснювати спеціалізовану інформацію, організовувати зворотний зв'язок і враховувати особливості різних цільових аудиторій. Упроваджені матеріали становлять практичну цінність для подальшого розвитку пацієнтоорієнтованої комунікації та підвищення якості інформаційно-просвітницької діяльності медичного закладу.

Директор ТОВ «Фемілі Віжн»

Світлана УСТИМЕНКО





ДНІПРОВСЬКЕ МІСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ТОВАРИСТВА «ПРОСВІТА» ім. ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

№35 від 19 червня 2026 року

Довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження Осіннього Івана Анатолійовича на тему «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції» на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 015 Професійна освіта (за спеціалізаціями)

Цією довідкою засвідчується, що результати дисертаційного дослідження на тему «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної інтеграції», автором якого Осінній Іван Анатолійович, були впроваджені в діяльність Дніпровського міського об'єднання ВТ «ПРОСВІТА» ім. ТАРАСА ШЕВЧЕНКА.

У рамках впровадження авторка дисертації провела навчально-методичний семінар-практикум «Підготовка майбутніх лікарів до просвітницької діяльності на засадах міждисциплінарної взаємодії» для викладачів медичних закладів фахової передвищої та вищої освіти. Даний семінар-практикум було спрямовано на підвищення міждисциплінарної компетентності викладачів медичних закладів фахової передвищої та вищої освіти щодо проєктування та реалізації освітнього процесу, спрямованого на формування готовності майбутніх лікарів до просвітницької діяльності.

Крім того, учасникам семінару-практикуму були надані методичні матеріали для проведення зі студентами медичних спеціальностей авторського тренінгу «Лікар як просвітник: комунікація, взаємодія, довіра». Завдання тренінгу: сформувати у майбутніх медичних працівників уявлення про просвітницьку роль лікаря; розвинути навички медичної комунікації з різними цільовими аудиторіями; навчити адаптувати медичну інформацію до рівня підготовки пацієнтів; сформувати навички протидії медичній дезінформації; удосконалити вміння проводити профілактичне консультування; розвинути здатність створювати просвітницькі матеріали; сформувати навички рефлексії власної комунікативної діяльності.

Голова Дніпровського міського об'єднання
ВТ «ПРОСВІТА» ім. ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

Сергій Тютюнник



+380 96 1732537



prosvitadnipro@gmail.com



м. Дніпро,
вул. Ливарна, 9

ПРОТОКОЛ
створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 09:06:56 07.08.2026

Назва файлу з підписом:

Дисертація_Осіннього_Івана_b194a7c8-9571-4f7e-8642-c1470f4835bd.pdf.asice

Розмір файлу з підписом: 6.0 МБ

Перевірені файли:

Назва файлу без підпису: Дисертація_Осіннього_Івана_b194a7c8-9571-4f7e-8642-c1470f4835bd.pdf

Розмір файлу без підпису: 6.7 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: ОСІННІЙ ІВАН АНАТОЛІЙОВИЧ

П.І.Б.: ОСІННІЙ ІВАН АНАТОЛІЙОВИЧ

Країна: Україна

РНОКПП: 2913203197

Організація (установа): ДО ДДМУ

Код ЄДРПОУ: 02010681

Посада: СПІВРОБІТНИК

Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 09:06:50 07.08.2026

Сертифікат виданий: КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Серійний номер: 5E984D526F82F38F040000009D0FBA0106014C07

Алгоритм підпису: ДСТУ 4145

Тип підпису: Удосконалений

Тип контейнера: Підпис та дані в архіві (розширений) (ASiC-E)

Формат підпису: З повними даними для перевірки (XAdES-B-LT)

Сертифікат: Кваліфікований

Версія від: 2026.07.08 13:00