

Практическое занятие № 2.

Тема: Развитие коммуникативной компетенции как один из способов подготовки конкурентоспособного медицинского работника.

Обоснование темы: изучение данной темы является одним из главных направлений в современном медицинском образовании, так как медицинскому работнику необходим высокий уровень владения коммуникативной культурой для эффективного осуществления профессиональной деятельности.

Перечень рассматриваемых вопросов темы практического занятия

1. Коммуникативная компетентность. Структура коммуникативной компетентности.
2. Коммуникативная компетенция (вербально-коммуникативная компетенция, лингвистическая компетенция, вербально-когнитивная компетенция, метакоммуникативная компетенция).
3. Формирование коммуникативной компетентности медицинской сестры.

Место проведения: портал МЕДОБУЧЕНИЕ.РФ

Количество академических часов, отведенное на тему: 2ч

Продолжительность одного занятия: 2ч

Цель: сформировать у студентов представление о коммуникативной компетентности как важной составляющей подготовки будущего специалиста; познакомить с разновидностями коммуникативных компетенций.

В результате занятия

В Ы должны узнать: содержание понятий «коммуникативная компетентность», «коммуникативная компетенция», «коммуникативная культура»; структурные компоненты коммуникативной компетентности; разновидности коммуникативных компетенций.

уметь: различать понятия «коммуникативная компетентность», «коммуникативная компетенция», «коммуникативная культура»; оперировать основными понятиями темы; анализировать различные коммуникативные ситуации.

Владеть: способностью давать социально-психологический прогноз коммуникативной ситуации; выстраивать общение с учетом особенностей коммуникативной ситуации.

Тип занятия: практическое

Методы и формы обучения: при проведении занятия используется интерактивный метод обучения.

Формы организации учебной деятельности: дистанционная.

3.	Теоретическое осмысление учебного материала или актуализация опорных знаний	<p>Контрольные вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какова сущность понятий «коммуникативная компетентность» и «коммуникативная компетенция»? 2. Из каких умений и навыков складывается коммуникативная компетентность? 3. Какова структура коммуникативной компетенции? 4. Как влияет на эффективность профессиональной деятельности медицинской сестры уровень ее коммуникативной компетентности? 	50 мин
4.	Методические указания к проведению самостоятельной работы	<p>Подготовка реферата по темам:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методы диагностики и развития коммуникативной компетентности. 2. Формирование коммуникативной компетентности будущей медицинской сестры. 3. Сущность коммуникации и коммуникативной деятельности. 4. Методы исследования коммуникативной компетенции. 	5 мин
5.	Осмысление и систематизация полученных знаний и умений	Фронтальный опрос, тестирование	30 мин
6.	Задание на дом	Озвучить тему следующего занятия с указанием дополнительной литературы для подготовки	5 мин

		домашнего задания, дать задание для выполнения внеаудиторной работы.	
--	--	--	--

Рекомендуемая литература.

1. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача. – М., 2011.
2. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей. – Иркутск, 2012.
3. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991.
4. Новгородцева И.В. Педагогика в медицине. - Издательство «ФЛИНТА», 2017.
5. Речевая компетентность в педагогической деятельности [Электронный ресурс] / Иванчикова Т.В. - М.: ФЛИНТА, 2017.
6. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №4.
7. Шеметова Г.Н., Андриянова Е.А., Губанова Г.В. Коммуникативные навыки в профессиональной деятельности врача общей практики и консультирование пациента / Под. ред. Г.Н. Шеметовой. – Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2017. – 198 с.

Конспект занятия.

1. Коммуникативная компетентность. Структура коммуникативной компетентности.
2. Коммуникативная компетенция (вербально-коммуникативная компетенция, лингвистическая компетенция, вербально-когнитивная компетенция, метакоммуникативная компетенция).
3. Формирование коммуникативной компетентности медицинской сестры.

Коммуникативная компетентность - это одно из основных условий действительного развития и самореализации личности. Поэтому задачей образовательного процесса в медицинском вузе является формирование коммуникативной компетентности как части профессиональной подготовки специалиста. **Коммуникативная культура** - совокупность специальных коммуникативных знаний, навыков и умений, с помощью которых человек предотвращает возникновение психологических трудностей. Формирование коммуникативной культуры включает не только знания и умения владения речью, но и соблюдение социальных норм речевого общения, правил речевого поведения. Следовательно, медицинский работник владеет коммуникативной культурой, если владеет профессиональными коммуникативными умениями, то есть практические и коммуникативные навыки медицинского работника тесно переплетаются. Коммуникативная культура имеет особое значение для специалистов лингвоактивных сфер деятельности, к числу которых относится профессия медицинского работника. Если отношения в этом пространстве выстроены в положительном ключе, то имеет место выраженный терапевтический эффект.

Вопрос формирования коммуникативной культуры, компетентности, навыков, у студентов медицинских вузов является одним из наиболее актуальных. Наблюдаемая в

последние десятилетия тенденция к снижению уровня культуры взаимодействия в системе «медицинская сестра-пациент» обостряет потребность в изучении процессов формирования коммуникативной культуры. Речь идет о подготовке таких специалистов, которые были бы разносторонние и глубоко образованными людьми, высокогуманными, творчески мыслящими и быстро адаптирующимися к новым условиям.

Не существует единой верной идеальной **структуры коммуникативной компетентности**. Набор ее компонентов и элементов не является исчерпывающим и носит вариативный характер. Структура коммуникативной компетентности в общем виде представляет собой совокупность следующих компонентов: мотивационно-ценностного, когнитивного, эмоционального, поведенческого.

Мотивационно-ценностный компонент отражает:

- коммуникативные ценности, потребности, мотивы, установки: желание получать, передавать и создавать информацию, получать эмоциональную поддержку, стремление к эмпатии и рефлексии в процессе общения;
- личностные ценности, проявляющиеся в базовых отношениях к себе и другим людям: интерес к личности партнера, потребность переживания радости от общения; отзывчивость на разнообразные явления окружающей жизни; развитая способность понимать, уважать и ценить чувства других людей, проявлять к ним внимание; способность к сопереживанию;
- социальные установки (умение слушать, проявлять терпимость к идеям и недостаткам партнера).

Когнитивный компонент представляет собой систему коммуникативных знаний: знания о ценностно-смысловой стороне общения, о личностных качествах, способствующих и препятствующих общению, об операциональной (поведенческой) стороне общения; знание атрибутов общения (внешний вид, средства, формы, время, пространство), стандартов коммуникативного поведения (способов прощания, приветствия, выражения благодарности и несогласия и т.п.); знание способов вербальной, невербальной коммуникации; знания об эмпатии и рефлексии и их применении в процессе общения между людьми; знание о языке, устной и письменной речи.

Эмоциональный компонент коммуникативной компетентности связан, прежде всего, с созданием и поддержанием позитивного эмоционального контакта с собеседником, саморегуляцией, умением не только реагировать на изменение состояния партнера, но и предвосхищать его. Именно эмоциональный фон создает ощущение психологически благоприятного или неблагоприятного, комфортного или дискомфортного общения.

Поведенческий компонент представляет собой систему коммуникативных умений:

- **перцептивные умения:** умение понять позицию другого в общении; умение воспринимать, понимать и правильно оценивать партнера по общению; умение оценивать эмоционально-психологические реакции партнеров по общению и даже прогнозировать эти реакции, избегая тех, которые помешают достигнуть цели общения;
- **экспрессивные умения** создают единство голосовых, мимических, визуальных и моторных физиолого-психологических процессов;
- **умения саморегуляции коммуникативной деятельности:** умение организации коммуникативного пространства и взаимодействия; создания и поддержания позитивного эмоционального контакта с собеседником (Р.И. Комунников, В.В. Соколов); умение вступать в общение, устанавливая контакт с собеседником; умение завершить общение; умения выстраивать стратегии, тактики и техники взаимодействия людей, организацию их совместной деятельности для достижения определенных целей; саморефлексия, выражающаяся в своеобразном слежении человеком за самим собой по ходу общения и

дающая ему возможность вносить своевременные коррективы в свое вербальное и невербальное поведение;

- **технические умения коммуникативной деятельности:** умение общаться в различных ситуациях, в различных жанрах; владение устной, письменной речью, приемами ведения беседы, полемики, дискуссии и т.п.;

- эмпатийные умения: наблюдательность, проявляемая по отношению к другим людям; способность ставить себя на место другого участника общения и «смотреть» на происходящее, на самого себя его глазами.

Н. Гез в структуре коммуникативной компетенции выделяет следующие составляющие:

- **вербально-коммуникативная компетенция** (способность обрабатывать, группировать, запоминать и в случае необходимости вспоминать знания, фактические данные, применяя языковые обозначения);

- **лингвистическая компетенция** (способность понимать, производить неограниченное количество предложений с помощью усвоенных языковых знаков и правил их сочетания);

- **вербально-когнитивная компетенция** (способность принимать во внимание при речевом общении контекстуальную уместность в употреблении языковых единиц для реализации когнитивной и коммуникативной функций);

- **метакоммуникативная компетенция** (способность владеть понятийным аппаратом, необходимым для анализа и оценки средств речевого общения).

Формирование коммуникативной компетентности медицинской сестры.

Умение общаться с больными — коммуникативная компетентность медицинской сестры — искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Вначале, на ранних этапах обучения, начиная взаимодействовать с больными, будущие медицинские сестры часто бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, которых особенно уважают, на чье мнение ориентируются, перенимая у них манеру общения с больными, особенности невербального поведения (жесты, мимические реакции, позы, манеру сидеть, разговаривая с больным, и пр.), интонации, заимствуют из их словаря ключевые фразы (первую фразу, с которой начинается контакт с пациентом, последнюю фразу с заключительными обобщающими формулировками). По мере накопления опыта профессионального общения молодая медицинская сестра уже осознанно начинает использовать разнообразные психологические навыки, облегчающие общение с больным. Чем больше стаж работы медицинской сестры, тем больше внимания она уделяет психологическим аспектам терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной компетентности, во многом обеспечивающей эффективность профессионального взаимодействия.

Профессиональная адаптация. Адаптация медицинской сестры к профессиональной деятельности занимает около двух лет. Как правило, это время необходимо для того, чтобы почувствовать себя уверенно в новой социальной роли, выработать индивидуальный профессиональный «имидж», приобрести определенный репертуар навыков, алгоритмов действия в стандартных профессиональных ситуациях. В начале самостоятельной работы медицинская сестра обычно еще не чувствует себя вполне уверенно, ориентируясь на более опытных коллег, к помощи которых прибегает в сложных или ответственных случаях. Продолжается поиск информации, тренировка профессиональных навыков с получением обратной связи (одобрения, поощрения со стороны старших), интенсивное общение с молодыми начинающими коллегами,

обеспечивающее эмоциональную поддержку. Этот познавательный элемент профессиональной адаптации можно обозначить как совершенствование *профессиональных знаний, умений, навыков*.

Другой, эмоциональной составляющей профессиональной адаптации медицинской сестры является выработка навыка определения той степени эмоциональной «включенности» больного, которая необходима в каждом конкретном случае профессионального общения. Этот компонент адаптации связан с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с больным. В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности медицинская сестра в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий, приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Снижаются адаптивные и компенсаторные возможности. Вследствие постоянного переутомления возможны снижение иммунитета, частые простудные заболевания, обострения хронических соматических расстройств. Возникает *«синдром эмоционального сгорания»* как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.

«Синдром эмоционального сгорания» субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: медицинская сестра уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, медицинская сестра перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием — внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях медицинской сестры о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» профессиональной деятельности может повторяться время от времени. «Сгорающих» описывают как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, склонных идеализировать окружающих людей. Одновременно это лица эмоционально неустойчивые, с колебаниями настроения, интровертированные, лишенные достаточной степени эмоциональной поддержки.

При исследовании «синдрома эмоционального сгорания» были выделены три фазы.

Первая — «фаза напряжения». Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность (признак ослабления контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом) и реакции депрессивного типа.

Вторая фаза получила название «фазы сопротивления». Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избежать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. «Экономия эмоций», ограничение эмоциональной отдачи упрощает и сокращает процесс общения «медицинская сестра - больной», привнося в него черты поверхностности и

формализма. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия.

Третья фаза описывается под названием «фазы истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности (снижением памяти, нарушением концентрации внимания и др.), склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

По мере накопления опыта медицинская сестра обучается «дозировать» степень эмоциональной вовлеченности в процессе профессионального общения. Эмоциональная «вовлеченность» важна в начале общения с больным, при установлении психологического контакта. В дальнейшем взаимодействии эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагностики и терапии: при необходимости убедить больного пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно, если существует вероятность неблагоприятного исхода. Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы жизни больного, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с больными, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).

Еще один компонент профессиональной адаптации связан с формированием *«профессионального имиджа»* как важного инструмента профессиональной деятельности. Один из наиболее значимых его элементов — уверенное поведение медицинской сестры, адекватное ситуации. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни была медицинская сестра шокирована, напугана, подавлена допущенной ошибкой, она не должна показывать своей растерянности больному. Уверенный стиль поведения помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности медицинской сестры, ее способность контролировать ситуацию и определять прогноз, что позволяет пациенту сохранять веру в благополучный исход событий. Уверенное поведение помогает обеспечить доверие больного, вселить в него надежду, активизировать защитные и компенсаторные механизмы. Другими составляющими «профессионального имиджа» являются характеристики невербального поведения: открытые позы, располагающие к общению; коммуникативные и экспрессивные жесты, рассчитанные на произведение определенного впечатления; мимические реакции, выражающие доброжелательность, спокойную уверенность; межличностная дистанция, отражающая степень эмоциональной близости в каждый момент общения в зависимости от поставленных тактических задач. Важен и внешний вид медицинской сестры, особенности ее речи: доверительная, властная или спокойная, уверенная интонация, плавная, хорошо построенная речь. Это повышает степень доверия к полученной информации и уверенность в профессиональной компетентности медицинской сестры.

Сестринские манипуляции традиционно проводятся и изучаются на основе алгоритмов. Это не всегда хорошо — здесь скрыт подводный камень — по алгоритму можно работать с телом пациента, но не с самим пациентом. Человеческие отношения, да и само понятие оказания помощи никак невозможно описать с помощью алгоритма. Творчество, сочувствие, взаимопонимание, уважение — эти понятия не раскладываются на этапы и подпункты.