

УДК 316.62:005.336.2:616-051:616-052
DOI 10.32999/ksu2312-3206/2019-1-40

СОЦІАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ФАКТОР ПРОДУКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ

Лимар Л.В., к. психол. н.,
доцент кафедри іноземних мов
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У роботі визначено поняття соціальної компетентності лікаря, яка представлена знаннями, уміннями та навичками продуктивної взаємодії в медичному середовищі в процесі лікування, спрямованими на покращення стану пацієнта. Зазначено, що соціальна компетентність лікаря є необхідним компонентом його успішної професійної ефективності. Показано, що соціальна компетентність лікаря охоплює такі функції: пізнавальну, діяльнісно-прикладну, адаптаційно-орієнтаційну, організаційно-діяльнісну, орієнтаційну та рольову. Визначено основні моделі соціальної компетентності лікаря: професійно-робочу, поведінкову, бізнес-модель, мотиваційно-когнітивну та комплексну, з переважанням професійно-робочої в державних медичних закладах та бізнес-моделі з мотиваційно-когнітивною моделлю в приватних медичних закладах України.

Ключові слова: соціальна компетентність, лікар, взаємодія, «лікар–пацієнт», моделі.

Лымарь Л.В. СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА КАК ФАКТОР ПРОДУКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

В работе определено понятие социальной компетентности врача, представленной знаниями, умениями и навыками взаимодействия в медицинской среде, направленной на улучшение состояния пациента. Анализ литературы показал, что социальная компетентность является необходимым компонентом успешно-го профессионального взаимодействия. Показано, что социальная компетентность врача охватывает такие функции: познавательную, деятельно-прикладную, адаптационно-организационную, организационно-деятельную, ориентационную и рольовую. Определены основные модели социальной компетентности врача: профессионально-рабочая, поведенческая, бизнес-модель, мотивационно-когнитивная и комплексная, с преобладанием в Украине профессионально-рабочей, бизнес-модели и мотивационно-когнитивной.

Ключевые слова: социальная компетентность, врач, взаимодействие, «врач–пациент», модели.

Lymar L.V. SOCIAL COMPETENCE OF PHYSICIAN AS A FACTOR OF PRODUCTIVE INTERACTION WITH PATIENTS

The author analyses notion of social competence of a physician within the frame of his professional competence, predisposing for the productive interaction with patients. The author states that the notion of social competence of physicians hasn't been sufficiently studied and described by the Ukrainian authors, though foreign authors have significantly contributed to this study. The analysis of literature data hasn't provided a certain definition of the notion "social competence of physician", which predominantly authors regard as a professional competence component, though some authors describe physician's social-communicative competence. The article defines social competence of physician as his ability to interact productively in the society, within the patterns "Physician – Patient", "Physician – Patient's supporting side", "Physician – Healthcare system". The author emphasizes that social competence of physician is an indispensable component of his productive interaction with patient. The article defines the following functions of the physician's social competence: cognition, action, adaptation and orientation, management and action, integration and role function. The author, basing on the literature analysis, defines the main models of the social competence of physicians: workplace, behavioral, business strategy, cognitive-emotional and holistic approach. The state medical institutions are presumable characterized by the workplace model of physician's social competence, while the private establishments promote business strategy and cognitive emotional one. The author supposes that the optimum model should include all possible components within the social competence structure, not just some of them. The author dwells on the necessity of the subsequent definition of the physician's social competence structural model and definition of such model for physicians of different specializations, the structures to be compared.

Key words: social competence of physicians, interaction, "physician–patient", models of interaction.

Постановка проблеми. Реформування системи охорони здоров'я України спрямоване на покращення якості надання послуг пацієнтам, яке зумовлене великою кількістю факторів, включаючи продуктивність міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта. Продуктивність взаємодії лікаря

з пацієнтом визначається єдністю спільної мети та обранням оптимальних стратегій взаємодії – співробітництва та компромісу, рівномірно розподілених між двома сторонами взаємодії – лікарем та пацієнтом, проте, на думку автора, лікар несе більшу відповідальність, адже перебуває



у здоровому стані та усвідомлює процеси, які відбуваються з пацієнтом. Успішність професійної діяльності лікаря визначається рівнем сформованості певних знань, умінь та навичок, охарактеризованих як професійна компетентність, а успішність організації продуктивної взаємодії в медичному середовищі лікарем – його соціальною компетентністю. Зважаючи на широке висвітлення теми соціальної компетентності лікарів у зарубіжних учених та недостатність вивчення її українськими науковцями, а також пацієнтоцентрованість реформування системи охорони здоров'я України, нами було обрано таку тему дослідження: соціальна компетентність лікаря як фактор продуктивності взаємодії лікаря з пацієнтами.

Мета статті – на підставі проведеного аналізу літературних джерел визначити поняття «соціальна компетентність лікаря»; охарактеризувати наявні моделі соціальної компетентності лікаря, а також деякі їх особливості, які впливають саме на продуктивність взаємодії з пацієнтами; визначити особливості моделей соціальної компетентності лікаря в Україні.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проведений аналіз праць вітчизняних та зарубіжних науковців показав, що поняття соціальної компетентності не досить вивчене, зокрема в Україні та так званому пострадянському просторі. Загалом, поняття «компетентність» та «компетентнісний підхід» увійшли у вжиток у другій половині ХХ сторіччя. Термін «компетентність» було запроваджено R.White у 1958 [18], проте детально дослідив це поняття David McClelland [14] у 1998, після чого тема компетентностей та компетенцій набула широкого вжитку. Варто зазначити, що в літературі немає чітких визначень поняття компетентності та компетенцій, кожний автор тлумачить їх по-своєму. Так, Andrew Gonczi та James Athanasou [9] розглядають три варіанти визначення компетентності: компетентність як завдання, компетентність як набір характеристик та компетентність як інтегроване відношення в межах певного поняття. У межах компетентнісного підходу широкого вжитку набули два поняття: компетентність та компетенція. Деякі автори вважають компетенцію наявністю в особи певної системи знань, умінь та навичок, коли компетентністю вони називають здатність проявляти ці характеристики в умовах взаємодії [4; 34], проте інколи ці два поняття ототожнюють [28; 33].

Щодо професійної компетентності так само немає чіткого визначення цього поняття. Більшість авторів визначають профе-

сійну компетентність у рамках опанованих особою знань, умінь та навичок взаємодії в ситуаціях професійного спрямування та здатність їх застосовувати [30]. Соціальну компетентність фахівців можна розглядати як підвид професійної компетентності. Поняття «соціальна компетентність» або «соціальний інтелект» описане в роботах І. Зимньої [27], І. Зарубінської [26], С. Гончарова [22], М. Гончарової-Горянської [23], М. Докторовича [25], А. Мудрика [30]. Роботи зарубіжних авторів J. Alexander та R.E. Riggio [1; 17] зосереджені на визначенні соціальної компетентності (або соціального представлення людини світу) як на здатності взаємодіяти з навколишнім середовищем, тобто соціумом. С. Cherniss досліджував значення рівня сформованості соціальної компетентності (або емоційного інтелекту, який становить основу соціальної компетентності) щодо успішності виконання роботи [5]. У межах визначення соціальної компетентності як характеристики фахівця, який має взаємодіяти з соціумом, а саме з його конкретними представниками, представлені роботи І. Зарубінської [26] (соціальна компетентність особи з вищою освітою взагалі, без деталізації ОКК, та соціальна компетентність економістів), Н. Бобрич (формування соціальної компетентності студентів педагогічних коледжів) [20], та роботи, присвячені соціальній компетентності медиків, в основному роботи іноземних науковців: T.J. D'Zurilla (досліджено значення соціальної компетентності медика у разі клінічного втручання) [7], N. Bryl et al. (досліджували вплив ступеня розвитку соціальної компетентності лікаря на результат лікування ортопедичних хворих) [2], С. Loignon (досліджено соціальну компетентність лікарів, які працюють з бідним населенням) [12], J.O. Reimann (досліджено соціальну компетентність лікарів, які працюють з мексиканцями) [16]. Варто зазначити, що соціальна компетентність лікаря – поняття, яке не досить вивчене українськими та російськими науковцями, проте яке так чи інакше вони описують та досліджують у межах визначення структури компетентності лікаря або соціальних характеристик взаємодії лікаря з пацієнтом, чому присвячені роботи А. Агаркової (вивчала професійно-етичну культуру студентів-медиків) [19], Л. Лимар (вивчено готовність до продуктивної взаємодії студентів-медиків у контексті соціальної взаємодії) [13], І. Булах (з її структурною моделлю професійної компетентності лікаря), І. Гуменною [24] ті Г. Оніщенко [32] (досліджували комунікативну компетентність лікаря та соціальний її складник), М. Тимофієвою (яка

вивчала комунікативну компетентність сімейних лікарів та соціальний її складник [33], Я. Кульбашною (вивчала соціальні характеристики професійної компетентності лікарів) [29]. Т. J. D'Zurilla досліджено соціальну компетентність у контексті базового клінічного втручання [7], М. К. Buller – стиль спілкування лікаря та ступінь його соціалізації [3], S. Cohen – значення соціальної підтримки тощо [6].

Загалом, проведений аналіз літератури показав, що немає чіткого формулювання поняття «соціальна компетентність лікаря», це поняття кожний автор тлумачить по-своєму. Так, С. Гончаров [22] визначає його як набір знань, умінь та навичок ефективної взаємодії у суспільстві. У межах загальної структури професійної компетентності лікаря деякі автори виділяють соціальну компетентність окремим підпунктом, зазначаючи, що це «здатність до взаємодії у суспільстві» [23], деякі автори говорять про «соціальний складник» професійної компетентності [29] або навіть про соціальні уміння (Social skills) [6], причому деякі автори зазначають, що в структурі соціальної компетентності містяться комунікативна (продуктивна комунікація та стратегії взаємодії) та соціально-суспільна (підпорядкування наявним нормам та стандартам взаємодії) [20; 25; 26], коли інші зазначають, що соціальна компетентність є підвидом комунікативної (яку поділяють на лінгвістичну та соціальну) [24; 33]. О. Котузова взагалі розглядає соціально-комунікативну компетентність як єдине ціле [27]. Проте більшість авторів поділяють думку, що соціальний аспект взаємодії лікаря та пацієнта (який, на думку автора, виражений соціальною компетентністю лікаря) сприяє високій ефективності лікувального процесу [2; 3; 6; 21; 29; 31].

Виклад основного матеріалу. Розглядаючи соціальну компетентність лікаря як фактор продуктивної взаємодії з пацієнтом, варто визначити, що є «продуктивною взаємодією» з пацієнтом. Автор вважає, що «продуктивною взаємодією лікаря з пацієнтом» можна називати міжособистісну взаємодію «лікар–пацієнт» у межах процесу лікування останнього, коли дії лікаря спрямовані на одужання пацієнта та призводять до покращення фізичного та психологічного стану пацієнта [13]. Ми зупиняємося на характеристиках «фізичного» та «психологічного», адже лікар, який вилікував пацієнта, проте не досить продуктивно з ним взаємодівав (нехтував, образив, принизив) спричинює психологічну травму, яка психосоматично може призводити до погіршення стану фізичного здоров'я пацієнта.

Соціальну компетентність фахівця-медика можна визначити в межах загальної професійної компетентності. Система вищої освіти за кордоном починаючи з кінця ХХ сторіччя є компетентнісно-центрованою, тобто спрямована на здобуття випускником професійної компетентності [21; 29; 31]. Професійну (або фахову) компетентність можна визначити як фахове утворення, набір знань, умінь та навичок з професії, які фахівець здатний застосовувати під час виконання професійної діяльності [27]. Професійна компетентність медика охоплює знання теоретичних та клінічних медичних дисциплін, уміння та навички практичної діяльності в межах своєї спеціальності, що включає як суто маніпулятивні техніки (обстеження пацієнта, збір анамнезу, прийняття рішення про лікування, виконання процедур чи втручань, аналіз динаміки, заповнення документації), так і досить багато соціально-орієнтованої діяльності (взаємодія з колегами, з керівництвом, з пацієнтом та його родичами). У контексті такої соціально-орієнтованої діяльності медика необхідно наголосити на значенні сформованості його соціальної компетентності, необхідної для успішної взаємодії з оточуючим середовищем. Багато науковців виділяють соціальну компетентність лікаря у межах комунікативної компетентності [24; 28; 32; 34], проте ми вважаємо такий розподіл некоректним, адже комунікативна компетентність зумовлює здатність спілкуватися з оточуючими, коли соціальна компетентність зумовлює здатність особи (медика) до інтеграції в суспільство, що включає як мікрогрупу (лікар–пацієнт), малу групу (відділення), велику групу (лікарня чи поліклініка), так і приналежність особи до широкого медичного суспільства, що потребує значно більше, ніж вміння продуктивно взаємодіяти та комунікувати. Соціальна компетентність лікаря як різновид його професійної компетентності охоплює такі функції [31]: пізнавальну (здатність фахівця до постійного процесу навчання, що включає не тільки вивчення власне фахової інформації про способи лікування, але і ознайомлення з останніми тенденціями в сфері соціальної медицини, способи взаємодії з оточуючими, лікар має слідувати за тенденціями в розвитку ґендерної та класової рівності та свобод людини, так само, як і за появою упереджень та дискримінації), діяльнo-прикладну (здатність застосовувати соціальні знання та вміння в повсякденній діяльності, втілювати основні принципи, прийняті у суспільстві, у власній діяльності, сприяти поширенню останніх тенденцій у світовому та медичному суспільстві



в межах власної практики, починаючи із взаємодії з оточуючими), адаптаційно-орієнтаційну (здатність фахівця розпізнавати тенденції зразків взаємодії у суспільстві, зразки прояву себе медика у взаємодії, відношення системи до певних категорій, а також взаємодіяти в суспільстві, починаючи від взаємодії з конкретною особою та закінчуючи взаємодією з усією медичною системою, здатність лікаря адаптуватися згідно з наявними вимогами, адаптувати свій світогляд, стиль поведінки, проте, в окремих випадках, змінювати наявну систему, якщо вона не відповідає світовим тенденціям), організаційно-діяльнісну (що включає практичні дії з обрання медиком стратегії поведінки в межах медичного суспільства), інтегративну (інтеграція медика до медичного суспільства, усвідомлення себе частиною загальної системи охорони здоров'я та поведінка згідно з наявними стандартами), рольову (визначення своїх функцій та свого місця в системі охорони здоров'я). Такий набір функцій автором визначений як універсальний, проте, з огляду на діяльність медика в Україні, на думку автора, провідними функціями є адаптаційна та діяльнісна. Реформа системи охорони здоров'я, пацієнтцентрованість, перехід від патерналістського спілкування з пацієнтами до демократичного співробітництва зумовлюють необхідність розширення компонентів соціальної компетентності лікарів, зумовлене їхнім попереднім навчанням, проведенням спеціалізованих тренінгів, стажуванням за кордоном. Опір реформуванню системи охорони здоров'я, небажання лікарів змінюватися та залишати зону комфорту, стереотипи у свідомості суспільства, так звана «совковість» мислення зумовлюють численні проблеми корекції компонентів соціальної компетентності лікарів.

Проаналізуємо основні моделі соціальних професійних компетентностей лікаря. Так, Dante Guerrero визначає такі **моделі** професійних компетентностей: професійно-робоча модель, поведінкова модель, модель бізнес-стратегії, мотиваційно-когнітивна модель та комплексна модель [10].

Професійно-робоча модель соціальної компетентності, представлена в роботі Taylor та Fayol, ототожнює компетентність з функціональним визначенням роботи [8]. Ця модель є широко прийнятою у Сполученому Королівстві. У разі соціальної професійної компетентності лікаря це – застосування компетенцій, необхідних для здійснення професійної діяльності та взаємодії з різними формами суспільства, зокрема з пацієнтами. Необхідний

контроль рівня сформованості компетентності лікаря (рівня обізнаності зі світовими тенденціями щодо рівності людей, свободи віросповідання, одностатевих відносин, а також визначення практичного застосування цих знань у практиці за взаємодії), визначення «проблемних» компонентів та подальший тренінг-навчання з метою корекції небажаних проявів. Автор зводить професійно-робочу модель до навчання суб'єкта та корекції її компонентів у здійсненні професійної діяльності чи практичному навчанні на тренінгах, проте не приділяє уваги ролі мотивації такого навчання, а відтак, ефективності навчання за відсутності внутрішньої мотивації особи. Отже, ця модель представлена сформованим когнітивним та організаційно-діяльним компонентами. Загалом, ця модель є близькою до загальноприйнятої моделі соціальної компетентності лікаря в Україні (хоча, власне, саме поняття маловизначене), коли негласно прийнятими показниками успішності лікаря є його здатність навчатися та практично застосовувати засвоєні уміння та навички. На жаль, у цій моделі бракує емоційно-вольового компонента (донедавна в структурі управління будь-яким робочим процесом в Україні емоції та почуття не розглядалися як значущі характеристики працівника) та ціннісно-мотиваційного (який також є традиційно занедбаним в Україні як наслідок пострадянської системи, коли спочатку існувала загальна трудова повинність та діяли закони «Про непрацюючих» з кримінальною відповідальністю, що не сприяло формуванню внутрішньої мотивації до вибору професії та роботи, а пізніше на зміну відсутності мотивації прийшла прагматично-матеріальна мотивація («голодні 90-ті тощо»).

З погляду **поведінкової моделі** соціальної компетентності, яка базується на засадах біхевіоризму та представлена в роботі David McClelland [14], соціальна компетентність розглядається як невіддільний компонент психологічної структури особи (мотиви, навички, уміння, я-образ тощо), причому навіть мінімальний рівень сформованості соціальної компетентності дає змогу лікарю працювати, хоча ефективність його роботи буде вищою за умови вищого рівня сформованості компетентності. Модель набула широкої підтримки у Сполучених Штатах. У межах цієї моделі уміння та навички не відіграють провідну роль, адже опанування певних знань та наявність навичок, наприклад, конструктивної взаємодії зі старими пацієнтами чи пацієнтами іншої національності (наприклад, роми) не гарантує застосування цих умінь та навичок на прак-

тиці. Тобто значущими компонентами цієї моделі є емоційний та комунікативний. А отже, провідну роль у цьому разі відіграє тип темпераменту особи, швидкість мислення, Я-концепція особи, риси характеру та мотивація до здійснення професійної діяльності, причому здійснені як на особистому рівні, так і на рівні організації. Поведінкова модель соціальної компетентності лікаря включає два компоненти: робочий, представлений певною послідовністю дій лікаря у визначеній ситуації та його поведінкою згідно з визначеними протоколами (термінально хворому повідомляють або не повідомляють про стан його здоров'я, або ж сповіщають тільки близьких, а пацієнтові не кажуть правду), та організаційний, який відображає певні правила та установки, прийняті в організації (відділення, лікарня чи взагалі Міністерство охорони здоров'я), коли, наприклад, упереджене ставлення лікаря до пацієнта-безхатченка, яке впливає на якість лікування, може бути зумовленим загальним ставленням, прийнятним у лікарні. Така модель може бути прийнятною у приватних клініках України, часто в приватних психологічних центрах та центрах нетрадиційної медицини, де загальною філософією установи є гармонійність поведінки особи відповідно до її сформованої структури особистості. Автор вважає доречним розвиток соціальної компетентності особи через її внутрішній саморозвиток, проте у разі з професією лікаря акценту на лише емоційному та комунікативному компонентах не досить, потрібен також розвиток когнітивного, організаційного компонентів.

Бізнес-модель, описана в роботі Gary Hamel and С.К. Prahalad [15], соціальною компетентністю лікаря визначає його конкурентоспроможність у межах відділення, клініки чи медичного світу (найкращий лікар року). Бізнес-модель набула поширення в США, Японії та інших країнах, орієнтованих на конкуренцію працівників та отримання оптимальних результатів у галузі. В межах цієї моделі значущими є мотиваційний, комунікаційний та діяльнісний компоненти, проте мотивація є, на думку автора, зовнішньо-прагматичною (успішність на робочому місці як спосіб отримати фінансове заохочення чи засіб кар'єрного руху). Бізнес-модель соціальної компетентності лікаря відображає модель соціальної компетентності медичного закладу, в якому він працює, зумовлену керівництвом та колективом лікарні. Конкурентоспроможність лікаря зумовлюється якістю опанування всіх професійних компетентностей, включаючи соціальну, за умови навчання на спеціалізованих тренінгах (які в Україні часто ор-

ганізують для своїх співробітників приватні організації) чи навчання в робочих ситуаціях. Відмінністю навчання в робочих ситуаціях від тренінгового навчання є те, що в тренінгу лікар спочатку отримує певну інформацію, а також після практичного застосування отримує зворотний зв'язок від тренера. Недоліком цієї моделі, на думку автора, є надмірна сфокусованість на успішності лікаря (social performance) у соціальній взаємодії з пацієнтами, коли дещо «втрачено» людський фактор, адже всі дії лікаря спрямовані на його вищий рейтинг.

Мотиваційно-когнітивна модель, представлена в роботі Nicolay Foss [11], спирається на розвиток у лікаря відповідної соціально спрямованої мотивації до роботи, внутрішньої культури, ціннісного компонента, а також постійного самоспостереження (емоційний компонент). Мотивація лікаря до роботи (соціальна, матеріальна, наукова або ж відсутність мотивації, нав'язана мотивація вибору професії) визначає ефективність його навчання, включаючи не тільки суто фахові аспекти, але і навчання стратегій взаємодії з пацієнтами. У межах цієї моделі не розглядається вплив оточення на лікаря, що, на нашу думку, обмежує аналіз сформованості компетентності та її компонентів. Також ми вважаємо недоліком цієї моделі відсутність у ній комунікативного та діяльнісного компонентів, які саме і відображають вплив оточення на лікаря. Тобто мотиваційно-когнітивна модель представлена власне характеристиками особистості, її мотиваційною та вольовою сферами, а також здатністю до навчання. Проте часто соціальні стратегії, які обирає лікар у взаємодії з пацієнтами, відображають його оточуюче середовище, медичне середовище і можуть бути змінені під впливом оточення. Незважаючи на персональні установки та світогляд лікаря, є безліч документів внутрішнього розпорядку та протоколів лікування, а також погляди колег, керівництва, які разом утворюють лікарське середовище. Проте доцільно розпочинати формування соціальної компетентності лікаря саме з визначення його мотивації до роботи та взаємодії з пацієнтами, із подальшою корекцією цих характеристик.

Комплексна модель, описана в роботах Cheetham та Chivers [3], розглядає компетентність комплексно, здебільшого спираючись на комунікативний та організаційно-діяльнісний компоненти (велике значення надається комунікаційним здатностям особи, їх постійному розвитку, здатності до самоспостереження та самокорекції). Тобто соціальна компетентність лікаря зумовлена способами виявлення його взаємодії під



час лікування, комунікації з пацієнтами та тим, яким чином він себе проявляє. Вважаємо цю модель соціальної компетентності лікаря оптимальною, з огляду на те, що ані сформовані знання, ані високо розвинений мотиваційний та емоційний компоненти не гарантують їх проявлення у дії.

В Україні сучасна загальноприйнята модель соціальної компетентності лікаря в державних установах здебільшого відповідає організаційно-робочій, з акцентом на когнітивний та організаційний компоненти, у приватних закладах набувають поширення бізнес-модель та емоційно-когнітивна. Проте вважаємо, що тільки універсальна модель, яка би включала розвиток усіх можливих компонентів соціальної компетентності лікаря може зумовити оптимальні результати, адже будь-який складник, яким знехтувано (мотивація, емоційна саморегуляція, діяльнісний складник), призводить до проблем у взаємодії лікаря з пацієнтами.

Висновки та перспективи дослідження. Поняття «соціальна компетентність» лікаря не досить широко вивчене, зокрема українськими вченими. Аналіз літератури не показав чіткого визначення поняття «соціальна компетентність лікаря», яку автори розглядають як самостійне утворення або як компонент професійної компетентності, деякі автори виділяють соціально-комунікативну компетентність. На підставі аналізу літературних джерел автором було визначено соціальну компетентність лікаря як його здатність до ефективної професійної взаємодії в суспільстві, нарівні «лікар – пацієнт», «лікар – група осіб з боку пацієнта», «лікар – система охорони здоров'я». Зазначено, що соціальна компетентність лікаря є необхідним фактором продуктивної взаємодії з пацієнтом.

Показано, що соціальна компетентність лікаря охоплює такі функції: пізнавальну, діяльнісно-прикладну, адаптаційно-орієнтаційну, організаційно-діяльнісну, інтегративну та рольову. Визначено основні моделі соціальної компетентності лікаря: професійно-робоча, поведінкова, бізнес-модель, мотиваційно-когнітивна та комплексна. Показано, що здебільшого в державних закладах охорони здоров'я переважає професійно-робоча модель, коли у приватних закладах заохочується бізнес-модель та мотиваційно-когнітивна модель. На думку автора, оптимальною є модель, яка охоплює всі компоненти структури соціальної компетентності, а не окремі з них.

Перспективою дослідження є визначення структурної моделі соціальної компетентності лікарів загалом і лікарів різних спеціалізацій та їх порівняння між собою.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Social performance: Symbolic action, cultural pragmatics, and ritual / J.C. Alexander, B. Giesen, J.L. Mast (ed.). Cambridge : Cambridge University Press, 2006. 366 p.
2. Influence of social competence of physicians on patient compliance with osteoporosis medications – a study on Polish postmenopausal women / N. Bryl et al. *Ginekologia polska*. 2012. Vol. 83. № 7. P. 511–517.
3. Buller M.K., Buller D.B. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of health and social behavior*. 1987. Vol. 28(4). P. 375–388.
4. Cheetham G., Chivers G.E. Professions, competence and informal learning. Cheltenham : Edward Elgar Publishing, 2005. 217 p.
5. Cherniss C. Emotional intelligence: What it is and why it matters. *Annual meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology*. New Orleans, LA, 2000. URL: https://www.researchgate.net/publication/228359323_Emotional_intelligence_What_it_is_and_why_it_matters (дата звернення: 26.12.2018).
6. Cohen S., Sherrod D.R., Clark M.S. Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of personality and social psychology*. 1986. Vol. 50. № 5. P. 963.
7. D'Zurilla T.J., Nezu A.M. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. New York : Springer Publishing Company, 1999. 300 p.
8. Fayol H. General and industrial management. New York : Ravenio Books, 2016. 107 p.
9. Gonzsci A., Athanasou J. Instrumentación de la educación basada en competencias. *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia* / A. Argüelles (comp.). México : Limusa/SEP/CNCCCL/CONALEP, 1996. P. 272–273.
10. Guerrero D., De los Ríos I. Professional competences: a classification of international models. *Procedia-Social and Behavioral Science Journal*. 2012. Vol. 46. P. 1290–1296.
11. Laursen K., Foss N.J. New human resource management practices, complementarities and the impact on innovation performance. *Cambridge Journal of economics*. 2003. Vol. 27. № 2. P. 243–263.
12. Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol / C. Loignon et al. *BMC health services research*. 2010. Vol. 10. № 1. P. 79.
13. Lyman L.V. The basic components of the “doctor-patient” constructive interaction. *Middle East J Sci Res*. 2013. Vol. 13. P. 6–11.
14. McClelland D.C. Identifying competencies with behavioral-event interviews. *Psychological science*. 1998. Vol. 9. № 5. P. 331–339.
15. Prahalad C.K., Hamel G. The core competence of the corporation. *Strategische unternehmensplanung – strategische unternehmensführung*. Berlin, Heidelberg : Springer, 2006. P. 275–292.
16. Cultural competence among physicians treating Mexican Americans who have diabetes: A structural model / J.O.F. Reimann et al. *Social Science & Medicine*. 2004. Vol. 59. № 11. P. 2195–2205.
17. Riggio R.E. Before emotional intelligence: Research on nonverbal, emotional, and social competences.

Industrial and Organizational Psychology. 2010. Vol. 3. № 2. P. 178–182.

18. White R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*. 1959. Vol. 66(5). P. 297–333. URL: <http://dx.doi.org/10.1037/h0040934> (дата звернення: 26.12.2018).

19. Агаркова А.О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 ; Нац пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. Київ, 2011. 22 с.

20. Борбич Н.В. Формування соціальної компетентності студентів педагогічних коледжів як соціально-педагогічна проблема. *Проблеми підготовки сучасного вчителя*. 2014. № 10(1). С. 166–170.

21. Булах І.Є., Пашенко В.В. Цілі медичної освіти як системно творчий елемент. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2000. № 1. С. 78–84.

22. Гончаров С.З. Социальная компетентность личности: сущность, структура, критерии и значение. *Образование и наука*. 2004. № 2. С. 3–9.

23. Гончарова-Горяньська М.В. Соціальна компетентність: поняття, зміст, шляхи формування в дослідженнях зарубіжних авторів. *Рідна школа*. 2004. № 7–8. С. 71–74.

24. Гуменна І.Р. Комунікативна компетентність як одна із складових частин професійної культури майбутніх лікарів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2013. № 29. С. 42–45.

25. Докторович М.О. Соціальна компетентність як наукова проблема. *Психологія і суспільство*. 2009. № 3(37). С. 144–147.

26. Зарубінська І.Б. Теоретико-методичні основи формування соціальної компетентності студентів вищих навчальних закладів економічного профілю : авто-

реф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». Київ, 2011. 39 с.

27. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. *Эксперимент и инновации в школе*. 2009. № 2. С. 7–14.

28. Кутузова О.Б. Социально-коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности будущих медицинских работников. *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2012. № 1.1. С. 58–64.

29. Кульбашна Я.А. Значущість соціального складника у процесі формування професійної компетентності майбутніх стоматологів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2014. № 2. С. 76–81.

30. Мудрик А.К. Соціальний інтелект та соціальна компетентність. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 3. С. 4–6.

31. Мруга М.Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». Київ, 2017. 27 с.

32. Онищенко Г.І. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 2008. 21 с.

33. Тимофієва М.П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» ; Інститут психології ім. Г.С. Костюка. Київ, 2008. 24 с.

34. Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования. *Народное образование*. 2003. № 2. С. 15–19.

УДК 159.922.2–057.875

DOI 10.32999/ksu2312-3206/2019-1-41

ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В КОНТЕКСТІ СПРИЙМАННЯ НОВИН ІЗ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Лісневська А.О., к. психол. н., доцент кафедри
загальної, вікової та соціальної психології імені М.А. Скока
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка

Стаття присвячена проблемі збереження психологічної безпеки студентської молоді в умовах інформаційного суспільства. Розкрито, з яких каналів студенти отримують нові повідомлення та як часто вони споживають новини із засобів масової інформації (ЗМІ). Показано, що більшість студентів реагує на новини зі ЗМІ підвищенням відчуття небезпеки, що позначається на їхньому емоційному стані та на їхніх уявленнях про перспективи власної життєдіяльності. Загалом доведено, що до підвищення відчуття небезпеки після сприймання новин зі ЗМІ схильні студенти, які відзначаються особистісною тривожністю та які активно споживають новини із різних ЗМІ, а потім багатократно обговорюють їх у своєму безпосередньому соціальному оточенні.

Ключові слова: інформаційний простір, засоби масової інформації, новини, психологічна безпека особистості, ситуативна тривожність, особистісна тривожність.

Лисневская А.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
В КОНТЕКСТЕ ВОСПРИЯТИЯ НОВОСТЕЙ ИЗ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Статья посвящена проблеме сохранения психологической безопасности студенческой молодежи в условиях информационного общества. Раскрыто, из каких каналов студенты получают новые сообщения