

Ю. В. МИХАЙЛЮК, В. А. ХРИПТОВИЧ, В. А. МАНУЛИК

**ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
(теоретические и практические аспекты)**



Минск БГМУ 2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Ю. В. Михайлюк, В. А. Хриптович, В. А. Манулик

**ФОРМИРОВАНИЕ
КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ
У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
(теоретические и практические аспекты)**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2015

УДК 61:378:159.9 (072)

ББК 88+74 я73

М69

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.10.2015 г., протокол № 2

А в т о р ы: магистр психол. наук, ст. преп. каф. юридической психологии Минского инновационного университета Ю. В. Михайлюк; канд. психол. наук, доц. каф. психологии и педагогического мастерства Республиканского института высшей школы В. А. Хриптович; канд. мед. наук, доц., проректор по воспитательной работе Белорусского государственного медицинского университета В. А. Манулик

Р е ц е н з е н т ы: канд. психол. наук, доц., зав. каф. юридической психологии Минского инновационного университета Е. И. Комкова; канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета И. А. Хрущ

Михайлюк, Ю. В.

М69 Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты) : учеб.-метод. пособие / Ю. В. Михайлюк, В. А. Хриптович, В. А. Манулик. – Минск : БГМУ, 2015. – 68 с.

ISBN 978-985-567-358-4.

Изложены теоретические и практические вопросы формирования коммуникативной компетентности. Анализируются подходы к коммуникативным свойствам и умениям личности, характеристикам коммуникативных способностей. Обобщаются научные данные по содержанию категории «коммуникативная компетентность». Составной частью пособия является психологический практикум по совершенствованию коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза. Предлагаемый материал базируется на новых концептуальных подходах формирования личности будущего специалиста медицинского профиля.

Предназначено для профессорско-преподавательского состава, психологов, аспирантов и студентов.

УДК 61:378:159.9 (072)

ББК 88+74 я73

Учебное издание

**Михайлюк Юлия Васильевна
Хриптович Виктория Александровна
Манулик Владимир Александрович**

**ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ
У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
(теоретические и практические аспекты)**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск В. А. Манулик
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 22.10.15. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка». Ризография. Гарнитура «Times». Усл. печ. л. 3,95. Уч.-изд. л. 3,83. Тираж 25 экз. Заказ 671.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет». Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014. Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-567-358-4

© Михайлюк Ю. В., Хриптович В. А., Манулик В. А., 2015
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2015

ВВЕДЕНИЕ

В системе современного высшего образования происходит ряд изменений. Во-первых, это новый взгляд на образовательные стандарты и систему качества образования. Во-вторых, усиливаются процессы конкуренции между государственными и негосударственными высшими учебными заведениями.

В результате взаимодействие власти, образовательного сообщества и работодателей становится более продуктивным. Меняются принципы управления учреждениями высшего образования: внедряются системы внутреннего контроля качества, модифицируется учебный процесс, все большее значение приобретает интеграция науки и образования. В центре этого процесса — фигура студента — будущего специалиста, к которому предъявляются требования не только посредством Государственных образовательных стандартов, но и требования реальных и потенциальных работодателей.

В содержании стандартов высшего образования, так или иначе, отмечается способность будущих специалистов устанавливать эффективную коммуникацию. От них требуется умение налаживать контакты, поддерживать взаимоотношения, выступать публично. В рамках высшей школы этот аспект приобретает особое значение, поскольку коммуникативная компетентность является залогом успеха во многих сферах профессиональной деятельности.

Но не каждый человек рождается с развитыми коммуникативными способностями. Для того чтобы задатки переросли в склонность, а затем в хорошую способность, важно быть включенным в определенные виды деятельности, иметь мотивацию и опытных наставников. Поэтому актуально формирование приемов и методов развития коммуникативных способностей в ходе образовательного процесса и практических форм обучения.

Исследование особенностей коммуникативной компетентности, особенно через призму профессиональной деятельности будущего специалиста, имеет неоспоримое эвристическое и практическое значение.

В этой связи понимание и адекватная интерпретация многих подходов к научно-практическому освещению развития коммуникативной компетентности представляется важным.

В многочисленных исследованиях, посвященных феномену коммуникативной компетентности, основные акценты сделаны на социально-психологические характеристики общения, их этические принципы, интерпретации коммуникативных актов, особенности в использовании вербальных и невербальных средств общения.

Исходя из анализа изучаемой проблемы, целесообразна постановка ряда взаимосвязанных теоретических и практических задач, требующих научного рассмотрения, в частности:

1) разработку интегративного (теоретико-методологического) подхода к исследованиям феномена коммуникативной компетентности субъектов профессиональной деятельности;

2) изучение аксиологических аспектов формирования и функционирования коммуникативной компетентности специалиста;

3) выявление специфических особенностей функционирования профессионального сообщества в зависимости от уровня корпоративной культуры, коммуникативной компетентности личности;

4) определение критериев оценки высокого уровня коммуникативной компетентности специалиста как детерминанты профессиональной и личностной успешности;

5) определение роли коммуникативной компетентности в формировании эталонного образа профессионала.

Такая постановка задач является основанием необходимости специального изучения коммуникативной компетентности специалиста, конкретного профессионального сообщества.

В настоящем пособии отражены основные подходы к исследованию феномена коммуникативной компетентности в психологической науке и даны практические рекомендации по развитию коммуникативной компетентности. Практикум содержит как психодиагностические методики, направленные на выявление различных сторон коммуникативного потенциала личности, так и комплекс упражнений, ориентированный на совершенствование коммуникативной компетентности сотрудника в сфере профессионального общения.

Глава 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

1.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ «КОММУНИКАЦИЯ» И «КОМПЕТЕНТНОСТЬ» В КОНТЕКСТЕ СТАНОВЛЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Резервом повышения эффективности медицинской помощи считается профессиональная подготовка медиков. Однако, как отмечают чешские психологи Р. Конечный и М. Боухал, квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача, в частности его коммуникативной компетентности.

Под **компетентностью** В. С. Безрукова понимает «владение знаниями и умениями, позволяющими высказывать профессионально грамотные суждения, оценки, мнения». При этом А. С. Белкин и В. В. Нестеров, разграничивая понятия «компетенция» и «компетентность», под первым понимают совокупность того, чем человек располагает, а компетентность — совокупность того, чем он владеет.



Коммуникация в широком смысле понимается как общение, передача информации от человека к человеку, как специфическая форма взаимодействия людей в процессах их познавательно-трудовой деятельности, осуществляющаяся главным образом при помощи языка.

Процесс коммуникации имеет большое значение для развития студентов, их социального самочувствия, успешности учебной деятельности. Потребность в коммуникации состоит в стремлении человека к познанию и оценке других людей, а через них и с их помощью — к самопознанию, к самооценке.

М. Кязрст отмечает, что при раскрытии содержания компетентности выделяются различные компоненты: предпосылки компетентности (способности, талант, знания); деятельность человека (работа) как процесс (ее описание, структура, характеристика, признаки); результаты деятельности (плоды труда, изменения в объектах деятельности).

Коммуникативная компетентность, по мнению А. В.Хуторского, представляет собой овладение личностью коммуникативными качествами, связанными с необходимостью взаимодействовать с другими людьми, с объектами окружающего мира и его информационными потоками; умение

находить, преобразовывать и передавать информацию; выполнять различные социальные роли в группе и коллективе.

В качестве теоретической основы мы принимаем понятие, предложенное Ю. Н. Емельяновым, который рассматривает коммуникативную компетентность как уровень сформированности межличностного опыта, т. е. обученности взаимодействию с окружающими, который требуется индивиду, чтобы в рамках своих способностей и социального статуса успешно функционировать в данном обществе.

Коммуникативная компетентность в той или иной степени присуща всем и у многих она формируется стихийно на основе межличностного опыта общения между людьми непосредственно в условиях их взаимодействия. Будучи продуктом коллективной деятельности, межличностный опыт вместе с тем является индивидуальным достоянием.

В научных исследованиях коммуникативная компетентность студента-медика выступает как его личностная характеристика и является важным средством субъектного включения его в систему образования. Она тесно связана с уровнем удовлетворенности студентов учебной деятельностью, с успешностью взаимодействия студентов с одногруппниками, преподавателями и сотрудниками вуза, при этом значительную роль играют эмоциональное состояние и проявление навыков конструктивного реагирования в конфликтных ситуациях.

Коммуникативная компетентность развивается на основе общительности, которая, закрепляясь в поведении, является предпосылкой для развития таких качеств личности, как направленность на общение, интерес к людям, рефлексия и эмпатия.

Анализ исследований Г. В. Аكوпова, Т. И. Барсуковой, Е. Т. Соловцевой показал, что процесс коммуникации в студенческом возрасте наиболее ярко проявляется в процессе индивидуально-личностного общения, благодаря которому возрастают способности к социальной адаптации. Решая проблему развития коммуникативной компетентности студентов в вузе, можно добиться ускорения адаптационных процессов.

Коммуникативная компетентность сегодня рассматривается в качестве стержневой составляющей в общей профессиональной компетентности. Научно-теоретический анализ показывает, что понятие коммуникативной личности объединяет ряд позиций: способности и умения поддерживать и устанавливать необходимые контакты; совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающих эффективную коммуникацию; понимать и быть понятым; умение согласовывать свои вербальные и невербальные проявления в общении; способность преодолевать трудности в общении.

По мнению большинства исследователей, наличие хорошо развитой коммуникативной компетентности делает человека более успешным и востребованным в качестве партнера социального взаимодействия. В целом ряде профессий она является значимой детерминантой успешности и неотъемлемым атрибутом профессионализма. В связи с этим, в психологии выде-

ляют общую и профессиональную коммуникативную компетентность, а также подчеркивается, что последняя возникает не стихийно, а формируется в системе обучающих и развивающих мероприятий с акцентом на развитие этических характеристик профессионала и ценностных ориентаций, адекватных гуманистическим принципам общения.

Как отмечают ряд исследователей (И. С. Сук, С. Л. Соловьева, Н. В. Яковлева и другие) в профессиональной врачебной деятельности существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с больными и их родственниками, что, несомненно, предъявляет высокие требования к коммуникативной компетентности современного врача.

По мнению Л. А. Цветковой, коммуникативная компетентность врача есть положительная направленность интеракций и отсутствие реакций игнорирования, высокий уровень эмпатии и самооценки, отношение к другому человеку как ценности, как к активному соучастнику взаимодействия. В ходе лечебного процесса врачам приходится взаимодействовать с самыми разными пациентами (тревожными, агрессивными), на психику которых оказывает влияние то или иное соматическое заболевание, меняющее привычный образ жизни и отношение пациента к окружающим людям и самому себе. Следовательно, врач должен уметь выбирать тактику общения, максимально адекватную личностным характеристикам больного человека, его поведение должно точно совпадать с психологическими особенностями каждого нового пациента.

В зарубежной психологии вопросы эффективности и качества взаимодействия связываются с понятиями «communicative competence», «social competence», «interpersonal competence». Однако, несмотря на разницу терминов, их содержание сводится к определению составляющих, обеспечивающих успешный, долговременный позитивный контакт. К ним чаще всего относятся высокая мотивированность общения, избирательность социального восприятия, умения обратной связи и самокоррекции поведения, а также специфические личностные черты: коммуникабельность, готовность к общению, активность, сила влияния, позитивная Я-концепция.

E.G. Williamson, изучая предпочтения пациентов в выборе врача, пришел к выводу, что к наиболее значимым факторам такого выбора относятся способы общения с больным, ситуативная коммуникация, умение ориентироваться в потребностях пациента, понимать его установки, открытость врача в процессе коммуникации, которая основана на большом опыте врача и его внутренней свободе и творчестве. Плохие коммуникации со стороны врача являются главным фактором неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением, ведут к несчастным случаям и последующему судебному разбирательству.

Необходимо отметить, что на современном этапе развития медицинской науки и практики, в условиях специализации и технологизации лечебного процесса значение коммуникативной компетентности врача значительно возрастает. Интенсификация деятельности узких специалистов в области ме-

дицины через инструментальные и лабораторные методы обследования приводят к увеличению числа контактов пациента с врачами различных специальностей со снижением продолжительности каждого из них, что создает дополнительные трудности в процессе общения врача и пациента. В данной ситуации у врача ослабевает интерес к целостному представлению о больном, утрачивает свою силу фундаментальный принцип медицины: «Лечить не болезнь, а больного». Тогда как, по мнению В. А. Ташлыкова, положительный контакт врача с пациентом повышает эффективность лечения даже в случае его невысоких результатов.

N. Damian в своем исследовании показал, что удовлетворенность общением с врачом в значительной мере определяет удовлетворенность оказанной медицинской помощью в целом.

Таким образом, коммуникативная компетентность врача является не только необходимым условием его эффективной деятельности, но и определяет успешность профессиональной адаптации молодого специалиста.

Коммуникативная компетентность врача, коррелирующая с психологическим эффектом лечения, проявляется:

- в положительной направленности интеракций и отсутствии реакций игнорирования;
- в высоком уровне эмпатии и самооценки;
- в отношении к другому человеку как к ценности, как к активному участнику взаимодействия.

Современная практическая медицина расширяет свое поле зрения: больной больше не является лишь носителем какого-то заболевшего органа, его необходимо рассматривать и лечить как человека в целом, поскольку «болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен».

Коммуникативная компетентность врача позволяет:

- лучше распознавать и правильнее реагировать на вербальные и невербальные знаки пациентов и извлекать из них больше информации;
- более эффективно проводить диагностику, поскольку она зависит, в том числе, и от способности врача выявить те симптомы, причины которых могут иметь психологическую или социальную природу;
- добиваться одобрения пациентом плана лечения, так как исследования показали, что тренировка коммуникационных навыков оказывает положительное влияние на согласие пациента принимать назначенное ему лекарственное средство;
- воздействовать на различные формы отражения болезни (эмоциональная, интеллектуальная, мотивационная) и активизировать компенсаторные механизмы, повысить психосоматический потенциал личности пациента, помочь ему восстановить связь с миром, преодолеть так называемую усвоенную или обученную беспомощность, разрушить стереотипы, сформированные болезнью, и создать образцы здорового реагирования.

Таким образом, коммуникативная компетентность является одной из важных составляющих профессиональной подготовки специалистов субъект-субъектного типа деятельности, к которым принадлежит и профессия врача. В контексте совершенствования современного медицинского образования проблема поиска психологически обоснованных направлений развития коммуникативной компетентности у студентов-медиков выступает как весьма актуальная. Чем лучше сформировано у будущего врача это профессионально значимое качество, тем эффективнее его общение с пациентами.

Все вышеизложенное дает основание говорить, что в процессе обучения в медицинском вузе положительные личностные качества будущего врача по возможности должны быть доведены до совершенства, а важнейшим фактором, определяющим эффективность этого процесса, следует рассматривать непрерывное психологическое образование. Оно позволяет соединить профессиональные знания, умения, навыки и личностные качества студента, что является основой готовности будущего врача осознавать свои функции врачебного труда, профессиональной позиции, выбирать оптимальные способы деятельности, соотносить свои возможности с преодолением трудностей, которые возникают при решении профессиональных задач и достижении результатов.

1.2 СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОМ СТАНОВЛЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В структуре общения выделяют три взаимосвязанные стороны: коммуникативную, перцептивную и интерактивную.

Коммуникативная сторона общения, или коммуникация в узком смысле этого слова, состоит в обмене информацией между партнерами, передаче и приеме знаний, идей, мнений и чувств, и требует от участников взаимодействия способности к самовыражению, непроизвольной экспрессивности, или так называемой «способности спонтанного кодирования».



Интерактивная сторона общения заключается в обмене действиями между общающимися сторонами, то есть организации межличностного взаимодействия.

Наконец, *перцептивная сторона общения* есть процесс познания людьми друг друга с последующим установлением на этой основе определенных межличностных отношений. Для эффективности в перцептивной и интерактивной сторонах общения коммуникантам необходимы способности понимать себя и других, прогнозировать межличностные ситуации.

Коммуникативная компетентность как интегративное личностное образование имеет сложную структуру. В структуре коммуникативной компетентности врача выделяют три взаимосвязанных и относительно самостоятельных уровня: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (операционный, технический).

Базовый уровень следует считать основным, так как он обеспечивает мотивацию общения и возможности становления коммуникативной компетентности, облегчая или, наоборот, затрудняя этот процесс. Базовые коммуникативные характеристики воздействуют на все уровни, во многом определяя как своеобразие складывающихся в сознании личности когнитивных схем, на основе которых будут впоследствии строиться коммуникативные программы и планы (содержательный уровень), так и «индивидуальный рисунок» формирующихся и закрепляющихся коммуникативных навыков и умений (инструментальный уровень). При этом показатели, входящие в состав базового уровня наиболее устойчивы, весьма консервативны, с трудом поддаются коррекции.

На *содержательном уровне* осуществляется перевод врачебных задач в коммуникативные, построение программ и тактических планов общения. Базовый уровень включает в себя личностные качества врача, установки, ценностные ориентации и мотивы в коммуникативной сфере.

Инструментальный уровень включает в себя владение коммуникативными умениями и навыками, обеспечивающими управление ходом процесса общения, эффективное воздействие на партнеров по общению, а также оптимальную его саморегуляцию. Он имеет в своем составе как *общие* (например, умение слушать и др.), так и *профессиональные коммуникативные навыки и умения* (например, приемы «присоединения» к пациенту). Первый определяет проявление коммуникативной компетентности непосредственно в общении, в коммуникативном поведении индивида. Он содержит два подуровня: непосредственные действия в акте коммуникации (умения и навыки общения) и знания о закономерностях общения, о коммуникативных свойствах себя и других. Второй уровень включает коммуникативные ценности, ориентации и специфику мотивации в целом у данного субъекта, уровень его потребности в общении. Уровни коммуникативной компетентности взаимосвязаны и взаимозависимы, как в любом виде активности субъекта связаны мотивация и поведение. По форме и содержанию коммуникативная компетентность зависит от специфики социальных ролей, которые исполняет человек. На нее значительное влияние оказывает профессия, так как она во многом определяет избирательность коммуникативных интересов и специфику делового общения. Целесообразно различать общую и профессиональную коммуникативную компетентность. Профессиональная коммуникативная компетентность формируется на базе общей коммуникативной компетентности и определяет эффективность делового общения и деятельности в целом. Ряд отечественных и зарубежных авторов считают, что профессиональная коммуникативная компетентность оказывает значительное

влияние на общую коммуникативную компетентность. Постепенно профессиональные коммуникативные навыки и профессиональная коммуникативная компетентность в целом становятся более значительными для индивида и накладывают отпечаток на общую коммуникативную компетентность.

Анализ многочисленных литературных источников и практический опыт социально-психологического обучения в коммуникативных профессиях дают основания для того, чтобы в качестве необходимых и достаточных компонентов, отражающих основные коммуникативные установки и ориентации личности, предложить следующие: эмпатия, принятие, открытость. Наиболее существенным и важным показателем базового уровня является эмпатия, которая в коммуникативной деятельности способствует сбалансированности межличностных отношений, делает поведение человека социально обусловленным.

Согласно К. Роджерсу, способность одного индивида помогать другому, прежде всего, зависит от создания теплых, искренних эмпатических отношений. Его определение эмпатического поведения гласит, что врач должен чувствовать внутренний мир пациента так, если бы это был его собственный мир.

В работе, посвященной коммуникативной подготовке врача-стоматолога, П. К. Куретов описывает такие особенности деятельности стоматолога: коммуникативная наполненность на всех этапах лечения; временная спрессованность деятельности; проведение значительного количества болезненных манипуляций на уровне местной анестезии или без нее, что требует предварительного психотерапевтического воздействия на пациента; преодоление известного барьера пациентов стоматологическому лечению. В общении стоматолога со своими пациентами П. Б. Куретов выделяет следующие этапы:

1. «Коммуникативная атака». Ее задачами является установление эмоционального контакта, формирование расположенности пациента к врачу; снятие излишних эмоциональных наслоений; установление доверительных отношений с пациентом, что позволяет осуществить продуктивную лечебную деятельность.

2. Поддержание отношений с пациентом во время лечения. Уменьшает болевые эффекты, выполняет следующие задачи: ликвидация мышечного напряжения в мышечно-лицевой системе и, соответственно, создание оптимальных условий для лечения; отвлечение больного от неизбежных болевых ощущений; внушение, убеждение в низком уровне болевых ощущений, успокоение пациента. Таким образом, можно превратить пациента в соучастника лечебной работы.

3. Послелечебная «коммуникативная обработка», которая часто упускается из виду врачами-стоматологами. Ее цели: подтверждение правильности проведенного лечения; получение обратной информации о ходе лечебного процесса, болезненности и эффективности проведенного лечения; закрепление эмоционального контакта с пациентом и ориентация на ту же продуктивность лечения и общения. Так можно создать положительную установку пациента на дальнейшее лечение, сформировать устойчивое положительное

психическое состояние, положительное отношение к профилактике заболеваний полости рта.

В целом, продуктивная коммуникативная деятельность врача-стоматолога помогает эффективно осуществлять лечение, активизирует элементы психотерапии в лечебной работе; уменьшает затраты времени на пациента; исключает из представлений пациента о стоматологическом лечении чувство страха; формирует устойчивое положительное отношение к стоматологической профилактике.

По мнению Л. П. Урванцева, коммуникативные задачи, стоящие перед врачом, и условия их решения характеризуются следующими моментами: наличие у значительной части пациентов психической патологии, отклонений в эмоциональной сфере, состояния психической напряженности; обостренное внимание большинства больных к словам и невербальным средствам общения врача; детерминированность целей и средств коммуникации врача предписаниями медицинской деонтологии; специфические установки пациента; отношение коммуникативных задач к задачам профилактики, диагностики, прогноза, терапии и реабилитации как средства к целям; очень скудная предварительная информация о партнере по общению; жестко лимитированное время общения; очень большие различия между пациентами по возрасту, профессиональной принадлежности, образованию, культурному уровню.

Можно отметить следующие коммуникативные задачи, стоящие перед врачом: узнать о психологических особенностях больного; успокоить пациента, снизить его тревожность; «разговорить» больного; получить нужные сведения; погасить конфликт, снизить агрессивность больного; внушить надежду на успешный исход лечения; выразить, донести до больного свое сочувствие; убедить его в ошибочности представления о заболевании; в интересах больного скрыть от него что-то или сообщить неполную информацию; добиться полного доверия пациента; убедить больного в необходимости строго соблюдать режим или согласиться на операцию; направить беседу с пациентом в нужное русло. В каждом конкретном случае приходится решать одну или несколько подобных задач в зависимости от того, что знает врач о больном, какие отношения с ним устанавливаются, каковы цели диагностики, терапии или реабилитации. Этот перечень, по мнению Л. П. Урванцева, нельзя считать ни исчерпывающе полным, ни удовлетворяющим требованиям логической строгости, однако он дает представление о специфике общения врача с больным. Отсюда также ясно, что отмеченная специфика коммуникативных задач врача, условий и средств их решения должны учитываться при профессиональной подготовке будущих врачей, при определении психологических дисциплин, направленных на формирование у них соответствующих знаний, умений и навыков общения.

В структуре коммуникативной компетентности врача выделяют мотивационный, когнитивный, аффективный, поведенческий и личностный компоненты.

Мотивационный компонент образует потребности в позитивных контактах, мотивы развития компетентности, а также ценности общения и цели.

К когнитивному компоненту относятся социальное восприятие, воображение и мышление, а также рефлексивные, оценочные и аналитические способности. В когнитивный компонент входят знания из области взаимоотношений людей (почерпнутые из художественной литературы, искусства, истории, бытийного опыта) и специальные психологические знания.

Аффективный (эмоциональный) компонент проявляется в разнообразных эмоциональных состояниях, положительных и отрицательных эмоциях, конфликтности, удовлетворенности партнером, собой, в эмоциональной чувствительности. Это способность адекватно и полно воспринимать и оценивать людей, а также взаимоотношения, складывающиеся между людьми, проявление эмпатии, коррекция и развитие установок, необходимых для успешного общения.

Поведенческий (регулятивный) компонент побуждает деятельность, поступки, локализацию, перемещение в пространстве, выражается в мимике, жестах, пантомимике, речи. На поведенческом уровне это индивидуальная система оптимальных моделей межличностного взаимодействия, а также субъективного контроля коммуникативного поведения.

Личностный компонент коммуникативной компетентности, включает определенную совокупность индивидуальных качеств: высокая мотивация на успешную коммуникацию, коммуникативная толерантность, аффиляция, эмоциональная стабильность, эмпатийность, сенситивность к отвержению, высокий коммуникативный контроль и другие.

Развитие профессиональной коммуникативной компетентности опирается на совокупность общих принципов целостного педагогического процесса, таких как междисциплинарная координация, личностно-ориентированная направленность обучения и активность студентов.

Принцип междисциплинарной координации рассматривается, как умение использовать методологию, основные положения, аппарат учебных дисциплин, а также приобретенные навыки для решения познавательных, учебных и профессиональных задач.

Ответственность за развитие способностей профессионального общения будущего врача в процессе обучения в условиях медицинского вуза формально лежит на педагогическом составе кафедр, преподающих дисциплины гуманитарного и клинического профиля. К числу первых, закладывающих фундамент профессиональной коммуникации, следует отнести психологию, иностранные языки, социологию, философию, направляющие свои усилия на развитие у студентов способности к эмпатии, конгруэнтности — доверительному, открытому общению и поведению; толерантному отношению к «другому мнению», конструктивности — способности позитивно воспринимать и предотвращать или разрешать конфликтные ситуации; навыков сотрудничества — умения работать «в команде», взаимодействия с другими людьми, без ущемления их прав и интересов. Критерием повышения уровня

развития отмеченных психологических качеств обучающегося можно считать его способность к принятию самостоятельных взвешенных решений и осознание ответственности за их последствия; рефлексии — анализа совершенных поступков, осуществлять самоконтроль личностного развития.

Так, главными показателями коммуникативной компетентности будущего врача являются: в эмоциональной сфере — эмпатия; в когнитивной сфере — рефлексия; в поведенческой сфере — интеракция (планирование предстоящего разговора, взятие на себя инициативы в беседе, организация целостного контакта, урегулирование конфликтных ситуаций, согласование).

Из вышесказанного следует, что современный врач должен уметь создавать и сохранять корректные с терапевтической и этической точки зрения отношения, использовать эффективные навыки слушания, запрашивать и предоставлять информацию, а также успешно работать в качестве члена или лидера команды здравоохранения.

Таким образом, основной целью обучения коммуникативной компетентности является повышение эффективности подготовки специалистов медицинского профиля и их соответствия современным запросам путем создания в вузе благоприятных условий для свободного и осознанного выбора обучающимися будущей профессиональной деятельности, необходимой квалификации в соответствии с личностными интересами, образовательными запросами и потребностями рынка труда.

1.3 ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ



Профессия врача — одна из немногих, требующих совершенного владения приемами и способами эффективного общения как с пациентами, их родственниками, так и с коллегами для достижения взаимопонимания, необходимого при решении не только лечебно-диагностических задач, но и личностных и семейных проблемных ситуаций, способных оказывать существенное влияние на исход конкретного заболевания и качество жизни человека в целом.

В профессиональной деятельности врача коммуникативная компетентность обеспечивает эффективность врачебного общения.

Под эффективным врачебным общением можно понимать такое общение врача с пациентами различного возраста, их родителями и родственниками, которое способствует адекватной реализации врачом своих функций в лечебно-профилактическом процессе (инструментальной, психологической, социально-психологической, регулятивной, когнитивно-информационной, социально-перцептивной и психотерапевтической). Относительно устойчивая совокупность коммуникативных свойств и характеристик врача, обеспе-

чивающих успешность его взаимодействия со всеми участниками лечебно-профилактического процесса, есть интегративное личностное качество, утрата которого означала бы утрату способности врача к осуществлению эффективной коммуникации.

Необходимо отметить, что в психологии критериями эффективной коммуникации считают:

- 1) способность продвижения в решении проблем участников общения;
- 2) обеспечение достижения целей общения с оптимальными затратами (отсутствие нервно-психических перегрузок, адекватное расходование психологических ресурсов);
- 3) достижение взаимопонимания между партнерами по общению. Очевидно, что соответствие профессионального общения врача всем этим критериям и будет означать успешную реализацию им потенциала, который заложен в коммуникативной составляющей деятельности врача.

Качественная и профессиональная медицинская помощь населению всегда являлась актуальной проблемой в любой стране мира. Она многогранна и зависит от многих обстоятельств. С одной стороны, медицинские работники осуществляют свою профессиональную деятельность в условиях жесткого лимита времени, недостатка лекарств и оборудования, что явно не стимулирует их к благоприятному общению с пациентами. С другой стороны, медицинские работники не стремятся проявлять внимание, заботу, эмпатию по отношению к больным и своим коллегам. Данный факт обусловлен тем, что вопросы психологии общения занимают недостаточно места в учебных программах медицинских вузов. Современным врачам не хватает знаний и умений в области профессионального общения с разными по темпераменту, настроению, культуре поведения, уровню образованности, состоянию здоровья пациентами. Отчасти это обусловлено рядом противоречий, имеющих место в системе высшего медицинского образования:

- целями формирования всесторонне развитой креативной, высокопрофессиональной личности специалиста и реальными возможностями современной предметной системы обучения в медицинском вузе;
- потребностью в гуманизации, интеграции медицинского образования и отсутствием целостной теоретической концепции подготовки специалиста;
- значительной потребностью в конкурентоспособных специалистах, обладающих высокой коммуникативной компетентностью, владеющих эффективными коммуникативными навыками, и недостаточным уровнем подготовки студентов в этом аспекте;
- коммуникативным взаимодействием «врач-пациент» в медицинской деонтологии, клинической и медицинской психологии, рассматриваемым с позиций врачебного долга и эмпатии.

В целом, оказание медицинской помощи — сложный процесс, который может сопровождаться возникновением трудных психологических ситуаций. Следовательно, одним из условий планирования интерактивной терапевти-

ческой деятельности должно стать предупреждение преобладания негативных эмоций, изменения привычных параметров общения.

Очевидно, что важно не только развивать новые технологии, иметь возможность использовать необходимые диагностические и лекарственные средства, но и добиваться того, чтобы пациенты следовали рекомендациям врача. Поэтому будущий врач должен обладать свойствами личности, способствующими организации взаимодействия с пациентом и оказанию ему помощи.

Таким образом, чтобы врач перешел с патерналистской модели взаимоотношений к модели сотрудничества, ему необходимо преобразиться в слушателя. Если раньше пациент должен был следовать медико-диагностической схеме, то теперь врач и пациент должны стремиться вместе, понять историю жизни пациента. В настоящий момент практической медицине необходимо расширять свое поле зрения: больной не должен пониматься как носитель какого-то заболевшего органа, его следует рассматривать и лечить как человека в целом. Поэтому необходим взгляд на пациента как на субъекта профессиональной деятельности.

Из вышесказанного следует, что умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневается в правильности диагноза и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры.

1.4 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, ФОРМИРУЮЩИЕ КОММУНИКАТИВНУЮ КОМПЕТЕНТНОСТЬ БУДУЩЕГО ВРАЧА



Коммуникативная компетентность — одна из основных характеристик профессиональной компетентности специалистов медицинского профиля начинает формироваться еще в период учебы в вузе, в процессе самостоятельного профессионального общения с пациентами, и составляет одну из важнейших задач подготовки будущего врача, служит залогом его дальнейшего личностного и профессионального развития.

На ранних этапах обучения, будущие врачи по большей части бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, на чье мнение ориентируются. И лишь по мере накопления опыта профессионального общения молодой врач уже осознанно начинает использовать разнообразные навыки, облегчающие ему общение с пациентами».

В основе развития коммуникативной компетентности в сфере «человек – человек» лежит установление успешного взаимодействия в различных

по содержанию и структуре ситуациях профессионального общения. Акцент в данном случае делается на том, что специалист в сфере медицины должен не только обеспечить полноценное общение и добиться позитивных изменений в диаде «врач – пациент», но и сохранить собственное благополучие. Среди оснований для построения успешного профессионального общения можно выделить общий культурный и интеллектуальный уровень медицинского работника, позволяющий найти нужные темы для вступления в контакт, снятия напряжения и осуществления хорошей профессиональной подготовки. Большое значение имеет также развитое самосознание, что обеспечивает возможность эффективной рефлексии своего коммуникативного поведения и способствует выработке необходимых индивидуальных способов коррекции коммуникативного поведения. Здесь можно выделить владение техниками общения, к которым относятся: техника установления контакта, активное слушание, привлечение внимания к тексту сообщения, формирование позитивной установки на продолжение или повторение контакта, техники цивилизованного психологического влияния, а также техники разрушения психологических барьеров.

В психологии в качестве основных психологических критериев успешного общения выделяются такие, как свобода, легкость, контактность, спонтанность, адаптивность и коммуникативная совместимость.

В качестве интегральной характеристики коммуникативного поведения, успешность развивается с возрастом и накоплением знаний специфики общения, приобретения и расширения круга социальных умений, роста доверия к себе и своим возможностям.

К числу психологических детерминант коммуникативной компетентности врача можно отнести *ненаблюдаемые и наблюдаемые способности* субъекта профессиональной деятельности, в основе этого деления положена идея о том, что компетентное коммуникативное поведение определяется с одной стороны потенциальными возможностями, а с другой, есть класс характеристик, которые можно видеть при взаимодействии с медицинским работником.

С точки зрения Б. Шулера и Д. Бартелми, к *ненаблюдаемым способностям* можно отнести гибкость в межличностном общении, ролевую гибкость, способность к сопереживанию, восприимчивость. Гибкость рассматривается в исследованиях отечественных и зарубежных психологов как основная предпосылка компетентного коммуникативного поведения. Ролевая гибкость позволяет вхождение человека в роль, которую ожидает от него партнер. Эмпатия и восприимчивость дают возможность правильно оценить себя, партнера и ситуацию.

В перечень *наблюдаемых способностей* попадают: способность к коммуникации, к кооперации, к управлению конфликтами и к работе в команде.

Таким образом, коммуникативную компетентность врача можно также определить, как способность эффективно взаимодействовать, совместно разрабатывать планы действий и координировать свою профессиональную деятельность с другими.

Важной составляющей высокого уровня коммуникативной компетентности выступает *способность к кооперации и координации*, включающая ряд характеристик: способность действовать инициативно и устанавливать контакты и доверительные отношения; способность устанавливать совместные цели, готовность отвечать за последствия совместных действий.

К числу психологических характеристик развития коммуникативной компетентности относится способность к *управлению конфликтами*, возникающими в ходе выполнения профессиональной деятельности. Данная способность включает своевременное выявление конфликтной ситуации, понимание ее возможных причин и этимологии, поиск и апробация способов урегулирования, инициативу и активность в применении механизмов разрешения. В целом, можно отметить, что способность к управлению конфликтом заключается в сознательном выборе методов управления конфликтом и адекватной стратегии поведения.

Среди психологических детерминант развития коммуникативной компетентности выделяются специфические умения: *коммуникативные, социально-перцептивные, интерактивные*. В числе *коммуникативных умений* выделяются: речевые умения, умение гармонизировать внешние и внутренние проявления, умение получать обратную связь, умение преодолевать коммуникативные барьеры.

Группа *интерактивных умений* включает: умение строить общение на гуманной, демократической основе, инициировать благоприятную эмоционально-психологическую атмосферу, умение самоконтроля и саморегуляции, умение организовывать сотрудничество, умение руководствоваться принципами и правилами этики и этикета, умения активного слушания.

К *социально-перцептивным умениям* относятся: умение адекватно воспринимать и оценивать поведение партнера в общении, распознавать по невербальным сигналам его состояния, желания и мотивы поведения, умение производить благоприятное впечатление.

Значимыми детерминантами становления необходимого уровня профессиональной коммуникативной компетентности являются соответствующие качества личности, обеспечивающие развитие данного вида компетентности. В данном случае прежде всего выделяется *общительность*. В общительности выражается «потребность человека в других людях и контактах с ними, стремление к этим контактам, их интенсивность и легкость, а также способность человека к дружескому поведению в ситуации общения и установлению доверительных отношений, умение не теряться в момент общения, стремление взять на себя инициативу в контакте».

Таким образом, как показывает проведенный научно-теоретический анализ психологических исследований, можно выделить ряд психологических детерминант, продуцирующих развитие высокого уровня коммуникативной компетентности врача. В обобщенном виде их можно объединить в следующие группы:

- социально-психологические: опыт взаимодействия с компетентными людьми, транслировавшими оптимальные модели коммуникативного поведения;
- личностно-значимые, поддерживающие развитие психологической культуры в общении стимулы, исходящие от социума;
- субъективные: способности, имеющие отношения к общению, коммуникативные социально-перцептивные, интерактивные умения;
- навыки поддержания позитивного контакта;
- умения самореализации и самоконтроля;
- личностные коммуникативные характеристики: общительность, контактность, гибкость, эмпатийность, управление конфликтами и работа в команде.

По мнению отечественных психологов, большую роль здесь играют нравственно-этические качества: *гуманность, доброжелательность, толерантность, дружелюбие, которые позволяют оптимизировать общение.*

В научных исследованиях коммуникативная компетентность студента-медика выступает как его личностная характеристика и является важным средством субъектного включения его в систему образования. Она тесно связана с уровнем удовлетворенности студентов учебной, с успешностью взаимодействия студентов с одноклассниками, преподавателями и сотрудниками вуза, при этом значительную роль играют эмоциональное состояние и проявление навыков конструктивного реагирования в конфликтных ситуациях.

Формирование коммуникативной компетентности обусловлено также и особенностями врачебной деятельности:

- необходимость реализации в медицине соответствующего международным нормам социопсихосоматического подхода к болезни, что предполагает умение врача строить доверительное общение с пациентом, способствовать установлению и поддержанию психологического контакта с целью сбора информации, а также передавать пациенту информацию о диагнозе, лечении, прогнозе, способах реабилитации болезненного состояния;
- являясь необходимым условием построения терапевтического альянса «врач – пациент», коммуникативная компетентность позволяет формировать субъектную (важную, основополагающую) позицию пациента в лечебном процессе;

Таким образом, коммуникативная компетентность у студентов-медиков предполагает не только наличие определенных психологических знаний, но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение.

В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является *коммуникативная толерантность* (как один из аспектов

коммуникативной компетентности) — терпимость, снисходительность. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки и стереотипы мышления.

Толерантность можно рассматривать как многоуровневое личностное образование. Особый интерес представляет вопрос, какие личностные характеристики способствуют развитию и актуализации толерантности. Обзор исследований показывает, что личностные предпосылки толерантности могут быть рассмотрены на *когнитивном, эмоциональном, коммуникативном и ценностно-смысловом уровнях*, а также на уровне «ядра личности» — самосознания.

К когнитивным характеристикам толерантной личности относятся: критичность мышления, широта интересов, осознание и принятие человеком сложности, многомерности, относительности, неполноты и субъективности собственных представлений и своей картины мира, открытая познавательная позиция, высокая потребность в познании, способность встать на чужую точку зрения (децентрация), гибкость мышления, заключающаяся в готовности изменить свои представления об объекте в связи с поступившей новой информацией.

Эмоциональные предпосылки толерантности заключаются в низкой тревожности, эмоциональной устойчивости, эмпатии, социальной чувствительности, оптимистическом эмоциональном фоне. При этом центральным эмоциональным компонентом толерантного взаимодействия выступает эмпатия — способность к сопереживанию, сочувствию. Эмпатия как способ гуманистического общения предполагает безоценочное принятие, пребывание в личностном мире другого, чувствительность к его переживаниям и личностным смыслам.

Коммуникативные компоненты толерантности выражаются в способности к установлению партнерских отношений с другими людьми, к построению диалога, умении предотвращать и конструктивно разрешать конфликтные ситуации, понимать мнение, позицию собеседника.

Таким образом, толерантность воспринимается окружающими как положительное энергетическое проявление личности. Человек, обладающий высоким уровнем коммуникативной толерантности, достаточно уравновешен, предсказуем в своих отношениях к партнерам и совместим с очень разными людьми. Благодаря этим достоинствам создается психологически комфортная обстановка для совместной деятельности. Общаясь с толерантной личностью, вы испытываете комфортное состояние. Отсутствие же коммуникативной толерантности или ее низкий уровень объясняются негативными реакциями индивида на обнаруженные различия между подструктурами своей личности и личности партнера. Чем отчетливее негативные переживания человека по поводу своеобразия другого, тем ниже уровень толерантности, тем труднее демонстрировать расположение к партнеру,

принимать его во всех или некоторых проявлениях, сдерживать недовольство им.

Другая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, — это *эмоциональная стабильность*, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений.

В целом, эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие пациента, пугают и настораживают его, но и утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости, агрессивности. В большинстве случаев наблюдается также астения в качестве одной из наиболее распространенных и неспецифических форм психического реагирования на разнообразные внутренние и внешние патогенные факторы: психогенной, травматической, соматогенной и другой природы. Пациенты, с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача. Особенно это важно для больных с соматическими болезнями (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма и другие).

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является и *сензитивность к отвержению*. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больным. Сензитивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его affiliативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности.

В основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, уста-

навливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, в литературе обозначается термином «аффилиация» — потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне (психологически) аффилиация выступает в виде чувства привязанности и верности, а внешне — в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения.

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной», является также *эмпатия*, способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление.

Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии:

а) эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации;

б) когнитивной (познавательной) эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии);

в) предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции.

Анализ особенностей развития представлений об эмпатии в психологии обнаруживает неоднозначность взглядов, прежде всего, на природу и суть этого процесса.

Таким образом, эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания в случае симулятивного поведения.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что изучение основных психологических детерминант развития коммуникативной компетентности врача становится актуальным для повышения качества профессиональной подготовки у студентов медицинского вуза.

1.5 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СНИЖАЮЩИЕ КОММУНИКАТИВНУЮ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как **тревожность**, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.



Тревога — это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и трудно прогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) — обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостать возможной опасности. *Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры.* Больным это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач – больной». Однако интенсивная тревога мешает врачу адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. *Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними.* Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его. Под влиянием тревоги могут нарушаться различные функции организма, который реагирует, например, нарушениями сна, снижением аппетита, либо, напротив, его повышением (у некоторых больных в состоянии тревоги возникает булимия). Повышенная тревожность отмечается у многих пациентов, страдающих различными заболеваниями, и ее усиление под влиянием страха, переживаемого врачом, крайне нежелательно. В этом случае больной может почувствовать безнадежность своего состояния, перестает верить в возможность выздоровления. Врачи с высокой личностной тревожностью, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для больных, которые предпочитают более стабильных и эмоционально уравновешенных врачей.

Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть **депрессивность**. Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется сплошной цепью неудач и неприятностей, формируя ощущение безысходности, безнадежности, которое проецируется в будущее. Утрачивается перспектива, жизнь окрашивается переживанием собственной ущербности, неполноценности. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия больного. Наблюдая, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления и, напротив, «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии.

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач – больной» — глубокая **интровертированность** врача. Интроверсия — термин, введенный в психологию Юнгом, определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, по-своему, субъективно интерпретирующим окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу.

Таким образом, эти качества способны снизить коммуникативную компетентность врача, выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению. Интровертированность, выраженная в значительной степени, затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки.

1.6 ПСИХОЛОГО-АКМЕОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Эффективность медицинской помощи во многом зависит от умения врача общаться с пациентом. Взаимоотношения медицинского работника и больного складываются индивидуально в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, а также от индивидуально-психологических особенностей врача, его общей и профессиональной культуры, соблюдения принципов этики и деонтологии.

К сожалению, многие медицинские работники строят свои взаимоотношения с больными стихийно, опираясь, главным образом, на свои способности и наглядный пример коллег. Вследствие этого часто общение с больным полностью зависит от ситуации: при благоприятном расположении больного контакт возникает, при нежелании пациента общаться контакт неэффективен. Отсутствие контакта или формальные отношения врача и пациента резко снижают информативность анамнеза, ухудшают результативность лечения. Предпосылками возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными являются, несомненно, квалификация и опыт врача.



Так, диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, походки, особенностей речи, позы и мимики. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений оценивает врача. Разница в том, что, если врач видит каждого пациента на фоне бесконечной вереницы больных, то для больного врач — человек необычный, уникальный, которому он вверяет свое благополучие, а то и жизнь. Поэтому он пытливо и с особым пристрастием изучает врача. Создающееся у него впечатление является фундаментом будущего психотерапевтического влияния.

С. Л. Соловьева выделяет следующие базовые коммуникационные навыки взаимоотношений «врач – пациент», которые относятся к числу главных навыков, которые позволяют создавать эффективные партнерские взаимоотношения. Тренировка этих навыков должна иметь своей целью достижения базового уровня компетентности в следующих областях:

Адекватное вещественное окружение. Необходимость в создании адекватного вещественного окружения определяется тем, что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту. Небольшие детали, такие, как оформление места, где сидит собеседник, так, чтобы это не было травмирующим и не увеличивало бы дистанцию, либо наличие штор, что создает чувство уединенности, будут способствовать более успешному результату интервью.

Приветствие пациентов будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства, и поощрять их к участию в беседе. Использование имени пациента уместно, когда он знаком врачу, при этом врач подает соответствующий сигнал о том, что он узнал собеседника.

Активное слушание включает использование как вербальных (словесных), так и невербальных коммуникационных приемов. Врач должен отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте и делать это взглядом, путем посылки сигналов, обозначающих, что информация принимается, и контакт должен быть продолжен таких, как кивание головой, фразы типа «верно», «понимаю». Желание активно слушать лучше всего демонстрировать также путем использования открытых вопросов, что подталкивает собеседника к более полным ответам.

Эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка — эти составные части являются сердцевинной интерперсональных навыков. Врачам следует подавать ясные сигналы, говорящие об их заинтересованности в восприятии проблемы пациента и того, какое влияние эта проблема оказывает на их собственную жизнь, беспокоит ли она их, в чем состоят их надежды и ожидания.

Язык. Врачи должны также постоянно контролировать степень сложности языка, который они используют для своих объяснений, в частности, объяснении диагноза и причин, которые привели к болезни, а также предложения по поводу лечения и причин, на которых основываются эти предложения.

Взаимоотношение сотрудничества. Важно, чтобы пациент мог чувствовать, что врач ясно понимает его нужды и готов к тому, чтобы работать вместе с пациентом для их удовлетворения. Это произойдет в том случае, если план лечения является результатом тщательного объяснения возникших мнений и полного осознания нужд пациента, что ведет к информированному обсуждению условий данною плана.

Закрытое интервью. В дополнение к навыкам создания вещественной обстановки, начала и продолжения интервью, столь же важным является и способ его завершения. Врач должен подать ясный сигнал о том, что интервью движется к своему завершению, обычно путем суммирования того, что было сказано, и того, что в ходе его обсуждалось.

Навыки сбора информации — главная, решающая часть взаимоотношений врача и больного состоит в способности извлечения информации у пациента. Основными навыками, необходимыми для облегчения процесса сбора информации, являются те, которые помогают облегчить вовлечение пациента в медицинское интервью способом, позволяющим врачу добиться правильной постановки диагноза симптомов или проблем пациента.

Молчание. Необходимо научиться правильному использованию молчания как способа вдохновить пациента высказаться как можно более полно, затронуть сложные темы и вспомнить важные сведения.

Управление потоком информации. Хотя предоставление пациентам возможности для свободного общения и является важным, но в то же время студента надо научить способности сохранять контроль над интервью в своих руках путем тактичного направления содержания беседы в сторону диагностики проблемы.

Суммирование. Так как за время консультации может быть получено большое количество сведений, студент должен научиться суммировать главные данные, возникшие в ходе консультации» также должен убедиться в том, что понимание этой разделяется с ним его пациентом.

Таким образом, из вышеизложенного материала видно, что специфика общения в системе «врач – пациент» обусловлена различными социально-ролевыми и функциональными позициями субъектов. В процессе общения врач прямо или косвенно осуществляет свои функциональные обязанности по руководству процессом диагностики и лечения. Социально-ролевые позиции и функции субъектов общения в практической медицинской деятельности могут быть различными. Важную роль играет также и психологический фактор: представляет ли собой врач гармонически развитую личность с морально-этическими устоями, умеет ли входить в контакт с людьми и грамотно взаимодействовать с ними — все это является важным составляющим личности врача как профессионала.

1.7 ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Современные социальные условия и социальные потребности выявляют необходимость развития коммуникативной компетентности у будущих специалистов системы здравоохранения. Принимая во внимание, что важнейшим фактором, определяющим успех лечения, является взаимодействие между врачом и пациентом, развитие навыков общения представляется особенно необходимым. Компетентность в широком смысле трактуется как высокий уровень общественно-практического опыта субъекта, уровень его обученности адекватным социальным и индивидуальным формам активности, что позволяет человеку в рамках своих способностей и социального статуса успешно и эффективно функционировать в данном обществе. Важными составляющими деятельности врача являются не только его знания и умения, особенности профессионального мышления, но и личностные качества, умение общаться с пациентом. Поэтому профессиональная компетентность врача включает, не только специальную медицинскую подготовку, общечеловеческую культуру, но и социально-психологические аспекты его личности, его ценностные ориентации, коммуникативную грамотность.



Процесс развития коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза имеет свою специфику, что предполагает выделение особых педагогических условий для реализации поставленной задачи.

По мнению Н. В. Яковлевой успешность выделения педагогических условий зависит:

- от четкости определения конечной цели или результата, который должен быть достигнут,
- от понимания того, что совершенствование педагогического процесса достигается не за счет одного условия, а их взаимосвязанного комплекса;
- на определенных этапах педагогические условия могут выступать как результат, достигнутый в процессе их реализации.

Таким образом, в качестве педагогических условий развития коммуникативной компетентности у студентов — будущих медицинских работников — были предложены следующие:

- внедрение в педагогический процесс соответствующего элективного курса;
- направленность учебно-воспитательного процесса на установление личностно-ориентированного взаимодействия;
- применение активных методов обучения.

На современном этапе система элективных курсов становится все более актуальной, хотя и не в полной степени разработанной. Практическая польза внедрения в педагогический процесс элективных курсов очевидна. Они позволяют в более углубленной, развернутой форме обучать студентов теми знаниями, умениями, навыками, которые являются нужными для эффективной жизнедеятельности обучающегося, но не входят в обязательную часть содержания образования.

Выбор форм, методов обучения при проведении элективных курсов непосредственно зависит от направленности курсов. Это могут быть лекции, практикумы, семинары. Завершает изученную тему отчетное занятие, где студентами представляется творческая работа, реферат, доклад.

Элективные курсы вместе с тем должны соответствовать ряду условий. Так, содержательно-технологическая составляющая элективных курсов должна отвечать следующим характеристикам:

- личностная значимость;
- профессиональная направленность;
- актуальность с точки зрения подготовки профессиональных кадров и личностного развития студентов;
- социализация и адаптация студентов;
- общенаучные, интеллектуальные, профессиональные умения и навыки, ключевые компетенции;
- развивающий характер — элективные курсы способствуют развитию познавательной самостоятельности, творчества, исследовательских умений и навыков;

– практическая направленность — программа элективных курсов строится таким образом, чтобы сформировать умения практической деятельности в изучаемой области знаний;

– контролируемость — возможность установления на любом этапе обучения степени достижения поставленных целей.

Также необходимо отметить, что одной из задач элективных курсов является их направленность на активизацию самостоятельной деятельности студентов.

Направленность учебно-воспитательного процесса на установление личностно-ориентированного взаимодействия является следующим педагогическим условием в развитии коммуникативной компетентности.

Образовательный процесс, представляя собой, целостный процесс во взаимосвязи процессов воспитания и обучения, характеризуется совместной деятельностью и сотрудничеством субъектов в целях наиболее полного развития личности обучающегося. И в данном контексте наиболее соответствует данному определению организация именно личностно-ориентированного обучения, а, следовательно, и личностно-ориентированного взаимодействия.

По мнению Э. Ф. Зеера личностно-ориентированное обучение возникло в процессе педагогического поиска педагогов-новаторов, а также в практике создания инновационных учебных заведений, региональных планов и программ образования. В 1990-е годы появились работы методологического характера, в которых была обоснована необходимость и возможность личностно-ориентированного образования. Основные его положения изложены в работах Н. В. Алексеева, Д. А. Белухина, В. В. Давыдова, И. С. Якиманской.

Личностный подход в педагогике определяется как последовательное, индивидуальное отношение педагога к каждому обучающемуся, предполагает помощь воспитаннику в осознании себя личностью, в выявлении и раскрытии его возможностей.

Исследования показывают, что реализация принципов личностно-ориентированного обучения в вузе требует серьёзной структурно-дидактической и психологической реконструкции процесса преподавания. В качестве дидактических условий на первый план выступают целевые, содержательные, процессуальные характеристики учебных предметов, корректная постановка целей, введение специфических ситуаций в учебный материал, соответствие задач преподавания идеям личностного подхода, актуализация учебного диалога.

Таким образом, ориентация на личностную парадигму от преподавателя и студента наличия состояния готовности осуществлять свою деятельность в рамках указанной парадигмы и соответствующих установок на процесс взаимного общения. В связи с этим цель учебной деятельности для учащегося обязана стать объектом взаимного выбора. Продуктом результата предыдущей совместной деятельности, тогда процесс учения будет основан на самореализации и самопознании, что позволит реализовать задачи личностно-ориентированного обучения.

Исследования Е. В. Бондаревской, С. В. Кульневич, А. К. Марковой свидетельствуют, что основной тенденцией развития образовательной системы является преобразование традиционно-функциональной модели в личностно-ориентированную.

Личностно-ориентированное образование — это не развитие личности с заданными свойствами, а создание условий для полноценного проявления и, соответственно, развития личностных функций учащихся. Личностные функции — это в данном случае не характерологические ее качества, а те проявления человека, которые и реализуют феномен «быть личностью». В качестве таковых функций выделены:

- избирательная (выбор ценностей и образа жизни);
- опосредующая (по отношению к внешним воздействиям и внутренним импульсам поведения);
- функции ответственности за принимаемые решения, обеспечения автономности и устойчивости внутреннего мира, творческого преобразования;
- самореализации (стремление к признанию своего образа «Я» окружающими, Обеспечения уровня духовности в соответствии с притязаниями).

Из вышесказанного следует, что личностно-ориентированное обучение содержит огромное количество положительных аспектов:

- признания каждого обучающегося самостоятельной, уникальной, автономной личностью, имеющей ценный субъективный опыт, личностно-значимые способы деятельности;
- взаимосвязи развития интеллектуальной (теоретическое мышление), аффективной, операционально-деятельностной сторон человеческой личности, определяющих ее целостность в учебно-воспитательном процессе;
- направленности на развитие ценностно-смыслового отношения студентов к процессу познания;
- практики диалоговых форм общения в процессе обучения;
- разработки вариативных учебных заданий, в соответствии с особенностями индивидуальности студентов.

В процессе развития коммуникативной компетентности студентов, одним из самых важных вопросов становится вопрос поиска методов подготовки будущего медицинского работника к общению с пациентами. Исходя из этого, следующим педагогическим условием эффективного развития коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза является внедрение активных методов обучения.

Главная цель использования активных методов обучения в учебных заведениях — снять основное противоречие между учебной и профессиональной деятельностью. В этом противоречии можно выделить четыре основные стороны:

1. Различны предметы учебной и профессиональной деятельности. Обучение в значительной степени ориентировано на усвоение знаний, представляемых либо вербально, либо в соответствующей учебной литературе. Критерием эффективности обучения для многих преподавателей является то,

насколько хорошо эта учебная информация выучена, усвоена и воспроизведена при контроле. В реальной же деятельности любого специалиста нужны не абстрактные знания, а умения эффективно решать профессиональные задачи. Отсюда возникает проблема применения знаний на практике. Другими словами — проблема профессиональной адаптации специалиста.

2. В традиционной учебной деятельности главное — восприятие и память. В профессиональной деятельности медицинского работника главное — мышление. Основным средством развития, которого должно являться решение различных задач, содержащих конкретные проблемы будущей деятельности специалиста.

3. В учебной деятельности все знания жестко классифицированы, «рассыпаны» по учебным предметам, внутри каждого предмета по отдельным учебным темам. В реальной жизни от специалиста требуется целостное, системное знание.

4. Учебная деятельность является «профессией» студента. И все эти годы он привыкает выполнять свои «профессиональные» обязанности индивидуально. А после завершения образования и получения реальной профессии вся его деятельность будет проходить в коллективе. Отсюда вытекает еще одна проблема — проблема не только профессиональной, но и социальной адаптации специалиста, проблема его вхождения в производственный коллектив, проблема выстраивания межличностных отношений. Возможности же коллектива в повышении эффективности учебной деятельности при традиционном обучении практически не используются.

Можно выделить ряд отличий активных методов обучения от традиционного обучения:

- активизация мышления обучаемых;
- обучение происходит в условиях решения проблемных ситуаций;
- активность обучаемых сопоставима с активностью преподавателя;
- реализация возможностей совместного, группового усвоения знаний, умений и навыков.

Таким образом, под активными методами обучения понимаются те методы, при использовании которых учебная деятельность приобретает творческий характер.

Сегодня активные формы обучения приобрели актуальность в вузах, так как сейчас сложились благоприятные условия для инновационных идей. К активным методам обучения в педагогической литературе традиционно относят неимитационные и имитационные. Такое разделение методов достаточно приблизительно и условно, однако это способствует их упорядочиванию и классифицированию. Неимитационные методы включают в себя проблемные лекции и семинары, тематические дискуссии, мозговой штурм, круглый стол. Педагогические игровые упражнения. Имитационные методы, в свою очередь, подразделяются на игровые и неигровые. К игровым методам можно отнести деловые (учебные, производственные, исследователь-

ские) игры и игровое проектирование. Неигровые методы включают в себя анализ конкретных ситуаций, имитационные упражнения, тренинг.

В целом, анализ специальной литературы показал, что образовательный потенциал медицинского вуза в развитии коммуникативной компетентности у студентов реализуется недостаточно, и предполагает необходимость целенаправленной педагогической работы, а также соблюдения ряда педагогических условий:

- расширение смыслового поля понятия «коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача»;

- внедрение в педагогический процесс соответствующего элективного курса (к примеру, «Коммуникативное мастерство у студентов медицинского вуза»);

- направленность учебно-воспитательного процесса на установление личностно-ориентированного взаимодействия.

Глава 2

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

2.1 ДИАГНОСТИКА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

2.1.1 МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КОММУНИКАТИВНЫХ И ОРГАНИЗАТОРСКИХ СКЛОННОСТЕЙ (КОС)

Инструкция. На каждый вопрос следует ответить да «+» или нет «-» и внести соответствующий вариант в таблицу, расположенную после вопросов.



1. Много ли у вас друзей, с которыми вы постоянно общаетесь?
2. Часто ли вам удается склонить большинство своих товарищей к принятию ими вашего мнения?
3. Долго ли вас беспокоит чувство обиды, причиненной вам кем-то из ваших товарищей?
4. Всегда ли вам трудно ориентироваться в создавшейся критической ситуации?
5. Есть ли у вас стремление к установлению новых знакомств с различными людьми?
6. Нравится ли вам заниматься общественной работой?
7. Верно ли, что вам приятнее проводить время с книгой или за каким-либо другим занятием, чем с людьми?
8. Если возникли некоторые помехи в осуществлении ваших намерений, то легко ли вы отступаете от них?
9. Легко ли вы устанавливаете контакты с людьми, которые значительно старше вас по возрасту?
10. Любите ли вы организовывать и придумывать со своими товарищами различные игры и развлечения?
11. Трудно ли вам включаться в новые для вас компании?
12. Часто ли вы откладываете на другие дни те дела, которые нужно было бы выполнить сегодня?
13. Легко ли вам удается устанавливать контакты с незнакомыми людьми?
14. Стараетесь ли вы добиться, чтобы ваши товарищи действовали в соответствии с вашим мнением?
15. Трудно ли вы осваиваетесь в новом коллективе?
16. Верно ли, что у вас не бывает конфликтов с вашими товарищами из-за невыполнения ими своих обещаний, обязательств, обязанностей?

17. Стремитесь ли вы при удобном случае познакомиться и побеседовать с новым человеком?
18. Часто ли в решении важных дел вы берете инициативу на себя?
19. Часто ли вас раздражают окружающие вас люди, и хочется ли вам побыть одному?
20. Правда ли, что вы обычно плохо ориентируетесь в незнакомой для вас обстановке?
21. Нравится ли вам постоянно находиться среди людей?
22. Возникает ли у вас раздражение, если вам не удастся закончить начатое дело?
23. Испытываете ли вы чувство затруднения, неудобства или стеснения, если приходится проявить инициативу, чтобы познакомиться с новым человеком?
24. Правда ли, что вы утомляетесь от частого общения с товарищами?
25. Любите ли вы участвовать в коллективных играх?
26. Часто ли вы проявляете инициативу при решении вопросов, затрагивающих интересы ваших товарищей?
27. Правда ли, что вы чувствуете себя неуверенно среди малознакомых вам людей?
28. Верно ли, что вы редко стремитесь к доказательству своей правоты?
29. Считаете ли вы, что вам не представляет особого труда внести оживление в малознакомую компанию?
30. Принимали ли вы участие в общественной работе в школе, классе, группе?
31. Стремитесь ли вы ограничить круг своих знакомых небольшим количеством людей?
32. Верно ли, что вы не стремитесь отстаивать свое мнение или решение, если оно не было сразу принято вашими товарищами?
33. Чувствуете ли вы себя принужденно, попав в незнакомую компанию?
34. Охотно ли вы организовываете различные мероприятия для своих товарищей?
35. Правда ли, что вы не чувствуете себя достаточно уверенным и спокойным, когда приходится говорить что-либо большой группе людей?
36. Часто ли вы опаздываете на деловые встречи, свидания?
37. Верно ли, что у вас много друзей?
38. Часто ли вы оказываетесь в центре внимания у своих друзей?
39. Часто ли вы смущаетесь, чувствуете неловкость при общении с малознакомыми людьми?
40. Правда ли, что вы не очень уверенно чувствуете себя в окружении большой группы своих товарищей?

Обработка и интерпретация результатов теста

Ответы

Коммуникативные склонности (+) да: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37;

(-) нет: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

Организаторские склонности (+) да: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38;

(-) нет: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Обработка результатов теста

Определяются уровни коммуникативных и организаторских склонностей в зависимости от набранных баллов по этим параметрам. Максимальное количество баллов отдельно по каждому параметру — 20. Подсчитываются баллы отдельно по коммуникативным и отдельно по организаторским склонностям с помощью ключа для обработки данных «КОС-2».

За каждый ответ «да» или «нет» для высказываний, совпадающих с отмеченными в ключе отдельно по соответствующим склонностям, приписывается один балл. Экспериментально установлено пять уровней коммуникативных и организаторских склонностей. Примерное распределение баллов по этим уровням показано ниже.

Уровни коммуникативных и организаторских склонностей:

	Сумма баллов				
	1–4	5–8	9–12	13–16	17–20
Уровень	Очень низкий	Низкий	Средний	Высокий	Высший

Испытуемые, получившие оценку 1–4 балла, характеризуются *низким уровнем* проявления коммуникативных и организаторских склонностей.

Набравшие 5–8 баллов имеют коммуникативные и организаторские склонности на уровне *ниже среднего*. Они не стремятся к общению, предпочитают проводить время наедине с собой. В новой компании или коллективе чувствуют себя скованно. Испытывают трудности в установлении контактов с людьми. Не отстаивают своего мнения, тяжело переживают обиды. Редко проявляют инициативу, избегают принятия самостоятельных решений.

Для испытуемых, набравших 9–12 баллов, характерен *средний уровень* проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они стремятся к контактам с людьми, отстаивают свое, однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью. Требуется дальнейшая воспитательная работа по формированию и развитию этих качеств личности.

Оценка 13–16 баллов свидетельствует о *высоком уровне* проявления коммуникативных и организаторских склонностей испытуемых. Они не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, стремятся расширить круг своих знакомых, помогают близким и друзьям, проявляют инициативу в общении, способны принимать решения в трудных, нестандартных ситуациях.

Высший уровень коммуникативных и организаторских склонностей (17–20 баллов) у испытуемых свидетельствует о сформированной потребности в коммуникативной и организаторской деятельности. Они быстро ориентируются в трудных ситуациях. Непринужденно ведут себя в новом коллективе. Инициативны. Принимают самостоятельные решения. Отстаивают свое мнение и добиваются принятия своих решений. Любят организовывать игры, различные мероприятия. Настойчивы и одержимы в деятельности.

2.1.2 МЕТОДИКА «ДИАГНОСТИКА КОММУНИКАТИВНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ» (КСК)

Инструкция. Вам предлагается ряд вопросов и три варианта ответов на каждый вопрос (а, б, в).

Выберите один из предложенных вариантов ответа, отражающий ваше мнение и поставьте соответствующую букву (а, б или в) в бланке ответов.

1. Я хорошо понял инструкцию и готов как можно искренне ответить на вопросы:

а) да; б) не уверен; в) нет.

2. Я предпочел бы снимать дачу:

а) в оживленном дачном поселке; б) нечто среднее; в) уединенно в лесу.

3. Я предпочитаю несложную классическую музыку современным популярным мелодиям:

а) верно; б) не уверен; в) не верно.

4. По-моему, интереснее быть:

а) инженером-конструктором; б) не знаю; в) драматургом.

5. Я достиг бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против меня:

а) да; б) не знаю; в) нет.

6. Люди были бы счастливее, если бы больше времени проводили в обществе своих друзей:

а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.

7. Строя планы на будущее, я часто рассчитываю на удачу:

а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.

8. «Лопата» так относится к «копать», как «нож» к:

а) острый; б) резать; в) точить.

9. Почти все родственники хорошо ко мне относятся:

а) да; б) не знаю; в) нет.

10. Иногда какая-нибудь навязчивая мысль не дает мне уснуть:

а) да, это верно; б) не уверен; в) нет.

11. Я никогда ни на кого не сержусь:

а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.

12. При равной продолжительности рабочего дня и одинаковой зарплате мне было бы интереснее работать

а) столяром или поваром; б) не знаю что выбрать; в) официантом в хорошем ресторане.

13. Большинство знакомых считают меня веселым собеседником:

а) да; б) не уверен; в) нет.

14. В школе я предпочитал:

а) уроки музыки (пения); б) затрудняюсь сказать; в) занятия в мастерских, ручной труд.

15. Мне определенно не везет в жизни:
а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.
16. Когда я учился в 7–10 классах, я участвовал в спортивной жизни школы:
а) очень редко; б) от случая к случаю; в) довольно часто.
17. Я поддерживаю дома порядок и всегда знаю, что где лежит:
а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.
18. «Усталый» так относится к «работе», как «гордый» к:
а) улыбка; б) успех; в) счастливый.
19. Я веду себя так, как принято в кругу людей, среди которых я нахожусь:
а) да; б) когда как; в) нет.
20. В своей жизни я, как правило, достигаю тех целей, которые ставлю перед собой:
а) да; б) не уверен; в) нет.
21. Иногда я с удовольствием слушаю неприличные анекдоты:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.
22. Если бы мне пришлось выбирать, я предпочел бы быть:
а) лесничим; б) трудно выбрать; в) учителем старших классов.
23. Мне хотелось бы ходить в кино, на разные представления и в другие места, где можно развлечься:
а) чаще одного раза в неделю (чаще, чем большинство людей); б) примерно раз в неделю (как большинство); в) реже одного раза в неделю (реже, чем большинство).
24. Я хорошо ориентируюсь в незнакомой местности: легко могу сказать, где север, юг, восток или запад:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
25. Я не обижаюсь, когда люди надо мной подшучивают:
а) да; б) когда как; в) нет.
26. Мне бы хотелось работать в отдельной комнате, а не вместе с коллегами:
а) да; б) не уверен; в) нет.
27. Во многих отношениях я считаю себя вполне зрелым человеком:
а) это верно; б) не уверен; в) это неверно.
28. Какое из данных слов не подходит к двум остальным:
а) свеча; б) луна; в) лампа.
29. Обычно люди неправильно понимают мои поступки:
а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.
30. Мои друзья:
а) меня не подводили; б) изредка; в) довольно часто.
31. Обычно я перехожу улицу там, где мен это удобно, а не там, где положено:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.

32. Если бы я сделал полезное изобретение, я предпочел бы:
а) дальше работать над ним в лаборатории; б) трудно выбрать; в) позаботиться о его практическом использовании.
33. У меня, безусловно, меньше друзей, чем у большинства людей:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
34. Мне больше нравится читать:
а) реалистические описания острых военных или политических конфликтов; б) не знаю, что выбрать; в) роман, возбуждающий воображения и чувства.
35. Моей семье не нравится специальность, которую я выбрал:
а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.
36. Мне легче решить трудный вопрос или проблему:
а) если я обсуждаю их с другими; б) верно нечто среднее; в) если обдумываю их в одиночестве.
37. Выполняя какую-либо работу, я не успокаиваюсь, пока не будут учтены даже самые незначительные детали:
а) верно; б) среднее; в) неверно.
38. «Удивление» относится к «необычный», как «страх»:
а) храбрый; б) беспокойный; в) ужасный.
39. Меня всегда возмущает, когда кому-либо ловко удастся избежать заслуженного наказания:
а) да; б) по-разному; в) нет.
40. Мне кажется, что некоторые люди не замечают или избегают меня, хотя не знаю, почему:
а) верно; б) не уверен; в) неверно.
41. В жизни не было случая, чтобы я нарушил обещание:
а) да; б) не знаю; в) нет.
42. Если бы я работал в хозяйственной сфере, мне было бы интересно:
а) беседовать с заказчиками, клиентами; б) нечто среднее; в) вести отчеты и другую документацию.
43. Я считаю, что:
а) нужно жить по принципу: «делу — время, потехе — час»; б) нечто среднее между «а» и «б»; в) жить нужно весело, не особенно заботясь о завтрашнем дне.
44. Мне было бы интересно полностью поменять сферу деятельности:
а) да; б) не уверен; в) нет.
45. Я считаю, что моя семейная жизнь не хуже, чем у большинства моих знакомых:
а) да; б) трудно сказать; в) нет.
46. Мне неприятно, если люди считают, что я слишком невыдержан и пренебрегаю правилами приличия:
а) очень; б) немного; в) совсем не беспокоит.

47. Бывают периоды, когда трудно удержаться от чувства жалости к самому себе:
а) часто; б) иногда; в) никогда.
48. Какая из следующих дробей не подходит к двум остальным:
а) $\frac{3}{7}$; б) $\frac{3}{9}$; в) $\frac{3}{11}$.
49. Я уверен, что обо мне говорят за моей спиной:
а) да; б) не знаю; в) нет.
50. Когда люди ведут себя неблагоприятно и безрассудно:
а) я отношусь к этому спокойно; б) нечто среднее; в) испытываю к ним чувство презрения.
51. Иногда мне очень хочется выругаться:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.
52. При одинаковой зарплате я предпочел бы быть:
а) адвокатом; б) затрудняюсь ответить; в) штурманом или летчиком.
53. Мне доставляет удовольствие совершать рискованные поступки только для забавы
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
54. Я люблю музыку:
а) легкую, живую; б) нечто среднее; в) эмоционально насыщенную, сентиментальную.
55. Самое трудное для меня — это справиться с собой:
а) верно; б) не уверен; в) неверно.
56. Я предпочитаю планировать свои дела сам, без постороннего вмешательства и чужих советов:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
57. Иногда чувство зависти влияет на мои поступки:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
58. «Размер» так относится к «сумма», как «нечестный»:
а) тюрьма; б) грешный; в) укравший.
59. Родители и члены семьи часто придираются ко мне:
а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.
60. Когда я слушаю музыку, а рядом громко разговаривают:
а) это мне не мешает, я могу сосредоточиться; б) верно нечто среднее; в) это портит мне удовольствие и злит меня.
61. Временами мне приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.
62. Мне кажется, интереснее быть:
а) художником; б) не знаю, что выбрать; в) директором театра или киностудии.
63. Я предпочел бы одеваться скорее скромно, так как все, чем броско и оригинально:
а) согласен; б) не уверен; в) не согласен.

64. Не всегда можно осуществить что-либо постепенными, умеренными методами, иногда необходимо приложить силу:
а) согласен; б) нечто среднее; в) нет.
65. Я любил школу:
а) да; б) трудно сказать; в) нет.
66. Я лучше усваиваю материал:
а) читая хорошо написанную книгу; б) верно нечто среднее; в) участвуя в коллективном обсуждении.
67. Я предпочитаю действовать по-своему вместо того, чтобы придерживаться общепринятых правил:
а) согласен; б) не уверен; в) не согласен.
68. АВ так относится к ГВ, как СР к:
а) ПО; б) ОП; в) ТУ.
69. Обычно я удовлетворен своей судьбой:
а) да; б) не знаю; в) нет.
70. Когда приходит время для осуществления того, что я заранее планировал и ждал, я иногда чувствую себя не в состоянии это сделать:
а) согласен; б) нечто среднее; в) не согласен.
71. Не все мои знакомые мне нравятся:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.
72. Если бы меня попросили организовать сбор денег на подарок кому-нибудь или участвовать в организации юбилейного торжества:
а) я согласился бы; б) не знаю, что сделал бы; в) сказал бы, что, к сожалению, очень занят.
73. Вечер, проведенный за любимым занятием, привлекает меня больше, чем оживленная вечеринка:
а) согласен; б) не уверен; в) не согласен.
74. Меня больше привлекает красота стиха, чем красота и совершенство оружия:
а) да; б) не уверен; в) нет.
75. У меня больше причин чего-либо опасаться, чем у моих знакомых:
а) да; б) трудно сказать; в) нет.
76. Работая над чем-то, я предпочел бы делать это:
а) в коллективе; б) не знаю, что выбрать; в) самостоятельно.
77. Прежде чем высказать свое мнение, я предпочитаю подождать, пока буду полностью уверен в своей правоте:
а) всегда; б) обычно; в) только если это практически возможно.
78. «Лучший» так относится к «наихудший» как «медленный» к:
а) скорый; б) наилучший; в) быстрееший.
79. Я совершаю много поступков, о которых потом жалею:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.
80. Обычно я могу сосредоточенно работать, не обращая внимания на то, что люди вокруг меня шумят:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.

81. Я никогда не откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня:
а) да; б) затрудняюсь ответить; в) нет.
82. У меня было:
а) очень мало выборных должностей; б) несколько; в) много выборных должностей.
83. Я провожу много свободного времени, беседуя с друзьями о тех приятных событиях, которые мы вместе переживали когда-то:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
84. На улице я останавлиюсь, чтобы посмотреть скорее на работу художника, чем на уличную ссору или дорожное происшествие:
а) да; б) не уверен; в) нет.
85. Иногда мне очень хотелось уйти их дома:
а) да; б) не уверен; в) нет.
86. Я предпочел бы жить тихо, как мне нравится, нежели быть предметом восхищения благодаря своим друзьям:
а) да; б) верно нечто среднее; в) нет.
87. Разговаривая, я склонен:
а) высказывать свои мысли сразу, как только они приходят в голову;
б) верно нечто среднее; в) прежде хорошенько собраться с мыслями.
88. Какое из следующих сочетаний знаков должно продолжить этот ряд X0000XX000XXX:
а) 0XXX; б) 00XX; в) X000.
89. Мне безразлично, что обо мне думают другие:
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
90. У меня бывают такие волнующие сны, что я просыпаюсь:
а) часто; б) изредка; в) практически никогда.
91. Я каждый день читаю всю газету:
а) да; б) трудно сказать; в) нет.
92. Ко дню рождения, к праздникам:
а) я люблю делать подарки; б) затрудняюсь ответить; в) считаю, что покупка подарков — несколько неприятная обязанность.
93. Очень не люблю бывать там, где не с кем поговорить:
а) верно; б) не уверен; в) неверно.
94. В школе я предпочитал:
а) русский язык; б) трудно сказать; в) математику.
95. Кое-кто затаил злобу против меня:
а) да; б) не знаю; в) нет.
96. Я охотно участвую в общественной жизни, в работе разных комиссий и т. д.
а) да; б) нечто среднее; в) нет.
97. Я твердо убежден, что начальник может быть не всегда прав, но всегда имеет возможность настоять на своем:
а) да; б) не уверен; в) нет.

98. Какое из следующих слов не подходит к двум остальным:

а) какой-либо; б) несколько; в) большая часть.

99. В веселой компании мне бывает неудобно дурачиться вместе с другими:

а) да; б) по-разному; в) нет.

100. Если я совершил какой-то промах в обществе, я довольно быстро забываю о нем:

а) да; б) нечто среднее; в) нет.

Обработка и интерпретация результатов теста

Ответы опрашиваемого надо сравнить с ключом. В случае совпадения буквы, указанной в ключе, и буквы ответа, который выбрал опрашиваемый, за данный ответ начисляется 2 балла. За промежуточный ответ «б» всегда начисляется 1 балл. В случае несовпадения буквы ответа и буквы ключа начисляется 0 баллов.

Обработка по фактору В (логическое мышление) несколько другая. В случае совпадения буквы ответа с буквой ключа присваивается 2 балла, в случае несовпадения — 0 баллов.

Ключ к тесту

I	1с	11а	21с	31с	41а	51с	61с	71с	81а	91а	Л
II	2а	12с	22с	32с	42а	52а	62с	72а	82с	92а	А
III	3а	13а	23а	33с	43с	53а	63с	73с	83а	93с	Д
IV	4с	14а	24с	34с	44а	54с	64а	74а	84а	94а	К
V	5а	15а	25с	35а	45с	55а	65с	75с	85а	95а	П
VI	6с	16а	26а	36с	46а	56а	66с	76с	86а	96с	М
VII	7с	17а	27а	37а	47с	57с	67с	77а	87с	97а	Н
VIII	8б	18б	28б	38с	48б	58с	68б	78с	88б	98а	В
IX	9с	19с	29а	39с	49а	59а	69с	79а	89а	99с	П
X	10с	20а	30а	40с	50а	60а	70с	80а	90с	100а	С

Полученные таким образом баллы суммируются по каждому фактору.

По факторам А, В, С, Д, К, М, Н, Л максимальное число баллов 20, по фактору П — 40 баллов (сложить 5 и 9 строки).

Количество баллов от 16 до 20 (по факторам А, В, С, Д, К, М, Н) является высокой оценкой по данному фактору, значит, соответствующее качество личности явно выражено (например, общительность по фактору А).

Количество баллов 13, 14, 15 говорит об определенном преобладании качества, соответствующего высокой оценке (например, общительности над замкнутостью).

Количество баллов 5, 6, 7 свидетельствует о преобладании качества, соответствующего низкой оценке (например, замкнутости над общительностью).

Количество баллов 8–2 означает примерное равновесие между двумя противоположными личностными качествами (например, в меру открыт, в меру замкнут).

Если опрашиваемый набрал 12 и более баллов по шкале Л, то результаты опроса необходимо признать недостоверными.

Если опрашиваемый набрал более 20 (из 40) баллов по шкале П (склонность к асоциальному поведению), то это свидетельствует об определенных личностных проблемах в какой-либо сфере жизни: в семье, в отношениях с друзьями, на работе, в отношениях

с окружающими). В этом случае необходимо провести дополнительное собеседование, чтобы выявить, насколько серьезны возникшие проблемы.

Фактор А:

- Высокая оценка +А — открытый, легкий, общительный.
- Низкая оценка –А — необщительный, замкнутый.

Фактор В:

- Высокая оценка +В — с развитым логическим мышлением, сообразительный.
- Низкая оценка –В — невнимательный или со слабо развитым логическим мышлением.

Фактор С:

- Высокая оценка +С — эмоционально устойчивый, зрелый, спокойный.
- Низкая оценка –С — эмоционально неустойчивый, изменчивый, поддающийся чувствам.

Фактор Д:

- Высокая оценка +Д — жизнерадостный, беспечный, веселый.
- Низкая оценка –Д — трезвый, молчаливый, серьезный.

Фактор К:

- Высокая оценка +К — чувствительный, тянущийся к другим, с художественным мышлением.
- Низкая оценка –К — полагающийся на себя, реалистичный, рациональный.

Фактор М:

- Высокая оценка +М — предпочитающий собственные решения, независимый, ориентированный на себя.
- Низкая оценка –М — зависимый от группы, компанейский, следует за общественным мнением.

Фактор Н:

- Высокая оценка +Н — контролирующий себя, умеющий подчинять себя правилам.
- Низкая оценка –Н — импульсивный, неорганизованный.

Кроме того, данный опросник позволяет выявить склонность к асоциальному поведению (фактор П), что может характеризоваться пренебрежением к принятым общественным нормам, моральным и этическим ценностям, установившимся правилам поведения и обычаям.

Включена в опросник и шкала правдивости (фактор Л), которая позволяет судить о достоверности полученных результатов.

Уровневая оценка факторов (в баллах):

- 16–20 — максимальный уровень;
- 13–15 — преобладающая выраженность факторов;
- 8–12 — средний уровень;
- 5–7 — низкий уровень.

2.1.3 МЕТОДИКА «ДИАГНОСТИКА КОММУНИКАТИВНОЙ УСТАНОВКИ» (В. В. Бойко)

Инструкция. Вам надо прочитать каждое из предложенных ниже суждений и ответить «да» или «нет», выражая согласие или несогласие с ними, и результаты записать в бланк ответов.

Вопросы:

1. Мой принцип в отношениях с людьми: доверяй, но проверяй.
2. Лучше думать о человеке плохо и ошибиться, чем наоборот (думать хорошо и ошибиться).
3. Высокопоставленные должностные лица, как правило, ловкачи и хитрецы.
4. Современная молодежь разучилась испытывать глубокое чувство любви.
5. С годами я стал более скрытным, потому что часто приходилось расплачиваться за свою доверчивость.
6. Практически в любом коллективе присутствует зависть или подсиживание.
7. Большинство людей лишено чувства сострадания к другим.
8. Большинство работников на предприятиях и в учреждениях старается прибрать к рукам все, что плохо лежит.
9. Подростки в большинстве своем сегодня воспитаны хуже, чем когда бы то ни было.
10. В моей «жизни» часто встречались циничные люди.
11. Бывает так: делаешь добро людям, а потом жалеешь об этом, потому что они платят неблагодарностью.
12. Добро должно быть с кулаками.
13. С нашим народом можно построить счастливое общество в недалеком будущем.
14. Неумных вокруг себя видишь чаще, чем умных.
15. Большинство людей, с которыми приходится иметь деловые отношения, разыгрывают из себя порядочных, но по сути они иные.
16. Я очень доверчивый человек.
17. Правы те, кто считает: надо больше бояться людей, а не зверей.
18. Милосердие в нашем обществе в ближайшем будущем останется иллюзией.
19. Паша действительность делает человека стандартным, безликим.
20. Воспитанность в моем окружении на работе — редкое качество.
21. Практически я всегда останавливаюсь, чтобы дать по просьбе прохожего жетон для телефона-автомата в обмен на деньги.
22. Большинство людей пойдет на безнравственные поступки ради личных интересов.
23. Люди, как правило, безынициативны в работе.

24. Пожилые люди в большинстве показывают свою озлобленность каждому.

25. Большинство людей на работе любят посплетничать друг о друге.

Обработка и интерпретация результатов теста

Завуалированная жестокость в отношении к людям, в суждениях о них. Вернитесь, пожалуйста, к вопросам, на которые вы отвечали в самом начале раздела. О завуалированной жестокости в отношениях к людям свидетельствуют такие варианты ответов (в скобках указывается количество баллов, начисляемых за соответствующий вариант): 1 — да (3); 6 — да (3); 11 — да (7), 16 — нет (3); 21 — нет (4).

Максимально можно набрать 20 баллов. Чем больше заработанных баллов, тем отчетливее выражена завуалированная жестокость в отношении к людям.

Открытая жестокость в отношении к людям. Личность не скрывает и не смягчает свои негативные оценки и переживания по поводу большинства окружающих: выводы о них резкие, однозначные и сделаны, возможно, навсегда. Об открытой жестокости вы можете судить по таким вопросам из выше приведенного опросника: 2 — да (9); 7 — да (8); 12 — да (10); 17 — да (10); 22 — да (8).

Обоснованный негативизм в суждениях о людях. Выражается в объективно обусловленных отрицательных выводах о некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия.

Обоснованный негативизм обнаруживается в таких вопросах и вариантах ответов: 3 — да (1); 8 — да (1); 13 — нет (1); 18 — да (1); 23 — да (1). Максимальное число баллов — 5, набрать их не считается зазорным. Однако обращает на себя внимание особый тип опрашиваемых. Они демонстрируют весьма выраженную жестокость — завуалированную или открытую, либо и ту и другую сразу, но в то же время словно носят розовые очки: то, что вызывает обоснованный негативизм, они не замечают.

Брюзжание, то есть склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношения с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью. О наличии такого компонента в негативной установке свидетельствуют следующие вопросы из упомянутого опросника: 4 — да(2); 9 — да (2); 14 — да (2); 19 — да (2); 24 — да (2). Максимальное количество баллов — 10.

Негативные личный опыт общения с окружающими. Данный компонент установки показывает, в какой мере вам повезло в жизни на ближайший круг знакомых и партнеров по совместной деятельности (в предыдущих показателях оценивались скорее общие ситуации). О негативном личном опыте контактов свидетельствуют вопросы: 5 — да (5); 10 — да (5); 15 — да (5); 20 — да (4); 25 — да (1). Максимально возможное число баллов — 20.

2.1.4 МЕТОДИКА «ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ БАРЬЕРОВ В МЕЖЛИЧНОСТНОМ ОБЩЕНИИ» (В. В. Бойко)

Инструкция. Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет» в бланке ответов.

1. Обычно к концу рабочего дня на моем лице заметна усталость.
2. Случается, что при первом знакомстве эмоции мешают мне произвести более благоприятное впечатление на партнеров (теряюсь, волнуюсь, замыкаюсь или, напротив, много говорю, перевозбуждаюсь, веду себя неестественно).
3. В общении мне часто недостает эмоциональности, выразительности.
4. Пожалуй, я кажусь окружающим слишком строгим.
5. Я в принципе, против того, чтобы изображать учтивость, если тебе не хочется.
6. Я обычно умею скрыть от партнеров вспышки эмоций.
7. Часто в общении с коллегами я продолжаю думать о чем-то своем.
8. Бывает, хочу выразить партнеру эмоциональную поддержку (внимание, сочувствие, сопереживание), но он этого не чувствует, не воспринимает.
9. Чаще всего в моих глазах или в выражении лица видна озабоченность.
10. В деловом общении я стараюсь скрывать свои симпатии к партнерам.
11. Все мои неприятные переживания обычно написаны на моем лице.
12. Если я увлекаюсь разговором, то мимика лица становится излишне выразительной, экспрессивной.
13. Пожалуй, я несколько эмоционально скован, зажат.
14. Я обычно нахожусь в состоянии нервного напряжения.
15. Обычно я чувствую дискомфорт, когда приходится обмениваться рукопожатиями в деловой обстановке.
16. Иногда близкие люди одергивают меня: расслабь мышцы лица, не криви губы, не морщи лицо и т. п.
17. Разговаривая, излишне жестикулирую.
18. Обычно в новой ситуации мне трудно быть раскованным, естественным.
19. Пожалуй, мое лицо часто выражает печаль или озабоченность, хотя на душе спокойно.
20. Мне затруднительно смотреть в глаза при общении с малознакомым человеком.
21. Если я хочу, то мне всегда удается скрыть вою неприязнь к плохому человеку.
22. Мне часто бывает почему-то весело без всякой причины.
23. Мне очень просто сделать по собственному желанию или по заказу разные выражения лица: изобразить печаль, радость, испуг, отчаяние и т.д.

24. Мне говорили, что мой взгляд трудно выдержать.

25. Мне что-то мешает выражать теплоту, симпатию человеку, даже если я испытываю эти чувства к нему.

Обработка и интерпретация результатов теста

Ключ к тесту. Подведите итоги самооценивания с помощью предложенного ключа.

Неумение управлять эмоциями, дозировать их: +1, -6, +11, +16, -21.

Неадекватное проявление эмоций: -2, +7, +12, +17, +22.

Негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций: +3, +8, +13, +18, -23.

Доминирование негативных эмоций: +4, +9, +14, +19, +24.

Нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе: +5, +10, +15, +20, +25.

Интерпретация результатов теста

Какова сумма набранных вами баллов? Она может колебаться в пределах от 0 до 25. Чем больше баллов, тем очевиднее ваша эмоциональная проблема в повседневном общении.

Однако не следует обольщаться, если вы набрали очень мало баллов (**0–2**). Либо вы были неискренни в своих ответах, либо плохо видите себя со стороны.

Если вы набрали не более **5 баллов**, эмоции обычно не мешают вам общаться с партнерами.

6-8 баллов — у вас есть некоторые эмоциональные проблемы в повседневном общении;

9-12 баллов — свидетельство того, что ваши эмоции «на каждый день» в некоторой степени осложняют взаимодействие с партнерами;

13 баллов и больше — эмоции явно мешают устанавливать контакты с людьми, возможно, вы подвержены каким-либо дезорганизующим реакциям или состояниям. Обратите внимание, нет ли конкретных «помех», которые отчетливо возникают у вас, — это пункты, по которым вы набрали 3 и более баллов.

2.1.5 МЕТОДИКА «УРОВЕНЬ ОБЩИТЕЛЬНОСТИ» (В. Ф. Ряховского)

Инструкция. Прочтите каждый из 16 вопросов и напишите ответ — «да», «нет» или «иногда». Результаты зафиксируйте в бланке ответов.

Текст опросника:

1. Вам предстоит обычная или деловая встреча. Выбивает ли вас ее ожидание из колеи?
2. Не откладываете ли вы визит к врачу до последнего момента?
3. Вызывает ли у вас смятение и неудовольствие поручение выступить с докладом, сообщением, информацией на каком-либо совещании, собрании или тому подобном мероприятии?
4. Вам предлагают выехать в командировку в город, где вы никогда не бывали. Приложите ли вы максимум усилий, чтобы избежать этой командировки?
5. Любите ли вы делиться своими переживаниями с кем бы то ни было?
6. Раздражаетесь ли вы, если незнакомый человек на улице обратится к вам с просьбой (показать дорогу, назвать время, ответить на какой-то вопрос)?
7. Верите ли вы, что существует проблема «отцов и детей» и что людям разных поколений трудно понимать друг друга?
8. Постесняетесь ли вы напомнить знакомому, что он забыл вам вернуть 100 рублей, которые занял несколько месяцев назад?
9. В ресторане либо в столовой вам подали явно недоброкачественное блюдо. Промолчите ли вы, лишь рассерженно отодвинув тарелку?
10. Оказавшись один на один с незнакомым человеком, вы не вступите с ним в беседу и будете тяготиться, если первым заговорит он? Так ли это?
11. Вас приводит в ужас любая длинная очередь, где бы она ни была.
12. Предпочтете ли вы отказаться от своего намерения или встанете в очередь и будете томиться в ожидании?
13. Бойтесь ли вы участвовать в какой-либо комиссии по рассмотрению конфликтных ситуаций?
14. У вас есть собственные сугубо индивидуальные критерии оценки произведений литературы, искусства, культуры, и никаких чужих мнений на этот счет вы не приемлете. Это так?
15. Услышав где-либо в кулуарах высказывание явно ошибочной точки зрения по хорошо известному вам вопросу, предпочтете ли вы промолчать и не вступать в спор?
16. Вызывает ли у вас досаду чья-либо просьба помочь разобраться в том или ином служебном вопросе или учебной теме? Охотнее ли вы излагаете свою точку зрения в письменной форме, чем в устной?

Теперь рекомендуется самому оценить ответы: за каждое «да» — 2 очка, «иногда» — 1 очко, «нет» — 0. Затем общее число очков суммируется и по классификатору определяется, к какой категории людей вы относитесь.

30–32 очка. Вы явно некоммуникабельны, и это ваша беда, так как страдаете от этого больше всего вы сами. Но и близким вам людям тоже нелегко. На вас трудно положиться в деле, которое требует групповых усилий. Старайтесь стать общительнее, контролируйте себя.

25–29 очков. Вы замкнуты, неразговорчивы, предпочитаете одиночество, и поэтому у вас, наверное, мало друзей. Новая работа и необходимость новых контактов если и не ввергает вас в панику, то надолго выводит из равновесия. Вы знаете эту особенность своего характера и бываете, недовольны собой. Но не ограничивайтесь только недовольством — в вашей власти переломить эти особенности характера. Разве не бывает, что при какой-либо сильной увлеченности вы обретаете вдруг полную коммуникабельность? Стоит только встряхнуться.

19–24 очка. Вы в известной степени общительны и в незнакомой обстановке чувствуете себя вполне уверенно. Новые проблемы вас не пугают. И все же с новыми людьми сходитесь с оглядкой, в спорах и диспутах участвуете неохотно. В ваших высказываниях порой слишком много сарказма без всякого на то основания. Эти недостатки исправимы.

14–18 очков. У вас нормальная коммуникабельность. Вы любознательны, охотно слушаете интересного собеседника, достаточно терпеливы в общении с другими, отстаиваете свою точку зрения без вспыльчивости. Без неприятных переживаний идете на встречу с новыми людьми. В то же время вы не любите шумных компаний; экстравагантные выходки и многословие вызывают у вас раздражение.

9–13 очков. Вы весьма общительны (порой, быть может, даже сверх меры). Любопытны, разговорчивы, любите высказываться по разным вопросам, что, бывает, вызывает раздражение окружающих. Охотно знакомитесь с новыми людьми. Любите бывать в центре внимания, никому не отказываете в просьбах, хотя не всегда можете их выполнить. Бывает, вспылите, но быстро отходите. Чего вам недостает, так это усидчивости, терпения и отваги при столкновении с серьезными проблемами. При желании, однако, вы можете себя заставить не отступать.

4–8 очков. Вы, должно быть, «рубаха-парень». Общительность бьет из вас ключом. Вы всегда в курсе всех дел. Любите принимать участие во всех дискуссиях, хотя серьезные темы могут вызвать у вас мигрень и даже хандру. Охотно берете слово по любому вопросу, даже если имеете о нем поверхностное представление. Всюду чувствуете себя в своей тарелке. Беретесь за любое дело, хотя далеко не всегда можете успешно довести его до конца. По этой самой причине руководители и коллеги относятся к вам с некоторой опаской. Задумайтесь над этим!

3 очка и менее. Ваша коммуникабельность носит болезненный характер. Вы говорливы, многословны, вмешиваетесь в дела, которые не имеют к вам никакого отношения. Беретесь судить о проблемах, в которых совершенно некомпетентны. Вольно или невольно вы часто бываете причиной разного рода конфликтов в вашем окружении. Вспыльчивы, обидчивы, нередко бываете необъективны. Серьезная работа не для вас. Людям — и на работе, и дома, и вообще повсюду — трудно с вами. Да, вам надо поработать над собой и своим характером! Прежде всего, воспитывайте в себе терпеливость и сдержанность, уважительнее откоситесь к людям; наконец, подумайте и о своем здоровье — такой стиль жизни не проходит бесследно.

2.2 ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В основу разработки программы были положены значительные теоретические положения теории личности как активного развивающегося субъекта (С. Л. Рубинштейн, А. К. Альбуханова-Славская, А. В. Петровский, В. А. Петровский, И. Б. Котова), основные идеи теории развития личности в гуманистической психологии (К. Роджерс, А. Маслоу, Р. Бернс), идеи теории общения, касающиеся развития оптимального взаимодействия (А. А. Бодалев, А. А. Леонтьев, Г. М. Андреева, Н. В. Кузьмина), основные положения теории психологической компетентности в общении (А. К. Маркова, Л. М. Митина, Ю. Н. Емельянов, Т. Н. Щербакова), принципы и правила построения социально-психологического тренинга и системы методов активного обучения (Л. А. Петровская, Т. Н. Щербакова).



Накопленный в психологии теоретический материал относительно содержания, специфики механизмов функционирования, структуры и факторов становления коммуникативной компетентности как интегрального личностного образования, позволяет выделить те параметры коммуникативной компетентности, которые могут стать предметом развивающего либо корректирующего воздействия.

Цель программы направлена на повышение психологической культуры будущего врача в нескольких направлениях:

- расширение представлений об эмоциональной сфере человека, и переживаниях в экстремальных ситуациях, затрагивающих здоровье;
- знания о психологической составляющей профессионализма врача;
- углубление знаний о психологических закономерностях общения и эффектах социальной перцепции;
- развитие коммуникативных и социально-перцептивных умений;
- освоение средств и приемов психологической поддержки больного.

Разработанная программа развития коммуникативной компетентности включает четыре блока:

- *установочный;*
- *диагностический;*
- *развивающий;*
- *моделирующий.*

Установочный блок предполагает формирование позитивной установки на повышение уровня коммуникативной компетентности и осознание необходимости актуализации собственных резервов в общении.

На этом этапе предлагается спецкурс «Психологические основы эффективного общения в системе «врач – пациент», рассчитанный на 28 часов и включающий цикл лекций, семинарских и практических занятий.

2.2.1 ПРОГРАММА СПЕЦКУРСА «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»



Тема 1. Общение в системе межличностных отношений. Общение врача: установление контакта и доверительных отношений.

Общая характеристика категории общения. Функции общения. Виды общения, их классификация. Психологические защитные механизмы. Взаимодействие «врач – пациент». Коммуникация, взаимопонимание и взаимодействие в общении. Единство общения и деятельности.

Тема 2. Особенности взаимодействия медицинского работника и пациента. Коммуникативная сторона общения. Интеракция. Межличностная перцепция.

Своеобразие коммуникативной стороны общения, ее роль в деятельности медицинского работника. Вербальная коммуникация, ее виды. Стили и приемы профессионального слушания. Пространство и его организация в межличностном общении. Невербальное общение. Коммуникативные барьеры в работе врача.

Тема 3. Технологии эффективного общения.

Технологии общения Э. Берна. Основные понятия трансактного анализа. Структурный анализ. Функциональный анализ. Технология идеального общения Ч. Тойч и Д. Тойч. Модели коммуникации. Стилль взаимодействия.

Тема 4. Профессиональное общение медицинского работника.

Компетентность в общении. Личные умения и качества. Эмпатия и эмоциональная идентификация. Деловое общение, его формы и виды.

Тема 5. Общение в ситуации конфликта.

Конфликт в медицинской практике. Типы межличностных конфликтов. Стратегии поведения в конфликте, способы его разрешения.

Тема 6. Средства психологической поддержки пациента.

Содержание и цель психологической поддержки во врачебной практике. Поддерживающие высказывания. Приемы и способы усиления доверия. Критерии оценки эмоционального благополучия пациента во время приема.

Тематика семинарских занятий

Семинарское занятие № 1

Тема: *Вербальный и невербальный способ терапевтического общения в системе «врач – пациент».*

Теоретические вопросы:

1. Специфика коммуникативного процесса между людьми. Уровни общения: вербальный и невербальный, их соотношение.

2. Виды невербальных средств общения (Н. И. Шевандрин). Культура невербальной коммуникации медицинского работника.

3. Обратная связь. Коммуникативные барьеры в медицинской практике.

Семинарское занятие № 2

Тема: *Природа конфликтов. Виды и характеристика конфликтов между врачом и пациентом. Пути и способы разрешения конфликтных ситуаций.*

Теоретические вопросы:

1. Понятие и причины возникновения конфликтов. Разновидности конфликтов. Стадии или уровни межличностного конфликта.

2. Виды и характеристика конфликтов между врачом и пациентом.

3. Пути и способы разрешения конфликтных ситуаций в медицинской практике.

Семинарское занятие № 3

Тема: *Эмпатическое восприятие и понимание пациента врачом.*

Теоретические вопросы:

1. Общение как восприятие партнеров. Особенности перцептивной стороны профессионального общения врача и пациента.

2. Механизмы восприятия в медицинской практике: эмпатия, рефлексия, идентификация. Эффекты межличностного восприятия: стереотипизация, социальная аттракция, трансфер и контртрансфер.

Семинарское занятие № 4

Тема: *Коммуникативные умения и способности. Общительность как профессиональное качество.*

Теоретические вопросы:

1. Проблема коммуникативных умений и способностей в научной литературе. Классификация коммуникативных умений.

2. Компоненты общительности: коммуникабельность, альтруистические эмоции. Параметры личности, влияющие на общительность. Общительность как профессиональное качество личности врача.

3. Методы определения уровня развитости коммуникативных способностей человека. Проблема формирования коммуникативных умений и навыков. Пути совершенствования коммуникативных умений и навыков у студентов-медиков.

Тематика практических занятий

Практическое занятие № 1

Тема: *Теория и практика обучения общению. Саморегуляция человека в процессе деятельности своего психического состояния.*

Теоретические вопросы:

1. Проблема управления эмоциональным состоянием в процессе профессионального общения.

2. Методы психической саморегуляции: противострессовые упражнения, самоубеждение, самоощущение, самовнушение (медитация, аутогенная тренировка).

Практическое занятие № 2–3

Тема: *Тренинг в профессиональном общении медицинского работника.*

Теоретические вопросы:

1. Принципы и задачи тренинговой группы.
2. Методы работы в группах тренинга.
3. Основные виды тренинговых групп. Значение тренинга в профессиональном общении медицинского работника.

Практическое задание:

Занятие 1. Тема: Как я вижу, чувствую и понимаю других.

Цели:

- помочь участникам зафиксировать и на этой основе развивать свои умения видеть, чувствовать, адекватно воспринимать других людей, их поведение, ситуации, возникшие в процессе общения;
- формирование внимательного отношения друг к другу и другим людям.

Выполнение упражнений:

«*Знакомство*» (представление себя). Каждому дается по 3 минуты для рассказа о себе. Участники рассказывают только то, что посчитают нужным.

«*Видение других*». Один из участников садится спиной к остальным. Он должен подробно описать внешний вид кого-либо из присутствующих — детали костюма, прическу, обувь, принять его характерную позу и попытаться определить его состояние.

«*Мой день*». Все участники сидят по кругу. Ведущий дает инструкцию: в течение пяти минут нарисуйте свои впечатления о сегодняшнем дне. Сделайте ваш рисунок в любой манере. Завершенные рисунки отдайте мне. Ведущий предлагает каждому назвать автора и пояснить, почему он пришел к такому решению. Аналогично обсуждаются все рисунки.

«*Обратная связь*». Работа в парах. Группа разбивается на пары по желанию. Каждый в паре по очереди говорит своему партнеру: «Мне в тебе нравится ...» (3 раза). «Мне в тебе не нравится ...» (1 раз). В конце упражнения — рефлексия.

Занятие 2. Тема: Что значит эффективно общаться?

Цели:

- актуализация участниками группы своей профессиональной позиции;
- выработка концептуального представления о сущности терапевтического общения врача;
- выработка умения принимать решения в группе.

Выполнение упражнений. Дискуссия «Эффективность профессионального общения медицинского работника».

I этап. Группа разбивается на микрогруппы, которые расходятся по разным сторонам аудитории и обсуждают тему «Эффективность профессионального общения медицинского работника. Критерии эффективности и условия реализации».

II этап. Вся группа собирается вместе для защиты своей работы в групповой дискуссии. От каждой группы выступает один или несколько человек в течение 7–10 минут. После выступления другая группа задает вопросы на понимание, выражает свое согласие или несогласие. После выступления всех групп ведущий дискуссии совместно с участниками подводит итоги, давая качественный анализ всех сообщений.

Домашнее задание. Ответьте на 2 вопроса:

За что меня ценят?

За что меня можно критиковать?

Практическое занятие № 4

Тема: *Выявление уровня сформированности коммуникативной компетентности у студентов-медиков.*

Теоретическая часть. Понятие коммуникативной компетентности студентов-медиков. Критерии оценки, уровни сформированности коммуникативной компетентности у студентов-медиков.

Практическое задание

Цель: представить динамику сформированности коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза.

1. Написание ответов на вопросы:

Какое значение имеет общение в деятельности медицинского работника?

Нужно ли обучать общению?

2. Выполнение контрольного теста с целью выяснению уровня усвоения студентами теоретических знаний по вопросам общения, преподаваемых в рамках курса.

3. Самооценка коммуникативных умений.

На основе полученных результатов, ориентируясь на критерии сформированности коммуникативной компетентности, преподаватель выявляет уровни сформированности коммуникативной компетентности каждого студента, показывает динамику развития коммуникативных умений. Преподавателем даются соответствующие рекомендации для каждого студента.

Диагностический блок программы посвящен самодиагностике будущих студентов-медиков, направленной на выявление индивидуально-психологических характеристик способствующих и затрудняющих общение.

В результате формируется психологический портрет и происходит активация саморефлексии, что позволяет будущему врачу осознать свои «плюсы» и «минусы» в общении. В качестве диагностического инструмента используется специально разработанный пакет методик, позволяющий выявить

наиболее значимые для успешного взаимодействия параметры. На этом этапе освоения программы происходит также стимулирование интереса к самопознанию и возможной самокоррекции.

Развивающий блок программы нацелен на развитие гибкости и коммуникабельности, формирование индивидуальной системыстроек в различных ситуациях взаимодействия; становление параметров компетентного индивидуального стиля. На данном этапе реализуется тренинг «Развитие коммуникативной компетентности у студентов-медиков».

Моделирующий блок содержит комплекс упражнений и творческих заданий, выполнение которых способствует моделированию коммуникативной компетентности как профессиональной ценности в системе «врач-пациент».

Таким образом, в результате формируется индивидуальная модель развития данного вида компетентности.

Одной из главных задач создания подобного рода программ является решение следующих вопросов:

- определение компонентов в структуре коммуникативной компетентности наиболее сензитивных к воздействию и динамичных;
- подбор развивающе-коррекционного инструментария адекватного целям программы;
- определение форм и средств реализации коррекционно-развивающих методов;
- определение этапов и блоков программы, так как построение развивающей программы как системы относительно автономных блоков позволяет сделать ее гибкой, что дает возможность видоизменять ее, адаптируя к конкретным условиям реализации.

Практика программ показывает, что тренинг является наиболее эффективной формой организации обучающих занятий со студентами. Это объясняется рядом позиций:

- социально-психологический тренинг как форма обучения ближе всего стоит к реальному процессу общения;
- иллюстрация различных ситуаций, имеющих место в профессиональном общении, позволяет акцентировать внимание на типичных ошибках и развивать необходимые группы умений и качеств.

В программу развития коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза входит и разработанный тренинг.

2.2.2 ТРЕНИНГ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

I этап. Знакомство (организация группового взаимодействия).

Цель:

- развитие умений самопрезентации в профессиональном сообществе;
- создание установки на сотрудничество;
- рефлексия своих индивидуальных ресурсов в контексте группы.



Упражнение 1 «Приветствие»

Участникам предлагается назвать свое тренинговое имя и высказать пожелание группе по поводу дальнейшей совместной работы.

В конце выполнения упражнения группа повторяет краткое содержание прозвучавших пожеланий в виде лозунгов, которые фиксируются на листе ватмана. *Например: Будь открыт, весел, терпим к другим!*

Упражнение 2 «Представление»

Участникам предлагается оформить визитку, на которой необходимо записать следующую информацию:

«Я — (записывается десять прилагательных, наиболее полно характеризующих Вашу индивидуальность).

На обратной стороне карточки записываются:

«Мой девиз: ...».

«Моя психологическая роль в общении ...».

На выполнение задания отводится 3 минуты. Затем каждый участник озвучивает написанное, передавая эстафету следующему.

Упражнение 3 «Комплимент»

1. Каждый участник по кругу должен сказать комплимент, соседу основываясь на его конкретном качестве (внешность, поведение, характер) выразив комплимент одной фразой: «Вы ...».

2. Каждому участнику предлагается сказать комплимент группе в целом: «Вы все ...».

В конце выполнения упражнения проводится обобщение высказываний.

Упражнение 4 «Принятие решений»

Группе предлагается прийти к единому мнению относительно оценки какого-либо объекта (явления природы, предмета, цвета, события).

Для этого ведущий выбирает объект, например, картину летнего пейзажа. Участникам предлагается методом мозгового штурма выдвигать предположения относительно влияния созерцания летнего пейзажа на настроение человека.

В итоге группа должна прийти к общему мнению. Например: «летний пейзаж вызывает радость» или «летний пейзаж вызывает лень и тоску» и т. д.

Упражнение 5 «Транслирование эмоций»

Участникам предлагается на карточках написать эмоции, которые они хотели бы передать другому. Карточки переворачиваются записями вниз. По кругу при помощи прикосновения и взгляда последовательно передается эмоция соседу, который озвучивает полученное эмоциональное сообщение. Коммуникатор улыбкой сигнализирует группе правильное считывание эмоций.

II этап. Диагностический.

Цель:

- развитие умений самодиагностики и конструирования своего психологического портрета;
- осознание своих характеристик как носителя психологической компетентности;
- рефлексия своих особенностей как субъекта педагогического взаимодействия.

Упражнение 1 «Мои возможности и ограничения»

Участникам предлагается заполнить таблицу:

Мои самые главные достижения	Мои барьеры
1.	
2.	
3.	

В таблицу заносятся те достижения, которые стали возможными благодаря знанию психологии и барьеры, которые вызваны дефицитом соответствующей информации.

Упражнение 2 «Я могу решать психологические проблемы»

Участникам предлагается на векторах отметить уровень своих возможностей в решении психологических проблем, возникающих в учебной и профессиональной деятельности:

↑	↑	↑	↑	↑	↑
Легко нахожу контакт с группой	Успешно решаю конфликтные ситуации	Хорошо владею собой	Устанавливаю взаимопонимание с пациентами	Могу увлечь за собой	Вижу, как оказать психологическую помощь себе и другим в ситуациях затруднения

В ходе выполнения упражнения необходимо на каждом векторе поставить две отметки: «Я» — **собственные возможности**. Учитывая, что чем выше отметка на векторе, тем больше развит соответствующий параметр.

Упражнение 3 «Мои резервы»

Я могу быстро и достаточно успешно повысить свой уровень психологической компетентности потому, что я:

- знаю — ...;
- умею — ...;
- владею — ...;
- обладаю —

(Назвать не менее трех параметров).

Мне могут препятствовать в развитии профессиональной психологической компетентности:

-
-
-

Зная свои индивидуальные особенности каждый может предположить, что в процессе развития профессиональной компетентности его ждут успехи и огорчения. На линии обозначающей процесс профессионального самосовершенствования обозначить предполагаемые события или чувства, имеющие положительную или отрицательную окраску.

Например:

Линия развития

неуверенность в успехе

«←»

«+»

свобода в общении

III этап. Развивающий.

Цель:

- рефлексия барьеров общения и затруднений в плане саморегуляции и самоконтроля;
- развитие гибкости в общении;
- расширение индивидуального опыта взаимодействия с позиций «врач – пациент»;
- рефлексия чувств сопровождающих взаимодействие с другими с другими и самим собой.

Упражнение 1 «Самопрезентация»

Участникам группы предлагается подготовить краткое сообщение на тему: «Я Ваш врач». Время подготовки 5 минут.

Лист для анализа коммуникации:

1. Суть получения сообщения.
2. Характеристики сообщения (личность, содержательность, противоречивость и т. д.).

3. Как понято сообщение другими участниками?
4. Характеристика коммуникатора.
5. Характер отношений с коммуникатором группы.
6. Какие чувства Вы испытывали по отношению к группе и ситуации выступления; себе как коммуникатору.

Каждый участник группы озвучивает свое сообщение.

В конце проводится групповой анализ успешности коммуникации.

Упражнение 2 «Гений общения»

Участники группы располагаются по кругу, образуя достаточно плотное кольцо. По очереди один из участников тренинга оказывается вне круга, его задача попасть в круг, договорившись о сотрудничестве с группой, оказывающей сопротивление. Вести переговоры необходимо с разных позиций:

- уверенного в своей правоте,
- уверенного в своей способности управлять другими и т.д.

В конце обсуждается успешность поведения участников и чувства, возникающие в процессе выполнения задания. При распределении позиций тренер использует альтернативный принцип; участники получают задание играть роль, противоположную их реальной внутренней позиции в общении.

Упражнение 3 «Пространство»

Группа делится на микрогруппы по 5 человек. Каждая микрогруппа образует свой круг. Участникам предлагается подойти к членам своей группы на то расстояние, которое они считают наиболее оптимальным для эффективного общения.

В конце выполнения упражнения проводится рефлексия чувств возникающих при приближении к партнеру на разную дистанцию. Анализируется полученный опыт установления дистанции в общении.

При анализе необходимо использовать примерную схему, которая отражает логику развития представлений об оптимальной дистанции партнеров.

Предлагаемая схема:

1. Я испытываю комфорт, если ко мне приближаются ...
2. Собеседник не должен ...
3. Люди могут установить эффективный контакт, если будут ...
4. Мне хочется на время переговоров сделать так, чтобы собеседник ...
5. В каждой культуре и социальной группе существует своя дистанция социального взаимодействия, например ...

IV этап. Проективный.

Цель:

– актуализация внутренних ресурсов и программирование позитивных установок и действий, направленных на развитие коммуникативной компетентности;

- развитие прогностических и проективных умений, позволяющих врачу целенаправленно конструктивно развиваться;
- приобретение опыта моделирования развития индивидуальной психологической компетентности.

Упражнение 1 «Образ достижений»

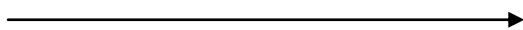
Предварительно участникам предлагается описать портрет психологически компетентного врача, используя десять прилагательных. Затем каждому участнику предоставляется возможность выбрать в группе человека, который более всего подходит под это описание. Свой выбор необходимо обосновать.

В завершение необходимо проанализировать чувства, возникающие при составлении портрета и его идентификации с конкретным человеком.

Упражнение 2 «Линия успеха»

Участникам предлагается на прямой линии, символизирующей профессиональный путь отметить точкой сегодняшний день и обозначить наиболее успешное решение проблемной ситуации, свою профессиональную победу «образец компетентного поведения» во взаимодействии с участниками группы в прошлом и наметить будущие успехи в проявлении профессиональной психологической компетентности

Линия успеха



В конце каждый называет по одному событию из прошлого и будущего, которые могут служить образцами компетентного поведения для участников тренинга. В итоге формируется общая линия успеха для группы.

Упражнение 3 «Гавань»

Участникам предлагается представить место, которое может служить психологической гаванью в «бурном море» профессиональной деятельности врача. Подробно описать его, используя цветовые, звуковые символы, присутствующие предметы и образы людей. Необходимо также придумать «волшебную палочку», при помощи которой в любой момент можно вызвать образ «психологической гавани». В качестве «волшебной палочки» могут выступать фраза; слово; движение; действие или символ.

Проводится анализ и оценка рассказа. Участники отмечают свои приобретения, сделанные во время обсуждения.

V этап. Контрольный.

Цель:

- анализ и оценка изменений, произошедших в результате занятий;
- рефлексия самоощущения, возникающего по мере прохождения тренинга;
- рефлексия возможностей самоизменения и саморазвития.

Упражнение 1 «Я расту»

На память о работе, каждый участник рисует в символической форме себя «до» и «после» тренинга.

Рисунки кратко анализируются, подчеркивается позитивная динамика и возможности дальнейшего развития.

Упражнение 2 «Обсуждение работы в тренинге»

В последний день занятий проводится итог работы в группе. Здесь участникам предлагается выполнить упражнения на осознание результатов тренинга, динамики своего самочувствия, а также устанавливается позитивный якорь психологических приобретений.

Членам группы предлагается ответить на вопросы анкеты.

Бланк для ответов.

Инструкция: необходимо кратко ответить на следующие вопросы. Ваши ответы могут стать известны другим только, если Вы сами этого захотите.

1. Что Вы испытывали, когда только решили работать в группе?
2. Что Вы испытываете теперь?
3. Кто в группе оставил наибольший след в вашем развитии? Поясните, почему?
4. Три главных приобретения в тренинге.
5. Что мешало Вам быть более свободным и открытым?
6. Что изменилось в Вас за время работы в группе?
7. Как Вы думаете, в чем состоит Ваш вклад в развитие других участников группы?
8. Как Вы сможете в будущем использовать полученный опыт?

В конце занятия все участники группы по кругу заканчивают фразу «Эти занятия помогли мне ...», «Я научился (понял) ...».

Упражнение 3 «Копилка»

Каждому участнику предлагается написать и озвучить выработанный им набор приемов психологической помощи врачу в ситуациях, вызывающих профессиональные затруднения в системе «врач-пациент».

Предложения складываются в импровизированную копилку группы.

Упражнение 4 «Проект-путешественник»

Участникам предлагается разработать мини-проект развития коммуникативной компетентности в профессионально-личностном становлении будущего врача.

Каждый участник группы разрабатывает импровизированную карту путешествия в страну успеха в освоении коммуникативной компетентности.

Участники продумывают не только маршрут, но и психологическое снаряжение, необходимое для преодоления пути.

Индивидуальные маршруты представляются и обсуждаются, в итоге составляется общий атлас группы.

Таким образом, завершение тренинга направлено на осознание содержания процесса развития коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза.

2.2.3 ПАМЯТКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ «ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ»

Уважаемые студенты!

Важным компонентом учебной работы в медицинском заведении является профессиональная практика. Основная цель практики — помочь Вам лучше усвоить полученные теоретические знания и научиться применять их в практической деятельности. Кроме того, практика дает Вам возможность определить собственные профессиональные интересы, а также оценить свои коммуникативные навыки. Умение профессионально, грамотно общаться с пациентом есть залог успешной профессиональной деятельности медицинского работника. Вам предлагается несколько советов, которые помогут овладеть искусством общения с пациентами:



1. **Ваш внешний вид:** халат, колпак должны быть безукоризненно чистыми, имейте всегда при себе вторую обувь.

2. Для успешного взаимодействия с пациентом следует, прежде всего, адекватно **оценить собственную значимость**. Познание себя, управление собой должно стать постоянной заботой каждого медицинского работника.

3. Будьте внимательны к **личности пациента и учитывайте психологические особенности каждого заболевания**. Целесообразные отношения строятся на взаимном уважении медицинского работника и пациента, на утверждении достоинства личности больного и собственного достоинства работника «здоровья».

4. Ваша **профессиональная речь** должна характеризоваться следующими свойствами: правильность, точность, логичность, уместность, чистота, богатство, выразительность. В свою очередь, М. Фаулер пишет о том, что с пациентом надо разговаривать не на своем, а на его языке. Это означает, что при общении с пациентом медицинский работник должен учитывать его профессиональные, личностные, возрастные особенности, кроме того, настоящее психическое состояние и специфику заболевания. Например, не следует часто употреблять медицинские термины, которые, в большом своем случае, являются непонятными или звучащими устрашающе для пациента, не имеющего специального медицинского образования.

5. **Прислушайтесь к пациенту**. Выделяются следующие принципы умения эффективно слушать пациента:

– перестаньте говорить, сосредоточьте внимание на пациенте, не прерывайте его;

– устраните отвлекающие факторы: телефонные звонки, другие люди, шум.

– смотрите на говорящего, дайте человеку понять, что Вас интересует то, что он говорит; будьте максимально внимательны и проявляйте участие;

– старайтесь уловить основную идею, уловите тему беседы, а не ее детали;

– отделите эмоции от реакции, избегайте гнева и печали, сильных эмоций, которые могут мешать внимательно, слушать и понимать;

– будьте осторожны с интерпретациями, не судите и не предполагайте поспешно, старайтесь уловить факты;

– сопереживайте, поставьте себя на место другого человека, чтобы понять его поступки, это поможет Вам увидеть мир таким, каким его видит он.

6. Следите за своим невербальным поведением. Следующие советы помогут Вам произвести наиболее благоприятное впечатление:

– следите за осанкой, никогда не сутультесь; походка должна быть свободной, без суевы, ленивости и усталости;

– поза должна говорить о вашей уверенности и о доброжелательном спокойствии (не следует скрещивать руки, наклонять голову набок или высокомерно откидываться на спинку сиденья). Основная поза медицинского работника: голова и тело повернуты к партнеру, туловище наклонено вперед;

– смотрите в глаза собеседнику большую часть времени беседы — это признак вашей внимательности и открытости;

– улыбайтесь, ничто так не располагает человека к вам, как доброжелательная улыбка;

– низкий спокойный тембр голоса свидетельствует о продуманности и прочувствованности сообщения;

– паузы позволяют подчеркнуть ключевые фразы, придают весомость главным мыслям, дают время подумать и лучше запомнить сказанное.

7. Умейте интерпретировать невербальные сигналы пациента. При наблюдении психического состояния можно использовать следующие группы характеристик:

– *зрительный контакт* (смотрит ли пациент Вам в лицо или мимо Вас);

– при оценке информации, передаваемой лицом пациента, для медицинского работника в первую очередь *диагностическое значение* мимика лица, цвет и состояние кожи; губ, деятельность потовых и сальных желез, выражение лица в целом;

– при ряде заболеваний пациенты принимают типичные позы, например: согнутое положение, может свидетельствовать о заболевании опорно-двигательного аппарата, болезнях органов брюшной полости;

– моторика (скованная, активная, замедленная, спокойная, импульсивная).

8. Применяйте правила ведения эффективной беседы с пациентом:

– Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».

– Начинайте беседу с указания вашего имени-отчества и должности.

– Обеспечьте конфиденциальность Вашей беседы. Помните, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом.

– Соблюдайте принципы эффективного умения слушать.

– Будьте естественны при разговоре, создайте атмосферу взаимопонимания доверия.

9. Научитесь правильно разрешать конфликтные ситуации. Предлагаются следующие пути разрешения конфликтов между медицинским работником и пациентом:

– Попробуйте разрядить атмосферу недоверия, напряженность. Нужно начать с себя: расслабиться, снять физическое напряжение, скованность и бесцельные движения.

– Смотрите на ситуацию и обстоятельства глазами пациента, спрашивая себя: «Чего он ждет от меня, каковы его мотивы?» Постарайтесь проникнуть в мир другого человека.

– Относитесь к человеку с уважением. Помните, что подавляя авторитет пациента, Вы тем самым подавляете свой авторитет в его глазах.

– Следует иметь в виду, что всегда легче избежать конфликт, чем его погасить. Любая конфликтная ситуация несет вред выздоровлению пациента.

Итак, будьте общительны! Способность к общению с окружающими людьми, является ценным качеством любого человека, а тем более медицинского работника.

Данные советы помогут Вам успешно пройти профессиональную практику, а в итоге стать грамотными специалистами в сфере здравоохранения. Желаем Вам удачи!



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема коммуникативной компетентности является предметом научной рефлексии в зарубежной и отечественной психологии XX–XXI вв. Активизация исследований в этой области связана с усилением внимания к психологическим составляющим профессиональной деятельности человека, поиску средств и способов оптимизации линии профессионального успеха. Коммуникативная компетентность рассматривается как атрибут и показатель профессионализма человека, подчеркивая ее роль в профессиональной успешности субъектов деятельности занятых в сфере «человек – человек».

Анализ теоретического знания по вопросам коммуникативной компетентности позволяет выделить три подхода, обозначившиеся в современной психологии:

– *системный*, подчеркивающий взаимосвязь коммуникативной компетентности как с другими видами компетентности личности (например, когнитивной, социальной, конфликтной), так и комплексом психологических образований, лежащих в области способностей, умений, индивидуально-специфических характеристик, ценностей и смыслов;

– *личностный или субъектный*, рассматривающий коммуникативную компетентность как интегральное, профессионально-личностное образование;

– *структурированный*, акцентирующий внимание на выделение и описание элементов коммуникативной компетентности, существующих между ними связей и уровней соподчинения.

Влияние коммуникативной компетентности на успешность профессиональной деятельности можно систематизировать следующим образом: создание общего благоприятного климата протекания профессиональных контактов в диаде «врач – пациент»; расширение информационного профессионального поля сбора инновационных данных; реализация компетентного стиля общения, что работает на создание имиджа профессионала высокого класса; повышение чувства удовлетворенности собой как субъектом профессионального взаимодействия, что ведет к сохранению профессионального здоровья. В деятельности врача коммуникативная компетентность играет особую роль в силу того, что контакт в системе «врач-пациент» изобилует множеством проблемных ситуаций интерактивного, социально-перцептивного и информационного плана, а доверие и готовность к сотрудничеству являются психологическим основанием установления необходимого для эффективной медицинской помощи.

Таким образом, существует связь между уровнем развития коммуникативной компетентности профессионала и успехом его деятельности. Это в свою очередь мотивирует развитие компетентности и побуждает субъекта профессиональной деятельности включиться в активный поиск разноуровневых программ содействующих такому развитию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амиров, А. Ф.* Теория образовательного процесса : основы педагогики : монография / А. Ф. Амиров. М. : УНМЦ МЗ РФ, 1998. 194 с.
2. *Баландина, Е.* Коммуникативная компетентность медицинских работников / Е. Баландина // Высшее образование в России. 2006. № 11. С. 152–153.
3. *Беликова-Анкваб, М. Ф.* О необходимости формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях региона / М. Ф. Беликова-Анкваб // Вестник Северо-Осетинского государственного университета им К. Л. Хетагурова. 2011. № 4. С. 51–56.
4. *Беликова-Анкваб, М. Ф.* О проблеме формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущего врача в условиях региона / М. Ф. Беликова-Анкваб, 3. К. Каргиева // Научно-теоретический журнал «Научные проблемы гуманитарных исследований». 2011. № 11. С. 84–90.
5. *Борисова, Л. Н.* Педагогические условия развития профессиональной рефлексии у студентов педагогического колледжа : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л. Н. Борисова. Курск, 1999. 22 с.
6. *Васильева, Л. Н.* Исследование коммуникативной компетентности будущего врача / Л. Н. Васильева // Психология и педагогика в инновационных процессах современного медицинского образования. Ярославль : Аверс-плюс, 2008. С. 195–200.
7. *Васильева, Л. Н.* Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача / Л. Н. Васильева // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Кострома, 2010. Т. 16. № 1. С. 165–169.
8. *Гаврилова, Т. П.* Понятие эмпатии в зарубежной психологии / Т. П. Гаврилова // Вопросы психологии. 1995. № 2. С. 147–158.
9. *Герасименко, С. Л.* Совершенствование коммуникативной культуры в условиях современного вуза / С. Л. Герасименко // Коммуникативная компетентность врачей-педиатров. 2004. С. 46.
10. *Горшунова, Н. К.* Формирование коммуникативной компетентности современного врача / Н. К. Горшунова, Н. В. Медведев // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 36–37.
11. *Жуков, Ю. М.* Методы диагностики и развития коммуникативной компетентности / Ю. М. Жуков // Общение и оптимизация совместной деятельности. М. : МГУ, 1997. С. 64–78.
12. *Карвасарский, Б. Д.* Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. М. : Медицина, 1992. 272 с.
13. *Кашницкий, В. И.* Диагностика базового уровня коммуникативной компетентности личности / В. И. Кашницкий // Психология и практика : сб. науч. тр. Вып. 2 / отв. ред. В. А. Соловьева. Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2002. С. 79–84.
14. *Мадалиева, С. Х.* Особенности формирования коммуникативной компетентности в условиях медицинского вуза / С. Х. Мадалиева, К. Т. Кашаганова // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 3. С. 141–143.
15. *Манулик, В. А.* Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект) / В. А. Манулик, Ю. В. Михайлюк // Инновационные образовательные технологии. Минск, 2013. № 1. С. 19–23.
16. *Молотов-Лучанский, В. Б.* Коммуникативные навыки : учеб. пособие / В. Б. Молотов-Лучанский. Караганда, 2012. 112 с.
17. *Нестеров, В. В.* Педагогическая компетентность : учеб. пособие / В. В. Нестеров, А. С. Белкин. Екатеринбург : Центр «Учебная книга», 2003. 188 с.
18. *Роцевская, Е. В.* Гендерные особенности выраженности коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза / Е. В. Роцевская // Психология и педагогика :

методика и проблемы практического применения : сб. материалов XXIV Междунар. науч.-практ. конф. 10 декабря 2012 г. / под общ. ред. С. С. Чернова. Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2012. С. 285–290.

19. *Соловьева, С. Л.* Личность врача : учеб.-метод. пособие / С. Л. Соловьева. СПб., 2004. 148 с.

20. *Телеусов, М. К.* Сферы компетентности выпускника медицинского вуза / М. К. Телеусов. Караганда, 2010. 46 с.

21. *Урванцев, Л. П.* Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача / Л. П. Урванцев, Л. Н. Васильева // Ярославский психологический вестник. Ярославль : Ремдер, 2002. Вып. 9. С. 99–105.

22. *Урванцев, Л. П.* Психология в работе врача / Л. П. Урванцев. 2003. С. 28–48.

23. *Урванцев, Л. П.* Некоторые психологические аспекты профессиональной подготовки врача / Л. П. Урванцев. 1997. С. 33–41.

24. *Хуторской, А. В.* Методика личностно-ориентированного обучения. Как обучать всех по-разному : пособие учителя / А. В. Хуторской. М.: ВЛАДОС-пресс, 2005. 383 с.

25. *Этико-деонтологические и организационно-правовые аспекты оказания хирургической помощи в Республике Беларусь : учеб.-метод. пособие / Чередниченко [и др.].* Минск : БГМУ, 2010. С. 19–25.

26. *Яковлева, Н. В.* Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе (на материале деятельности врача) : дисс. ... канд. психол. наук / Е. А. Яковлева. Ярославль, 1994. 263 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза.....	5
1.1 Определение понятий «коммуникация» и «компетентность» в контексте становления будущего врача	5
1.2 Структура и содержание коммуникативной компетентности в профессионально-личностном становлении студентов медицинского вуза.....	9
1.3 Особенности коммуникативной компетентности в сфере медицины.....	14
1.4 Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность будущего врача.....	16
1.5 Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача	23
1.6 Психолого-акмеологическая специфика коммуникации в системе «врач – пациент»	25
1.7 Педагогические условия развития коммуникативной компетентности в условиях медицинского вуза	27
Глава 2. Психологический практикум по формированию коммуникативной компетентности.....	33
2.1 Диагностика коммуникативной компетентности	33
2.1.1 Методика оценки коммуникативных и организаторских склонностей (КОС).....	33
2.1.2 Методика «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» (КСК).....	36
2.1.3 Методика «Диагностика коммуникативной установки» (В. В. Бойко).....	44
2.1.4 Методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В. В. Бойко).....	46
2.1.5 Методика «Уровень общительности» (по В. Ф. Ряховскому).....	48
2.2 Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза	50
2.2.1 Программа спецкурса «Психологические основы эффективного общения в системе «врач – пациент».....	51
2.2.2 Тренинг формирования коммуникативной компетентности	56
2.2.3 Памятка для студентов «Искусство общения»	62
Заключение	65
Литература.....	66