

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ОРДИНАТОРА В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА «ПЕДАГОГИКА»

Ивашкина М.Г.¹, Тарасова А.Е.¹

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы развития коммуникативной компетентности ординатора на практических занятиях по курсу «Педагогика», показаны основные коммуникативные трудности, которые встречаются в работе молодого врача, предлагаются конкретные педагогические приемы, помогающие преодолеть затруднения в общении.

Ключевые слова

коммуникативная компетентность, трудности общения, взаимодействие «врач – пациент», обучение ординаторов

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Для корреспонденции: Ивашкина М.Г., wowmania@yandex.ru

Коммуникативная компетентность врача – профессионально значимое качество. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача [1, 3, 5, 10]. Врачебная деятельность подразумевает общение с пациентом с учетом всех сторон коммуникативного процесса: собственно коммуникативной (обмен информацией между общающимися субъектами), перцептивной (восприятие: оценка и понимание людьми друг друга) и интерактивной (организация взаимодействия участников общения). Коммуникатором в медицинском общении является врач. Пациент является реципиентом и на основе жизненного опыта формирует представления о врачебном взаимодействии. Коммуникация врача и пациента носит не только диагностический, но и психотерапевтический эффект, а контакт имеет информационную и эмоциональную стороны. Грамотное установление контакта в процессе общения приводит к созданию конструктивного взаимодействия, которое устойчиво сохраняется на этапах лечения.

Многолетний опыт реализации дисциплины «Педагогика» в рамках программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре позволяет определить специфику такого феномена как коммуникативная компетентность врача, а также подобрать методы и приемы развития коммуникативной компетентности у молодых докторов. Врачу в своей профессиональной деятельности приходится реализовывать свою коммуникативную компетентность во взаимодействии с пациентом, с родственниками больного и в клинической иерархии. Педагогическое сопровождение врачебного взаимодействия обусловлено двойственной природой человека – социального и биологического существа. Все явления, происходящие в психике человека, имеют физиологическую обусловленность. Психическое состояние человека отражается на его физиологическом состоянии, а в определенных ситуациях психические особенности могут способствовать развитию какого-либо заболевания.

Психологическая сущность взаимоотношений врача с пациентом проявляется в формировании коммуникативной компетентности молодого специалиста [4]. Коммуникативная компетентность определяется отсутствием

трудностей общения, препятствующих эффективной профессиональной коммуникации. Для коррекции трудностей общения необходимо уяснить их обусловленность. Выделяют коммуникативные, перцептивные и интерактивные предпосылки трудностей.

Причины трудностей общения могут быть:

1. Характерными для любого процесса взаимодействия (социально-психологические трудности);
2. Обусловленными спецификой медицинского взаимодействия;
3. Характерными для ведения пациентов с тяжелой соматической патологией, для паллиативной клиники.

Социально-психологические трудности, характерные для любого процесса взаимодействия, представлены следующими явлениями:

- коммуникативные барьеры (смысловые, культуральные, стилистические);
- стереотипы восприятия (превосходства, ореола);
- дисгармония развития механизмов социального восприятия (эмпатия, аттракция, рефлексия, приписывание причин);
- неадекватный выбор способов взаимодействия (избегание, конфронтация, альтруизм, компромисс, сотрудничество).

Собственно коммуникативные трудности представлены коммуникативными барьерами. Коммуникативные барьеры – это основные препятствия к пониманию информации, которая передается от одного человека к другому. Коммуникативные барьеры – препятствия, вызванные естественными, социальными и психологическими факторами, возникающими в процессе коммуникации [15]. В Толковом словаре русского языка С.И. Ожегова говорится: «Барьер – преграда, поставленная на пути; преграждение, препятствие на пути чего-либо» [11]. В Психологическом словаре дается следующее толкование понятия «барьер»: «психическое состояние, проявляющееся как неадекватная пассивность (или активность), препятствующая выполнению тех или иных действий»; «любое препятствие, не позволяющее организму достичь цели» [14].

Рассмотрим виды коммуникативных барьеров и приемы их устранения:

1. Семантические барьеры – коммуникативные помехи, возникающие вследствие неправильного понимания значения символов, используемых в коммуникациях. Например, врач, используя профессиональную терминологию в диалоге с пациентом, усложняет процесс общения, делает его непонятным для пациента. Как устранить данное непонимание? – Договариваться «на берегу» по поводу терминов, определений, формулировок; прояснять, насколько схожим образом собеседники определяют и интерпретируют информацию.

2. Фонетические барьеры – препятствия, создаваемые особенностями речи говорящего (наличие дефектов речи, невнятная речь, речь-скороговорка). Невнятность и непонятность необходимо прояснять и уточнять – этого достаточно, чтобы понять и не доводить до ситуации непонимания.

3. Стилистические барьеры – это нарушения соотношения формы представления информации ее содержанием. Стилль изложения информации может быть неуместным, слишком тяжелым или легковесным, не соответствующим ситуации и намерениям партнера. Неприятие могут вызывать и вредные вербальные привычки собеседника (использование в речи слов и звуков-паразитов: «это самое», «так сказать», «ну», «так», «как бы», «э-э», «ммм»).

4. Коммуникативные перегрузки связаны с трудностью или невозможностью переработать и упорядочить большой объем информации. Способ преодолеть данное непонимание – выработка индивидуального стиля переработки информации, с учетом собственного темпа, эффективности, возможностей восполнения ресурсов.

5. Культурные барьеры – это коммуникативные помехи, возникающие вследствие культурных различий отправителя и получателя, незнания национальных обычаев, традиций, норм и этикета общения, системы жизненных ценностей. Культурные различия проявляются как при вербальном, так и при невербальном общении. Главный способ преодоления подобного непонимания – уважительное отношение друг к другу, признание разнообразия ценностей, норм,

обычаев. А в ходе беседы – универсализация данных.

В отечественной научной литературе представление о проблеме преодоления барьеров речи связано с именем ученого Б.Ф. Поршнева [17]:

1. Логический барьер можно преодолеть лишь путем «идти от партнера», пытаясь понять, как он строил свои высказывания;

2. Стилистический барьер. Преодоление стилистического барьера основывается на приемах структурирования информации:

Первый прием – «правило рамки». Суть состоит в том, что начало и конец разговора должны быть четко ограниченными. В начале любого разговора выясняются цели и намерения, ожидания и результаты. А в конце, как правило, подводятся итоги и формулируются выводы. Это способствует наилучшему восприятию информации, так как существует психологический феномен, которым пользуются многие ораторы: люди, запоминают лучше начало и конец информационного сообщения. Начало информации способствует возникновению симпатии, а конец остается в памяти.

Второй прием – «правило цепи». Правило цепи определяет строение информации как бы «изнутри». Информация, необходимая для анализа проблемы, соединена в цепь по каким-то признакам. Способы соединения информационных цепей могут быть разные: информация может быть проранжирована, а может выстраиваться в логические цепи. Например, «если это так, то это тоже так». Использование правила цепи облегчает партнеру понимание информации.

Перцептивные трудности эффективного общения связаны с восприятием собеседниками друг друга. Восприятие врачом и пациентом друг друга оказывает влияние на правильное взаимопонимание и на взаимоотношения. Общаясь с пациентом, врач часто акцентирует внимание на его поведении и значительно реже на собственных чувствах. Врач должен поддерживать в себе определенный эмоциональный самоконтроль. Скрываемое или недостаточно осознанное врачом негативное отношение к пациенту приводит к ухудшению контакта.

Перцепция (восприятие) может быть гармоничной (конструктивной) и дисгармоничной (деструктивной). Именно

дисгармоничная перцепция может приводить к коммуникативным трудностям. Гармоничная перцепция возможна, когда у собеседников зрелы и функциональны механизмы социальной перцепции.

Механизмами социальной перцепции являются:

- эмпатия – сопереживание. Готовность и способность к эмоциональному сопереживанию и поддержке собеседника;
- аттракция – доброжелательное отношение к собеседнику, без предубеждений и «фильтров»;
- идентификация – умение «поставить» себя на место другого («Возлюби ближнего, как самого себя»);
- социальная рефлексия – анализ не только собственного восприятия партнера, но и предполагаемого представления, который сложился у партнера обо мне;
- преимущественно интернальный локус контроля – приписывание ответственности за происходящие в общении события себе, а не партнеру; в ином случае (экстернальном варианте приписывания ответственности) возможны конфликты.

Необходимо более внимательно отнестись к минимизации стереотипизации. Термин «стереотип» ввел американский социолог Уолтер Липман [12]. В его понимании, стереотип – упрощенные картинки объектов в сознании человека, обобщенные и, как правило, поверхностные. Стереотип сокращает путь познания: если у человека есть знание о том, что собеседник относится к той или иной профессиональной группе, он сразу начинает формировать образ. Процесс межличностного познания сокращается за счет перенесения свойств группы на конкретного человека.

Вследствие стереотипизации появляются ошибки превосходства и эффект ореола. Если в процессе восприятия другого человека, опираться преимущественно на стереотипы, искажается представление о собеседнике. Соответственно, общение, выстроенное на базе искаженного восприятия, усугубляет непонимание и создает напряженное деструктивное взаимодействие.

К стереотипизации относится и негативный прошлый опыт общения с собеседником, который может стать причиной страха вступления в коммуникацию,

нежелания испытать негативные эмоции в процессе общения.

Предвзятость также является стереотипом. Внешне предвзятость выглядит так, что человек без видимых причин начинает отрицательно относиться к собеседнику, что существенно затрудняет коммуникацию. Обычно это связано с негативным восприятием внешнего облика или манеры поведения собеседника.

Стереотип отрицательной установки часто порождается другими людьми. К примеру, со стороны о некоем человеке сообщили отрицательную информацию. У реципиента складывается негативная установка по отношению к человеку, о котором ему мало что известно, поскольку нет опыта личного взаимодействия с ним. На формирование отрицательной установки сильно влияют предвзятые закрепившиеся взгляды: «все люди – эгоисты», «все учителя – формалисты», «все люди бизнеса – нечестные люди». Отрицательные установки мешают объективному пониманию поступков конкретных людей.

В беседе отрицательная установка может быть направлена на:

- личность самого собеседника (если бы то же самое говорил кто-то другой, это бы воспринималось совсем иначе);
- на суть беседы («не могу в это поверить», «так говорить недопустимо»);
- на обстоятельства разговора («сейчас не время и здесь не место для подобных обсуждений»).

Искаженное восприятие другого человека, упрощенное, не точное, не целостное приводит к неправильным действиям в процессе общения и провоцирует конфликтное поведение.

Стереотип возраста возникает между людьми разных поколений. Люди постарше осуждают молодых, противятся нововведениям в организациях. Молодые люди раздражаются, считают, что их недооценивают, ограничивают в самостоятельности, препятствуют их карьерному росту. Это проявление извечной проблемы «отцов и детей». Сегодня этот стереотип называется «эйджизм».

Для преодоления дисгармонии в социальной перцепции необходимо развивать эмпатию и безоценочное восприятие партнера по общению. Эмпатия – это внимание к чувствам других людей, готовность «влезть в их шкуру». Важно

увидеть, прочувствовать и понять ситуацию и затрагиваемые проблемы в контексте собеседника. Эмпатия не означает согласие со всем, что говорит собеседник, – она означает стремление понять его слова [16].

Налаженная двусторонняя коммуникация возможна, когда человек одинаково точен, отправляя и принимая информацию. Эффективное слушание является важным компонентом эффективного общения.

В процессе обучения ординаторы учатся взаимодействовать с учетом правил эффективного слушания:

- «перестаньте говорить, так как невозможно слушать, разговаривая»;
- «помогите говорящему раскрепоститься»;
- «покажите готовность слушать»;
- «устраните раздражающие моменты»;
- «сопереживайте говорящему»;
- «не допускайте спора или критики»;
- «не перебивайте»;
- «задавайте вопросы».

Гармоничная социальная перцепция невозможна без обычной перцепции, как внешней, так и внутренней. Упражнение «Дифференцировка» [6] позволяет повысить чувствительность, легче определять приоритеты, развить интуицию (упражнение рекомендуется к самостоятельному выполнению в течение 10-15 минут). Упражнение заимствовано из гештальт-терапии и включает в себя следующие этапы:

1. Последовательно сосредоточение на трех психических зонах – ощущениях, чувствах, представлениях (мыслях, фантазиях), озвучивая все это следующим образом: «Я ощущаю (вижу, слышу, ощущаю как вкус, ощущаю запахи, телесные ощущения...)»; «Я чувствую (эмоции, переживания...)»; «Я хочу...», «Я думаю (представляю, мечтаю...)», «Я буду делать...».

2. Ведение дневника переживаний.

Стереотипизация и эмпатия дают возможность наделить человека теми или иными чертами, качествами или состояниями и на этой основе прогнозировать его поведение. Но чаще всего они приводят к ошибкам, а верное понимание причинно-следственных отношений трудно достигается на основе стереотипа и эмпатии. В процессе социального взаимодействия человек воспринимает другого вместе с его действиями и через действия. От адекватности понимания

действий и их причин во многом зависит построение взаимодействия с другим человеком и, в конечном счете, успешность совместной деятельности.

Интеракционные трудности или неадекватный выбор способов взаимодействия (избегание, конфронтация, альтруизм, компромисс, сотрудничество) раскрываются в исследовании интерактивной стороны общения. Интерактивная сторона общения представляет собой построение общей стратегии взаимодействия. Интерактивная сторона общения – это условный термин, обозначающий характеристику тех компонентов общения, которые связаны с взаимодействием людей, с непосредственной организацией их совместной деятельности.

Взаимодействие является необходимым элементом совместной деятельности. Без организации взаимодействия проблематично достижение результативной социальной активности.

Рассмотрим схему «Стратегии взаимодействия» [16] на примере «Мы делили апельсин» и определим, насколько конфликтным может быть взаимодействие. Итак, есть Я и Мой приятель. И есть один Апельсин. Каждый хочет им обладать. Какие стратегии взаимодействия возможны?

1. Минимизация выигрыша каждого, как бы отправляя «послание» Апельсину: «Не доставайся никому! Ты не разрушишь нашей дружбы. Поэтому отправляйся на помойку». Это избегание: нет апельсина - нет проблемы, как бы и конфликта нет. Но это не совсем так. Избегание может нести латентный конфликт, способный проявиться. Избегание – стратегия недопустимая в профессиональной деятельности, так как она предполагает бездействие, пассивность, неготовность решать проблемы.

2. Минимизация выигрыша другого и максимизация своего выигрыша – противостояние, или конфронтация. Конфронтация – конфликтное взаимодействие, которое недопустимо в решении профессиональных задач.

3. Ориентировка на благо другого (отдать Апельсин) прекрасна, если бескорыстна и с радостью. Альтруизм, уступчивость – отсутствие риска конфликта. Исключение из правила: когда за уступчивостью прячутся обида, страхи, желание манипулировать. В этих случаях псевдо-альтруист может спровоцировать конфликт.

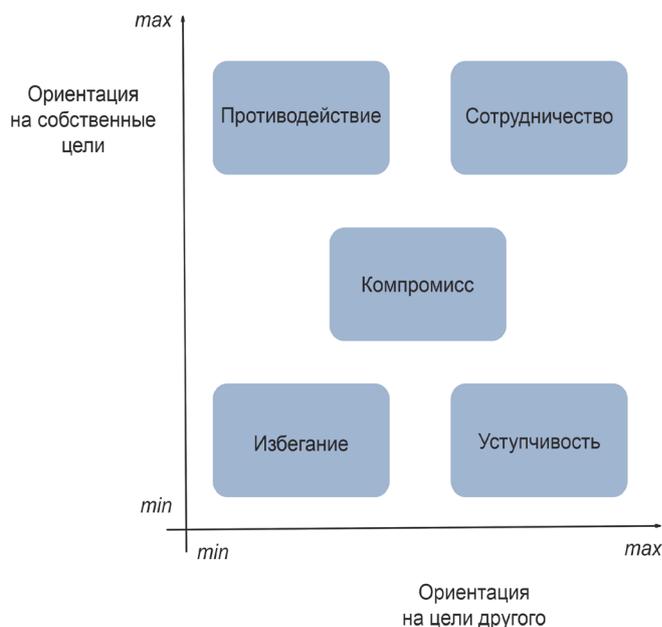


Рис. 1. | Стратегии взаимодействия (по Р.Блэйк, Д.Моутон)

4. «Золотая середина» (разрезать Апельсин пополам), или компромисс. В компромиссе нет конфликта – это неплохой способ решения проблемы, но не всегда правильный: в некоторых случаях половина – это не решение (например, предложение царя Соломона о ребенке, которое стало способом определения подлинной матери).

5. Максимизация двух выигрышей, или сотрудничество (кооперация) – лучший вариант. Как это выглядит в случае с Апельсином? Участники взаимодействия уточняют потребности друг друга: для чего тебе Апельсин? Выясняется, что одному нужен сок, а другому цедра для пирога. Каждый возьмет то, что ему надо, и столько, сколько ему надо. Стратегию сотрудничества важно развивать в любом взаимодействии.

Основные пути развития стратегии сотрудничества, следующие:

1. Понять истинные потребности каждого участника. Для этого необходимо немного подняться над ситуацией – посмотреть сверху («над»); минимизировать субъективное (амбиции, обиду, раздражение) и сосредоточиться на объективном.

2. Делать правильный выбор. Тренировку правильного выбора можно осуществить с помощью упражнения «Бриллиант решений». Упражнение реализуется этапами:

А. Постановка проблемы. «Какой выбор ты сейчас делаешь?»

Б. Варианты решения. Проговаривание возможных путей решения данной проблемы – возможные варианты (2 или более), между которыми необходимо сделать выбор.

В. Определение плюсов и минусов актуальных вариантов и дополнительного. На этом этапе каждый из участников взаимодействия по очереди озвучивает каждый из вариантов, плюсы и минусы вариантов озвучиваются как «мои плюсы и минусы». Это помогает, 1), дистанцироваться от проблемы и увидеть её в более широком поле, в перспективе; 2), глубже понять и осознать каждый вариант.

Г. Озвучивание «неясного варианта». После проговаривания каждого из известных вариантов решения проблемы, важно озвучить «неясный вариант», то есть то решение, которого не было среди заявленных ранее. Инструкция при этом даётся примерно следующая: «Сейчас предлагается озвучить ещё один вариант. Это может быть вариант, который пришёл в голову только что, может быть какой-то известный вариант, который раньше, в силу разных обстоятельств, не рассматривался как серьёзный и достойный внимания...». Участники находят принципиально новый вариант решения с помощью инсайта, либо тот вариант,

который в силу разных причин (сложности достижения, необходимости кардинально менять направление в жизни) не рассматривался как возможное решение. Кроме того, это может быть сочетание, интеграция уже известных вариантов.

Д. Завершение упражнения. Упражнение считается завершённым и успешным в случае выбором какого-то одного варианта с принятием его возможных плюсов и минусов.

3. Формировать правильный результат. Для тренировки формирования правильного результата применяется упражнение «Хорошо сформированный результат (Исполнение желаний)». Основные этапы упражнения:

- определить желание, ответить на вопрос «Для чего?», поставить цель;
- обозначить шаги достижения цели;
- проанализировать каждый шаг по следующему алгоритму: Содержание шага => Что помогает сделать шаг из внешнего и внутреннего? => Что мешает сделать шаг из внешнего и внутреннего? => Как будут преодолеватьсь помехи? => Что приобретется во время выполнения каждого шага? => Какой опыт это даст в жизни?
- подобные упражнения помогают участникам опознать деструктивный контакт, организовать направленную на позитивное разрешение ситуации лечения деятельность и совместно с пациентом формировать шаги к достижению взаимоприемлемого результата.

Трудности, обусловленные спецификой медицинского взаимодействия, представлены неадекватностью выражения ролей «Больной», «Целитель» и неадекватностью выбора стратегии взаимодействия в системе «Врач-Пациент».

Неадекватность выражения ролей «Больной» и «Целитель» сформирована следующей позицией: каждый человек, независимо от своей профессии, имеет две субличности применительно к теме здоровья и болезни – «Больной» (при неважном самочувствии, потребности в заботе и помощи) и «Целитель» (в ситуации самопомощи для преодоления болезни или при поиске помощи на стороне). В адекватном выражении этих ролей человек

заботится о себе, когда плохо себя чувствует, ищет помощи во вне, обращаясь в лечебные учреждения, выполняет рекомендации врача, когда это необходимо, меняет привычки, чтобы выздороветь.

Неадекватное выражение ролей возникает тогда, когда реализуется только одна из них. Например, человек сфокусирован только на болезни и абсолютно пассивен, отказываясь от активного поиска помощи, от ответственности за собственную жизнь; либо, только спасает, полностью ориентируясь на других, забывая о собственных потребностях, смешивает личное и профессиональное.

У молодого врача высок риск проявления второго варианта неадекватности выражения позиций «Больной» и «Целитель». Основной причиной является «размытость» границ между личной и профессиональной сферами жизни. Профессии типа «человек-человек», к которым относится профессия врача, наиболее требовательны к сохранению баланса человеческого и профессионального. Стиль работы, навыки, эффективность зависят от индивидуального, человеческого, ценностного. В зоне профессионального коллегиального взаимодействия присутствуют разные векторы – горизонтальный и вертикальный (иерархический). С одной стороны, прекрасно, когда в профессиональном сообществе признается и разделяется ценность психологического, когда человек и его потенциал не низводится до уровня функции, но рост и развитие этого потенциала является одной из приоритетных задач профессионального сообщества. С другой стороны, важно различать, когда фокусировка на субъективных процессах личности служит расширению возможностей, повышению качества функционирования, переживанию полноты существования и межличностного взаимодействия – а когда, напротив, стагнирует, ограничивает и препятствует осуществлению желаемых задач, погружает в «морок» личных или групповых проблем.

В процессе изучения курса «Педагогика» ординаторы учатся осознавать свое личное и профессиональное, что в дальнейшем помогает им эффективно коммуницировать в профессиональной жизни и быть счастливыми в личной сфере. Во время практических занятий они анализируют эти две свои сферы.

В сферу «Личное» включены:

А. «Я» человека – этот компонент личного сопоставим со структурами самосознания (по В.С.Мухиной). «Я» – это интегративное образование, включающее самоидентификацию, Образ «Я», знание о себе, представление о себе, знание своих характерологических особенностей, уровень притязаний, представление о себе, как мужчине или женщине (соответствующие характеристики), права и обязанности, представление о себе во временной перспективе, ценности, смыслы, интересы, цели.

Б. «Я и Другие», включающие «Мы» (образ отношений в паре, и(ли) с маленькими (до 5 лет) детьми), «Я и Другие разной степени близости» (отношения как с родными-близкими, друзьями, приятелями, малознакомыми и незнакомыми людьми в контексте личного, а не профессионального).

В. «Я и Мир» – отношение к обществу, природе, миру, Богу.

Сферу «Профессиональное» можно подразделить на 2 части: работа и бизнес.

Работа включает в себя – должность, регламент профессиональной деятельности, должностные обязанности.

Бизнес – свое дело, связанное с вопросами самореализации. Внутри профессиональной сферы не следует смешивать работу и бизнес. Бизнес (частная практика, например) и работа в организации должны осуществляться, не смешиваясь, в определенном месте и в определенное время, решая определенные, характерные задачи.

Навык разделения личного и профессионального – необходимая важная задача для врача на этапе становления профессионализации. Для каждой сферы – свое время и свое место. Именно субъективно-личное часто провоцирует коммуникативные трудности в профессиональном взаимодействии.

Основные способы преодоления трудностей, следующие:

- соблюдение баланса личного и профессионального;
- разграничение личного и профессионального в работе и коллегиальном взаимодействии.

Когда неизбежные противоречия, личные антипатии, внутренние и межличностные конфликты не затрагивают учебную, лечебную, организационную деятельность, коллектив продуктивен и

слажен. В этом помогает, прежде всего, осознанность специалиста, а также возможность получить поддержку своего «профессионального» и «человеческого» аспекта. Пути поддержки каждого в профессиональном коллективе – это организация обмена опытом, Балинтовские группы, кураторство, медиация. Эффективность сотрудничества проявляется в том случае, когда есть место для проявления как профессионального, так и личного, но каждого из них на своей территории при условии внимательного ответственного отношения специалиста к своему профессиональному и личному.

Коммуникативные трудности могут быть обусловлены неадекватностью выбора стратегии взаимодействия «Врач-Пациент».

Все многообразие коммуникативных профессиональных задач, которые решает врач, реализуется в стратегиях взаимодействия врача и пациента, у каждой из которых есть преимущества и ограничения. Адекватность выбора проявляется в гибкости в соответствии с ситуацией, в которой он осуществляется, с учетом личностных особенностей пациента. Разбор позиций в общении осуществляется в концепции транзактного анализа, предложенного Э.Бёрном и включающего три инстанции: Ребенок, Родитель и Взрослый, которые в организации восприятия другого человека сменяют друг друга и определяют поведение личности. С позиции Ребенка человек смотрит на другого снизу вверх: готов подчиняться, беззащитен, не уверен в себе, испытывает радость от того, что его любят, бунтует или слушается. В позиции Родителя могут быть две разновидности: 1) указывает, приказывает, критикует, карает за непослушания и ошибки; 2) в мягкой форме, защищает, опекает, помогает, жалеет, заботится, прощает ошибки и обиды. Позиция Взрослого предусматривает спокойный тон, выдержку, солидность, умение отвечать за свои поступки, равноправие в общении.

Во взаимодействии врача и пациента наблюдаются следующие основные стратегии [7]:

Патерналистская стратегия: роли врача и пациента находятся в позиции «Родитель-Ребенок». При патерналистской стратегии врач занимает активную позицию. Стратегия представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю

ответственность за лечение берет на себя. Такой врач нередко наделяется магическими качествами, и пациенты особенно восприимчивы к его внушениям. Пациенты воспринимают врача как доминирующую силу и ориентированы на подчинение ему.

Преимущества патерналистской стратегии:

- врач целиком берет ответственность за жизнь больного;
- жизнь больного выглядит более важной, чем собственная для врача;
- больной максимально доверяет врачу, врач становится близким человеком. Вместе с тем, есть и ограничения:
- личные границы пациента поглощаются врачом, его возможности преуменьшаются, а собственные гипертрофируются;
- высок риск гипердиагностики и связанных ятрогений;
- высокий риск эмоционального выгорания, риск профессиональной деформации.
- существенным недостатком данного типа взаимоотношений можно считать низкую активность пациента и зависимость от своего врача и после окончания лечения.

Партнерская стратегия: врач и пациент находятся в позиции «Взрослый-Взрослый». Партнёрство предполагает активное участие пациента в лечебном процессе, развитие его самостоятельности и ответственности в выборе альтернативных решений. Стратегия наиболее эффективна для тех пациентов, которые стремятся противодействовать болезни. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые действия, оставляя право принятия решения за больным. Врач не дает прямых указаний, рекомендаций, советов относительно жизненных проблем своего пациента, поскольку такие рекомендации подкрепляют тенденции ухода от принятия решения самим пациентом. Преимущества партнерской стратегии:

- уважение личных границ каждого участника;
- информированное согласие и уважение к пациенту и его активному участию в процессе лечения;
- не допускаются категоричные высказывания по поводу организации жизни пациента (работа, брак, деторождение, увлечения), допускается

рекомендательная форма;

- возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения (со стороны пациента) и вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

К ограничениям относятся:

- в случае недостаточной эмоциональной зрелости пациента могут наблюдаться трудности разделения ответственности за лечение;
- необходимость большего затрат времени на выбор и обсуждение лечения.

В рамках цикла «Педагогика» ординаторы учатся учитывать нюансы выбора адекватной стратегии в зависимости от поведения пациента и переводить взаимодействие на уровень «Взрослый-Взрослый».

Коммуникативные трудности, характерные для специфики ведения пациентов с тяжелой соматической патологией, а также для паллиативной клиники. Данная группа трудностей обусловлена мифами и страхами, связанными с заболеванием у пациента, а также не проработанностью темы смерти у самого врача. Два основных мифа, связанные с тяжелым заболеванием, которые присутствуют в среде пациентов и их близких – смертельность и заразность: заболевание, требующее длительного лечения, ведет к смерти, и им можно заразиться от больного человека. Такого рода мифологизация отражается на эффективности коммуникации врача с пациентом. Усиливаются коммуникативные барьеры, а также стереотипизации, которые преодолеваются объяснениями, аргументацией, примерами. Но помимо терпения и эмпатии в общении с пациентом и его близкими, врачу важно ответить на собственные экзистенциальные вопросы. Ведь собственный страх смерти молодому специалисту преодолеть сложно.

Врач находится в особых отношениях с темой смерти. Он, как любой человек, теряет близких, горюет, но при этом ему приходится терять пациентов. В каждом таком случае доктор начинает испытывать посттравматический стресс, не успевая его должным образом пережить. Это те самые этапы переживания, которые описала Элизабет Кюмблер-Росс [8]:

1. Шок («не чувствую, не понимаю, бездействую»);
2. Отрицание («не верится, что это произошло»);
3. Агрессия («ищу виноватого»);
4. Торг с судьбой («постараюсь справиться с ситуацией»);
5. Депрессия с экзистенциальными переживаниями («все плохо, страшно, больно, как дальше, не знаю»);
6. Принятие («двигаюсь дальше»).

Чем сложнее взаимоотношения со смертью, тем труднее пройти через эти этапы. Восприятие смерти может быть представлено в двух вариантах – гармоничном и дисгармоничном [8]:

- гармоничный вариант – восприятие смерти, как данности: отсутствует страх и другие яркие переживания;
- дисгармоничный образ смерти окрашен яркими деструктивными эмоциями, а также нереализованными или неадекватно реализованными потребностями самого человека – просто они приписываются фигуре смерти.

В рамках практических занятий для ординаторов можно работать с этой темой через специальное упражнение «Диалог со смертью». Построение конструктивных отношений со смертью как данностью – результат преодоления кризисных экзистенциальных переживаний. Человек воспринимает смерть, как реальность. Он принимает ее, как часть бытия.

Ординатор входит в профессию, его адаптация сродни кризисным переживаниям. Вот основные трудности, с которыми сталкивается молодой специалист:

1. Трудности удовлетворения базовых потребностей из-за высокой интенсивности работы (некогда поесть, мало времени на сон);
2. Трудности удовлетворения социальных потребностей (уменьшение времени на привычное общение, формируется новый круг общения в профессиональной сфере, необходимо разделить личного и профессионального в процессе общения);
3. Трудности реализации потребностей в личностном и духовном росте (привычные способы не срабатывают, нужно выработать новые).

В процессе обучения ординатор учится преодолевать кризисные переживания

через выстраивание отношений в профессиональном окружении:

- доверять себе и другим; обращаться за помощью; дарить «тепло», поддерживать и помогать;
- соблюдать меру в повседневной жизни бытовой и профессиональной; прислушиваться к внутреннему «нет» («стоп»);
- замечать свои потребности, удовлетворять их; обращать внимание на чувства; осознавать и проявлять их;
- интересоваться новым, хотеть учиться;
- структурировать свою жизнь, ставить адекватные цели, реализовывать их;
- ориентироваться на высшие общечеловеческие, духовные ценности и смыслы.

Тема коммуникативной компетентности врача во взаимодействии с пациентом является основной на практических занятиях. Коммуникативные способности врача – это, прежде всего, общительность; взаимодействие с пациентами, их родственниками, своими коллегами; доброжелательность и расположенность в общении. Основные мотивы молодого специалиста к формированию коммуникативной компетентности [9]:

- стремление к максимальному совершенствованию профессионально важных качеств;
- направленность на нивелирование личностных особенностей, нежелательных для профессиональной сферы занятости.

Коммуникативная компетентность формируется через подражание, анализ собственных сильных и слабых сторон. В первые годы врачебной практики на первый план выходят механизмы коррекции (преодоление негативных проявлений индивидуально-типических особенностей) и компенсации (использование сильных сторон, компенсирующих слабые) [2]. Они позволяют целенаправленно довести способности и готовность выполнять профессиональные манипуляции до оптимального уровня и ведут к адаптации в профессии (применение системы средств и форм взаимодействия, наиболее соответствующих индивидуальным особенностям специалиста). Для снятия барьеров во взаимодействии включается

формирование позитивного эмоционального образа пациента, независимо от переживаемого им физического состояния [10].

Ординаторы в рамках освоения дисциплины «Педагогика» получают возможность тренировать механизмы саморегуляции эмоциональных реакций в напряженных ситуациях врачебной деятельности – вырабатывать спокойный, уверенный образ поведения, самоконтроль, нести ответственность за результаты профессиональных действий. С учетом особенностей внутренней картины болезни и этапов лечения организуется врачебное взаимодействие. Врачебное взаимодействие обеспечивается особым видом общения, сочетающим в себе определенные стратегии и тактики. Их выбор определяется особенностями личности пациента, задачами этапа лечения, видом медицинского учреждения, конкретной ситуацией, в которой находятся участники общения. Обучающиеся получают рекомендации, отрабатывают приемы взаимодействия. Общие рекомендации для молодого специалиста заключаются в следующих положениях:

- на приеме важно поддержать с пациентом уровень доверия через грамотное информирование пациента («Эту проблему можно решить следующим образом...»);
- необходимо максимально структурировать общение, обозначить правила, задачи, проговаривать шаги, связанные с лечением;
- следует давать возможность пациенту озвучивать свои потребности и чувства, не бояться экзистенциальных тем – жизнь и смерть, будущее, здоровье и болезнь.

Навыки профессиональной коммуникации формируются с помощью различных форм, методов и приемов психолого-педагогической работы.

Ординаторы вовлечены в следующие виды учебного взаимодействия:

- ведение дневника настроения и мыслей;
- релаксации (для получения доступа к сенсорной и эмоциональной сферам личности);
- упражнения на дифференцировку ощущений, чувств и представлений;
- эссе-размышления на тему «Что для меня здоровье и болезнь?».

В учебных ситуациях врачебного взаимодействия вырабатывается индивидуальный стиль деятельности молодого специалиста – устойчивая система приемов, способов, методов деятельности, обусловленная индивидуально-типическими качествами человека и являющаяся средством эффективного приспособления к объективным обстоятельствам. Совершенствование коммуникативной компетентности позволяет людям с разными особенностями, способностями добиваться равной эффективности при выполнении одной и той же деятельности разными способами.

Помогающие профессии всех сфер, а особенно медицинской, сложны, но благодатны. Люди, которые выбирают для себя этот путь, заслуживают уважения и глубокого почтения. Но, совершая этот выбор, очень важно отчетливо понимать, что без эмоциональной и интеллектуальной включенности вряд ли возможно добиться удовлетворения и успеха в профессиональной деятельности. Развитие коммуникативной компетентности на этапе вхождения в профессию поможет молодому врачу в дальнейшем избежать профессиональной деформации, конфликтных ситуаций, гармонично и счастливо реализовать и в профессиональной, и в личной сферах.

Список литературы

1. Андриянова Е.А., Носкова С.В. Компетентностная модель выпускника медицинского вуза / Е.А. Андриянова, С.В. Носкова // Педагогические технологии реализации компетентностного подхода в современном медицинском образовании. Сборник статей межрегион. науч.-практич. конференции. – Саратов: Изд-во СГМУ. – 2009. – с. 9-18.
2. Герасименко С.Л. Совершенствование коммуникативной культуры в условиях современного вуза / С.Л. Герасименко – Режим доступа: <http://www.emissia.org/offline/2007/1124.htm> (дата обращения 04.09.2021).
3. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача / Н.К. Горшунова, Н.В. Медведев // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 3. – С. 36-37; URL: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=7850> (дата обращения 04.09.2021).
4. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве, или социально-психологические факторы успешности деятельности врача / В.П. Дуброва // Медицина. – 1999. – № 3.
5. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании / И.А. Зимняя. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. – 2004. – 42 с.
6. Ивашкина М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания / М.Г. Ивашкина // Лечебное дело. – 2010. – №3. – С. 49-54.
7. Ивашкина М.Г. Психологический портрет студента и профилактика эмоционального выгорания врача-педагога в медицинском вузе / М.Г. Ивашкина // Актуальные вопросы психологии: Компетентностный подход в преподавании психологии. Коллективная монография. – М.: Ленанд. – 2014. – С.192-206.
8. Ивашкина М.Г., Есаулов В.И. «Диалог со Смертью» как способ преодоления экзистенциального кризиса у онкологических больных / М.Г. Ивашкина, В.И. Есаулов // Наука, техника и образование / Science, technology and education 2015. – № 6 (12) - С.79-81.

References

1. Andriyanova Ye.A., Noskova S.V. Kompetentnostnaya model' vypusknika meditsinskogo vuza / Ye.A. Andriyanova, S.V. Noskova // Pedagogicheskiye tekhnologii realizatsii kompetentnostnogo podkhoda v sovremennom meditsinskom obrazovanii. Sbornik statey mezhtregion. nauch.-praktich. konferentsii. – Saratov: Izd-vo SGMU. – 2009. – s. 9-18.
2. Gerasimenko S.L. Sovershenstvovaniye kommunikativnoy kul'tury v usloviyakh sovremennogo vuza / S.L. Gerasimenko – Rezhim dostupa: <http://www.emissia.org/offline/2007/1124.htm> (data obrashcheniya 04.09.2021).
3. Gorshunova N.K., Medvedev N.V. Formirovaniye kommunikativnoy kompetentnosti sovremennogo vracha / N.K. Gorshunova, N.V. Medvedev // Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya. – 2010. – № 3. – S. 36-37; URL: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=7850> (data obrashcheniya 04.09.2021).
4. Dubrova V.P. Razmyshleniya o vrachebnom iskusstve, ili sotsial'no-psikhologicheskiye faktory uspehnosti deyatel'nosti vracha / V.P. Dubrova // Meditsina. – 1999. – № 3.
5. Zimnyaya I.A. Klyuchevyye kompetentnosti kak rezul'tativno-tselevaya osnova kompetentnostnogo podkhoda v obrazovanii / I.A. Zimnyaya. – M.: Issledovatel'skiy tsentr problem kachestva podgotovki spetsialistov. – 2004. – 42 s.
6. Ivashkina M.G. Opyt psikhokorreksionnogo i psikhoreabilitatsionnogo soprovozhdeniya lichnosti v usloviyakh onkologicheskogo zabolevaniya / M.G. Ivashkina // Lechebnoye delo. – 2010. – №3. – S. 49-54.
7. Ivashkina M.G. Psikhologicheskiy portret studenta i profilaktika emotsional'nogo vygoraniya vracha-pedagoga v meditsinskom vuze / M.G. Ivashkina // Aktual'nyye voprosy psikhologii: Kompetentnostnyy podkhod v prepodavanii psikhologii. Kollektivnaya monografiya. – M.: Lenand. – 2014. – S.192-206.
8. Ivashkina M.G., Yesaulov V.I. «Dialog so Smert'yu» kak sposob preodoleniya ekzistentsial'nogo krizisa u onkologicheskikh bol'nykh / M.G. Ivashkina, V.I. Yesaulov // Nauka, tekhnika i obrazovaniye / Science, technology and education 2015. – № 6 (12) - S.79-81.

9. Кипиани А.И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности: автореф. дис. ... канд. психологич. наук / А.И. Кипиани – Ставрополь – 2006.
10. Ледванова Т.Ю., Лим В.Г., Свистунов А.А., Витренко М.Ю., Коломейчук А.В. Коммуникативная компетентность врача как часть компетентностной модели подготовки специалиста / Т.Ю. Ледванова, В.Г. Лим, А.А. Свистунов, М.Ю. Витренко, А.В. Коломейчук // Менеджмент качества и инновации в образовании: региональный аспект. Коллективная монография в 2 томах. – М.: Изд-во РГТЭУ. – 2010. – Т.2. – 376 с.
11. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова – М.: Изд-во «Азъ», 1992.
12. Ослон А. Уолтер Липпман о стереотипах: выписки из книги «Общественное мнение» / А. Ослон // Социальная реальность. – 2006. – № 4. – С. 125–141.
13. Поршнева Б.Ф. Социальная психология и история / Б.Ф. Поршнева. - М. – 1979. – 155 с.
14. Психология, словарь. Под ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. – 1990.
15. Столяренко Л.Д. Основы психологии / Л.Д. Столяренко. – Ростов н/Д.: Изд. «Феникс». – 1995. – 736 с.
16. Хрестоматия по социальной психологии. Учебное пособие для студентов под ред. Кутасовой Т.Л. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 222 с.
9. Kipiani A.I. Razvitiye kommunikativnoy kompetentnosti vracha-stomatologa kak usloviye professional'noy uspehnosti: avtoref. dis. ... kand. psikhologich. nauk / A.I. Kipiani – Stavropol' – 2006.
10. Ledvanova T.YU., Lim V.G., Svistunov A.A., Vitrenko M.YU., Kolomeychuk A.V. Kommunikativnaya kompetentnost' vracha kak chast' kompetentnostnoy modeli podgotovki spetsialista / T.YU. Ledvanova, V.G. Lim, A.A. Svistunov, M.YU. Vitrenko, A.V. Kolomeychuk // Menendzhment kachestva i innovatsii v obrazovanii: regional'nyy aspekt. Kollektivnaya monografiya v 2 tomakh. – M.: Izd-vo RGTEU. – 2010. – T.2. – 376 s.
11. Ozhegov S.I., Shvedova N.YU. Tolkovyy slovar' russkogo yazyka / S.I. Ozhegov, N.YU. Shvedova – M.: Izd-vo «Azъ», 1992.
12. Oslon A. Uolter Lippman o stereotipakh: vypiski iz knigi «Obshchestvennoye mneniye» / A. Oslon // Sotsial'naya real'nost'. – 2006. – № 4. – С. 125–141.
13. Porshnev B.F. Sotsial'naya psikhologiya i istoriya / B.F. Porshnev. - M. – 1979. – 155 s.
14. Psikhologiya, slovar'. Pod red. Petrovskogo A.V., Yaroshevskogo M.G. – 1990.
15. Stolyarenko L.D. Osnovy psikhologii / L.D. Stolyarenko. – Rostov n/D.: Izd. «Feniks». – 1995. – 736 s.
16. Khrestomatiya po sotsial'noy psikhologii. Uchebnoye posobiye dlya studentov pod red. Kutasovoy T.L. – M.: Mezhdunarodnaya pedagogicheskaya akademiya, 1994. – 222 s.

DEVELOPMENT OF THE COMMUNICATIVE COMPETENCE OF RESIDENTS IN THE PROCESS OF STUDYING THE COURSE «PEDAGOGY»

Ivashkina M.G.¹, Tarasova A.E.¹

Abstract

The article deals with the development of the communicative competence of a resident in practical classes on the course «Pedagogy», shows the main communicative difficulties that are encountered in the work of a young doctor, suggests specific pedagogical techniques that help overcome communication difficulties.

Keywords

communicative competence, communication difficulties, «Doctor-Patient» interaction, training of medical residents

¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation

For correspondence: Ivashkina M.G., wowmania@yandex.ru