

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Соціально-економічні перетворення в Україні орієнтують систему професійної освіти на якісно новий рівень підготовки фахівця. Один із напрямків реформування системи вищої освіти передбачає підвищення рівня професійної підготовки медичних працівників середньої ланки, формування не лише системи науково-медичних знань і медико-практичних умінь, але й умінь терапевтичної взаємодії з пацієнтом, які складають основу комунікативної компетентності майбутнього середнього медичного працівника. Комунікативна компетентність як особистісна якість фахівця забезпечує успішне виконання всіх етапів лікувального процесу: формування інформаційної бази про пацієнта, фізичне обстеження, здійснення терапії, оцінка виконаних дій. Професійне спілкування медичної сестри, акушера, фельдшера з пацієнтом дозволяє своєчасно скорегувати історію хвороби виявленням суб'єктивних причин страждань і вибором відповідних терапевтичних засобів. У зв'язку з цим необхідною є науково обґрунтована система підготовки студентів медичного коледжу до професійної комунікативної діяльності.

Зростаюча увага до наукового вирішення проблеми розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки актуалізується неповним описом її специфічних характеристик, недостатньою теоретичною розробленістю критеріїв її формування та навчально-методичного забезпечення. Відповідним бачиться пошук ефективних методів і засобів формування і розвитку комунікативної компетентності студентів в умовах медичного коледжу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній науці накопичено певний фонд знань, необхідний для постановки і вирішення досліджуваної проблеми. Важливими для дослідження стали вчення про «внутрішню картину хвороби» (Р. Лурія, М. Мудрів, В. М'ясищів, І. Харді та ін.) і концепція терапевтичної спільноти (Г. Аммон, М. Кабанов, Б. Карвасарський

та ін.).

Характеристику етико-деонтологічного боку медичної діяльності подано в роботах А. Іванюшкіна, А. Хетагурова, А. Флінта та ін. Особливості спілкування середнього медичного працівника і пацієнта розглянуті в дослідженнях Д. Белухіна, Н. Магазаника, І. Островської. Вивченню й вдосконаленню професійної підготовки медичного працівника середньої ланки присвячені дослідження науковців М. Зуба, С. Мухіної, І. Тарновської, Н. Творогова.

Проблеми міжособистісної взаємодії й культури спілкування розробляли А. Баскаков, В. Вареник, Г. Довгополова, В.А. Кан-Калік, Є. Климов, О. Козлова, В. Рибалко, О. Скоробагатська. Проблеми професійної освіти в контексті досліджень психологічної структури особистості професіонала досліджували В. Діденко, А. Маркова, О. Марищук, В. Моргун, В. Рибалко, В. Щадріков та ін.

Однак аналіз фонду знань з досліджуваної проблеми дозволяє констатувати недостатню освітленість питань формування комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки. Ураховуючи важливість окресленої проблеми, було обрано тему дослідження *«Розвиток комунікативної компетентності студентів медичного коледжу»*.

Мета дослідження: на основі теоретичного аналізу та дослідженні практики формування комунікативної компетентності студентів медичного коледжу сформулювати педагогічні умови розвитку досліджуваного феномена.

Завдання дослідження:

1. Дослідити поняття комунікативної компетентності як педагогічну проблему та її роль у навчанні студентів медичного коледжу.
2. З'ясувати класифікацію професійно-комунікативних умінь медичних працівників середньої ланки.
3. Проаналізувати педагогічну модель розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу.

4. Обґрунтувати педагогічні умови розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу.

Об'єкт дослідження: процес професійної підготовки майбутніх медичних працівників середньої ланки в умовах медичного коледжу.

Предмет дослідження: розвиток комунікативної компетентності студентів в освітньому процесі медичного коледжу.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано такі методи:

- *теоретичні:* вивчення та аналіз філософської та психолого-педагогічної літератури, синтез теоретичного та емпіричного матеріалу для визначення сутності поняття «комунікативна компетентність» та виявлення ступеня дослідженості проблеми наукового аналізу;

- *емпіричні:* педагогічне спостереження, моделювання, анкетування, тестування, інтерв'ювання, дослідно-пошукова робота, методи табличного та графічного представлення результатів дослідження, методи математичної статистики для обґрунтування педагогічних умов та динаміки розвитку комунікативної компетентності студентів в освітньому процесі медичного коледжу.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що в ньому виявлено специфіку комунікативної компетентності студентів-майбутніх медичних працівників середньої ланки як інтегративної якості особистості, що характеризується готовністю до виконання комунікативно-орієнтованих терапевтичних задач, що визначається наявністю знань, умінь, ставлень і проявляється в милосерді, толерантності, стресостійкості, професійної емпатії, що сприяють полегшенню страждань, реабілітації, відновлення здоров'я пацієнта; уточнено та обґрунтовано професійно-комунікативні вміння, необхідні майбутнім медичним працівникам середньої ланки: інформативні; деонтологічні, емпатійні сприйняття і розуміння пацієнта; терапевтичної взаємодії, які формуються при вирішенні комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань.

Практичне значення одержаних результатів дослідження визначається тим, що теоретичні положення та висновки роботи можуть бути використані в освітньому процесі закладів вищої медичної освіти для підготовки майбутніх лікарів, викладачів медичної справи. Матеріали дослідження можуть використовуватися в навчально-виховній роботі вищих закладів професійної освіти, у системі підвищення кваліфікації медичних працівників середньої ланки.

Апробація отриманих результатів дослідження. Основні результати дослідження обговорювались на засіданнях кафедри менеджменту освіти та педагогіки вищої школи, а також під час виступів на науково-практичних конференціях: V Міжнародній науково-практичній конференції для студентів і молодих учених «Європейський університет: імідж, мобільність та соціальні перспективи» у Сумському державному педагогічному університеті імені А. С. Макаренка (Суми, 19 – 20 травня 2021 р.), II Всеукраїнському гонауковому семінарі з міжнародною участю «Педагогіка В. О. Сухомлинського: діалог із сучасністю» (Суми, 5 жовтня 2021 р.), III Міжнародній науково-практичній конференції «Освіта для XXI століття: виклики, проблеми, перспективи» (Суми, 16 – 17 листопада 2021 р.).

Основні положення роботи висвітлено в таких публікаціях:

1. Bilokobylska L. Network interaction as a condition for innovative development of the modern higher educational institution // Європейський університет: імідж, мобільність та соціальні перспективи : Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції для студентів та молодих учених (19–20 травня 2021 року, м. Суми). – Суми: ФОП Цьома С.П., 2021. – С. 193-195.
2. Довгополова Г. Г. Класифікація професійно-комунікативних умінь медичних працівників середньої ланки / Г. Г. Довгополова, Л. О. Білокобильська // Освіта для XXI століття: виклики, проблеми, перспективи: Матеріали III Міжнародної науково-практичної

конференції (16-17 листопада 2021 року, м. Суми). – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2021. – С. 32–33.

Структура та обсяг роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 74 найменування. Подано 1 рисунок. Повний обсяг тексту роботи – 88 сторінок. Основний зміст викладено на 67 сторінках.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

1.1. Комунікативна компетентність як педагогічна проблема

Модернізація змісту і структури сучасної професійної освіти пов'язана з впровадженням компетентного підходу в навчанні. Численні дослідження проблеми формування компетентності як результату освіти і як характеристики працюючого фахівця, проведені на рубежі XX-XXI століть, збагатили понятійно-термінологічний апарат, концепцію професійної компетентності фахівця й уточнили сутність понять «компетенція» і «компетентність».

Разом із тим в сучасній науці між дослідниками не досягнуто єдності у трактуванні цих понять. Деякі науковці використовують їх як синонімічні (Дж. Равен), інші ж розрізняють їх (В. Краєвський, А. Хуторської).

А. Хуторської пропонує розрізняти поняття «компетенція» і «компетентність» як загальне й індивідуальне. Під компетенцією він має на увазі «наперед висунуту вимогу до освітньої підготовки учня» з оволодіння сукупністю взаємопов'язаних якостей особистості, знаннями, вміннями, навичками, способами діяльності, необхідними для якісної діяльності. Термін «компетентність», у свою чергу, може використовуватися для позначення вже наявних якостей особистості, «володіння людиною відповідною компетентністю, що включає її особистісне ставлення до неї й предмету діяльності» [70, с. 61].

Дослідниця О. Кучай дає своє визначення компетентності, зазначаючи, що її рівень визначається низкою критеріїв: ступенем розвитку знань та вмінь, їх енциклопедичністю; можливістю реалізовувати особливі завдання; ефективністю організації та планування власної діяльності; здібностями до адаптації, застосування знань за нетипових умов [36].

М. Головань тлумачить компетентність через наявність певних знань та навичок, пережитого досвіду, що дозволяють узагальнювати щось, здійснювати або вирішувати. Тобто компетентність визначається як наявна сукупність властивостей особистості, як системних новоутворень» [11].

І. Зимня в компетентнісній моделі фахівця визначає три групи компетентностей, що стусуються:

- 1) самого себе як особистості;
- 2) встановлення зв'язків з оточуючими;
- 3) активності особистості в будь-яких проявах [19].

Відповідно до основних положень Ради Європи, ключовими компетенціями є:

- політичні та соціальні, пов'язані з відповідальністю, вмінням співпрацювати, здатністю виходити з конфліктів мирно, не стояти осторонь демократичних утворень у суспільстві тощо;
- компетенції, пов'язані з необхідністю жити в мультикультурному середовищі, поважати й усвідомлювати особливості інших (відмінна релігія, мова, точка зору, культура);
- компетенції спілкування, зокрема письмового та усного, а також іноземною мовою чи кількома;
- інформаційні компетенції, такі як розуміння способів і можливостей імплементації інформаційних технологій, аналітичного ставлення до розповсюджуваних ЗМІ відомостей, агітації тощо;
- навчальні компетенції (перманентне самовдосконалення через освіту та самоосвіту).

Дослідники відзначають, що компетентності в чистому вигляді, не буває, вона є поняттям таким же абстрактним, як будь-яка загальна наукова категорія. Вона служить мірою людських якостей і існує тільки в своїх конкретних проявах – професійна, освітня, комунікативна тощо. Більш того, професійна компетентність існує тільки в межах конкретної професії, професійної діяльності і якостей особистості певного професіонала.

У загальноприйнятому розумінні професіонал – це людина, яка займається якоюсь справою як фахівець, який володіє професією, працівник певної спеціальності.

На думку А. Кузьмінського, професіоналізмом можна вважати властивість індивіда постійно, успішно й з належним результатом провадити роботу в найрізноманітніших умовах. Однак тлумачення цього феномена не обмежується лише ознаками висококваліфікованої діяльності. Це також специфічний стиль буття, незвичайний світогляд, сприймання навколишньої реальності та її об'єктів – професійна самосвідомість [34].

Реалізація компетентнісного підходу в професійній освіті дозволяє по-новому розглядати проблему якості підготовки фахівців. Ключовий показник результату навчання та його ефективності – професійна компетентність випускника, що визначають як «інтегральну властивість професіонала. Вона зумовлює можливість особистості реалізовувати реальні завдання стосовно професії, ґрунтуючись на пережитих емпіричних переживаннях, ситуаціях у минулому, наборі цінностей та вподобань» [13, с. 421].

Визначальними параметрами компетентнісного підходу є:

- наскільки уміння, знання або шляхи реалізації діяльності мають загальнопрофесійну й особистісну вартість;
- рівень визначеності стратегії розвитку професійних та особистісних якостей, опремечених поведінкою та оцінними ставленнями;
- виявлення певних компетенцій, які також є цілями розвитку особистості;
- рівень усвідомлення культури людства і на цьому ґрунті розвиток компетенцій як суми змістовних орієнтирів свідомості;
- рівень визначеності чинників прийняття рішень та їх ієрархія;
- наявність педагогічної допомоги особистості на шляху її розвитку, забезпечення майбутнього успіху;
- наявність персоналізованого підходу до обрання стратегій та цілей;

- можливість комплексно перевірити валідність життєвого досвіду та отриманих знань у реальних ситуаціях;

- соціалізація та накопичення компетентнісного підходу разом із ціннісним, інтегративним, особистісно-орієнтованим підходами з огляду на спільність їх цілей і методологічної бази [32, с. 53].

Найважливішою тенденцією досліджень стало посилення їх гуманітарної й аксіологічної спрямованості, що проявилися в встановленні зв'язку професійного та особистісного, успішності й самовизначення, а також акцентуації інтегративності особистісних якостей фахівця, описуваних терміном «професійна компетентність». Йдеться про професійну компетентність як феномен успішного самовизначення при орієнтації на корисну для суспільства діяльність. У зв'язку з цим, Г. Пирог зазначає, що «основною і рушійною силою професійного становлення виступають протиріччя між досягнутим рівнем розвитку особистості і вимогами, які пред'являють суспільство, колектив, навчальна і професійна діяльність до вже наявних знань, умінь і навичок, а також до індивідуально-психологічних властивостей особистості, яка прагне здобути професійну освіту» [56, с. 68].

Виокремимо особливості, що відрізняють формування компетентності від формування інших понять: комплексність, інтегративність, орієнтованість на досвід, практику та ціннісні смисли діяльності людини.

Проблема формування професійної компетентності майбутніх працівників охорони здоров'я є актуальною для вищої медичної освіти.

Сучасний рівень розвитку сестринської, акушерської справи вимагає від медичного працівника середньої ланки навичок оцінювання стану пацієнта без сторонньої допомоги, здійснення адекватного нагляду за ним, обґрунтовувати свої дії, коли від професійної компетентності залежить здоров'я й життя пацієнта.

Наголосимо, в Коментарі до «Морального кодексу медсестер» Американської асоціації медсестер визнано надзвичайну важливість таких питань, як професійна компетентність і здатність відповідати за свої дії.

П. Беннер наголошує, що стаж роботи не можна вважати рівнем компетентності медичної сестри. Далі автор зазначає: «Ми надзвичайно мало знаємо про те, як оцінити можливості особи відшукувати нагальні проблеми, чи виміряти вміння безпомилково вибирати методи і способи їх вирішення» [3, с. 21]. На думку автора, окремі професійні якості медсестер все ж піддаються ідентифікації, очевидним об'єктивним оцінкам і називає серед них «здатність справлятися з критичними ситуаціями; психологічну стійкість; співчуття і надійність при догляді за новонародженими, коматозними хворими та іншими пацієнтами, що знаходяться в абсолютно безпорадному стані, які вимагають особливого догляду; вміння швидко виявити й вирішити нагальну проблему; вміння вгамувати біль; турботу про вмираючого пацієнта» [3, с. 22].

Таким чином, ми доходимо висновку, що професійна компетентність медичного працівника середньої ланки є інтегративною якістю особистості, що характеризується готовністю вирішувати професійні завдання.

Ф. Найтінгейл, засновниця сестринської етики й деонтології, відзначала: «Сестра повинна мати потрібну кваліфікацію: сердечну – для розуміння хворих; наукову – для розуміння хвороб, технічну – для догляду за хворими» [7, с. 492].

Пацієнт звертається до лікаря зі своїм болем, своїми стражданнями. Той факт, що болем як симптомом зайняті лікарі і що існує особлива лікарська дисципліна «анестезіологія», не виключає справедливості зауваження П. Беннер: «Визначення причини виникнення болю і вибір адекватного засобу для її полегшення або усунення потрапляє в межі компетенції медсестри» [3, с. 27]. П. Беннер відзначає особливу мову, якою користуються досвідчені медичні сестри при спілкуванні зі своїми пацієнтами, коли з півслова зрозуміло, про які моменти догляду за собою, особливості способу життя йдеться. М. Фаулер пише про те, що «з пацієнтами треба розмовляти не своєю, а їх мовою, тобто професійно важливо враховувати й інтелектуальні можливості пацієнта, і його

психологічний стан» [3, с. 28]. Серед кількох десятків професійних функцій (навичок) медичної сестри необхідно звернути увагу на функцію, яку П. Беннер назвала «присутністю: вмінням побути з пацієнтом» [3, с. 29]. Це означає те, що до професійних обов'язків включено суто людські якості медичної сестри – бути уважною, співчутливою, бути тим, хто підтримує і «словом і ділом». Найбільш повно специфіка етичних вимог гуманності в медичній справі виражена в понятті «турбота про пацієнтів». Це поняття є синтетичним, інтегративним, причому в його змісті більш важливий комунікативний аспект, аніж маніпулятивний і технічний. «Турботу про пацієнта не можна проконтролювати, до неї неможливо примусити. Турбота виникає з особистих і культурних уявлень і прагнень» [14, с. 13].

Турбота про пацієнта, милосердя, гуманність, співчуття, безкорисливість є основними принципами сучасної сестринської етики й деонтології. До професійних якостей середнього медичного працівника, специфіка діяльності якого полягає в щоденному, тісному спілкуванні з пацієнтом, ми відносимо толерантність, яка трактується як моральна ознака, що передбачає відношення до представника інших національних груп, культурних традицій, релігійних угруповань та віросповідань як до рівної гідної особистості» [61, с. 5]. Толерантність у контексті діяльності медичного працівника середньої ланки передбачає прийняття пацієнта з його фізіологічними, психологічними, віковими особливостями, відсутність неприязні до важких, неприємних форм захворювання (абсцес, пронос, рак тощо), щире бажання допомогти пацієнтові незалежно від його національності, спеціальності, соціального статусу тощо.

Найважливішою умовою спілкування медичного працівника є наявність у нього такої якості як емпатія. Емпатію (з англійської *empathy* – відчуття) визначають як притаманні людині здібності до відчування емоцій та емоційних переживань іншого, до фізичного розуміння внутрішніх смислів переживань, вчинків, стану того, з ким відбувається процес спілкування. Карл Роджерс, характеризуючи емпатію, зазначає, що варто

остерігатися стану ідентифікації. Обов'язково повинен залишатися відтінок «як ніби»... Точне відчування внутрішнього емоційного стану співрозмовника не повинно затьмарювати само ідентифікацію, втрату себе [60, с. 65].

М. Бабич визначає три види емпатії: розуміння, співпереживання і співучасть. В основу поділу покладено залежність від переважання в цьому процесі одного з трьох компонентів: гностичного, афективного або поведінкового. Переважання гностичного компонента в процесі емпатії проявляється в точності й адекватності розуміння стану іншої особистості. Домінування афективного компонента проявляється високим емоційним зануренням у стан іншої людини – співпереживання. У дієвій емпатії переважає поведінковий компонент, коли одна людина не тільки розуміє стан іншої, але й діє відповідним чином, надає іншій активну підтримку [1]. О. Кравченко зазначає, що емпатія як соціально-психологічна властивість, складається з низки здібностей: 1) здатності емоційно реагувати й відгукуватися на переживання іншого; 2) здатності розпізнати емоційний стан іншого й подумки перенести себе в його думки, почуття й дії; 3) здатності обирати адекватну емпатійну відповідь (вербального й невербального типу) на переживання іншого, використовувати способи взаємодії, що полегшують страждання іншого [30].

На наш погляд, емпатія як професійна якість середнього медичного працівника є неодмінною умовою повноцінного діагностичного спілкування з пацієнтом.

Таку якість як стресостійкість ми відносимо до професійно значущих в особистості медичного працівника середньої ланки. У психологічному словнику стрес визначається як «стан сильного емоційного розладу, перезбудження й перенапруги, що виражається нездатністю людини думати й приймати розумні рішення, неможливістю діяти раціонально і цілеспрямовано в ситуації, що склалася» [47, с. 242]

Стресостійка особистість здатна без будь-якої шкоди для себе й інших витримувати великий обсяг роботи, пов'язаної з емоційним, розумовим та вольовим напруженням під час реалізації професійної ролі. [18]. Стресостійкість медичного працівника середньої ланки пов'язана зі здатністю опановувати власні переживання та емоційні стани, ідентифікувати настрій пацієнта, бути тактовним і витриманим.

Таким чином, деонтологічним завданням медичного працівника середньої ланки є встановлення психологічного контакту з пацієнтом, вміння заспокоїти його, покращити настрій, вселити впевненість в успішному результаті не тільки діагностичної процедури, але й захворювання в цілому.

Згідно з кодексом поведінки медичних сестер, розробленою Міжнародною Радою медичних сестер, їх фундаментальна відповідальність має чотири головні аспекти: сприяння зміцненню здоров'я, профілактика захворювань, відновлення здоров'я, полегшення страждань. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я визначає здоров'я як «цілковитий фізичний, душевний і соціальний добробут; виходячи значно далі за поняття хвороб і фізичних дефектів» [50, с. 280]. Відновлення фізичних сил пацієнта є областю компетенції лікаря, а набуття душевного благополуччя – завданням медичного працівника середньої ланки. Згідно з визначенням, Європейського регіонального бюро ВООЗ із сестринської справи основною функцією медичної сестри є здійснення сестринського догляду, що передбачає проведення профілактичних заходів, сестринське втручання, реабілітацію, психологічну допомогу самому хворому або членам його сім'ї. Реабілітація в медицині – «комплекс медичних, психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених фізіологічних функцій організму, а також соціальних функцій, якості життя і працездатності хворих та інвалідів» [24, с. 63].

Таким чином, у діяльності медичного працівника середньої ланки важливим є саме комунікативний аспект.

Визначення, що таке комунікативна компетентність, вперше дав Д. Хаймз, підкресливши, що висловлюванням притаманні свої правила, яким підкоряються правила граматики, і які, у випадку їх засвоєння, уможлиблюють застосування мовних засобів під час обміну інформацією та спілкування. Він об'єднував під цим поняттям такі компетенції:

- лінгвістичну (стосується власне законів мови);
- соціально-лінгвістичну (стосується діалогічного мовлення);
- дискурсивну (стосується вимог щодо конструювання смислового висловлювання);
- стратегічну (стосується норм побудови взаємодії з партнером у спілкуванні).

Пізніше А. Холлідей визначив комунікативну компетенцію як внутрішню готовність і здатність до мовного спілкування.

Існують і інші підходи до того, що включати до комунікативної компетенції.

Р. Мільруд значущим компонентом комунікативної компетенції вважає інформативну компетенцію і визначає комунікативну компетенцію в широкому сенсі, включаючи до неї такі компоненти: лінгвістичний, дискурсивний, прагматичний, стратегічний, соціокультурний [44]. У навчально-методичній літературі деякі автори до поняття «комунікативна компетенція» включають вербально-когнітивну, лінгвістичну, вербально-комунікативну та метакомунікативну компетенції [27].

Вивчення проблеми комунікативної компетентності як складової професійної освіти, її формування й розвитку знайшло відображення в низці досліджень як зарубіжних, так і вітчизняних вчених-психологів. Теоретичні, організаційні та методологічні проблеми вдосконалення досліджуваного поняття ґрунтовно вивчаються в науковому доробку Н. Назаренко, О. Павленко, Ю. Федоренко [45; 53; 68]. Багато з них відзначають, що комунікативну компетентність можна визначати за рівнями розвиненості таких якостей:

- соціальна сензитивність, фіксування деталей, пам'ять, що виявляються найбільш повно в уміннях рефлексувати, співпереживати;
- практичні навички за зовнішніми індикаторами визначити емоційний стан іншого, адекватно змодельовати його особистість;
- уміння адекватно з психологічної точки зору вибудовувати свою мову, встановлювати словесний та несловесний зв'язок про спілкуванні.

Ю. Федоренко тлумачить комунікативну компетентність як вміння забезпечувати ефективне спілкування шляхом налагодження і підтримування контакту з іншою людиною і застосування при цьому певного обсягу знань, вмінь та навичок [68].

Л. Кайдалова визначає поняття комунікативної компетентності як систему внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективного спілкування в певному спектрі ситуацій міжособистісної взаємодії [20].

На наш погляд, найбільш повна й чітка дефініція подана Ю. Жуковим, який вважає, що комунікативна компетентність «є готовністю і вмінням планувати й здійснювати ефективні комунікативні дії з використанням наявних внутрішніх і зовнішніх ресурсів» [16, с. 14], Вона – важливий і невід'ємний компонент професійної, соціальної й міжособистісної компетентності. Більше того, «комунікативна компетентність є метакомпетентністю, або ядерною компетентністю, яка не тільки входить до складу зазначених різновидів, але й сполучає всі ці утворення. З точки зору складу вона являє собою сплав знань, умінь і диспозицій (переконання й ціннісні орієнтації)» [16, с. 20].

Характер поведінки медичної сестри, акушера, фельдшера впливає на перебіг хвороби та стан хворого. Відсутність у медичного працівника відповідного рівня комунікативної компетентності робить його професійно малопридатним. Це пов'язано з тим, що комунікативна компетентність як найважливіший професійний інструмент, присутній при здійсненні всіх етапів лікувального процесу.

Як приклад розглянемо спілкування медичної сестри й пацієнта на всіх стадіях сестринського процесу: сестринське обстеження, сестринський діагноз, план догляду, виконання цілей, оцінка сестринської допомоги.

Сестринське обстеження – збір інформації про стан здоров'я пацієнта. Формування інформаційної бази даних про пацієнта здійснюється за допомогою суб'єктивного (збір анамнезу) й об'єктивного (вимір пульсу, температури тощо) методів обстеження. Суб'єктивний метод включає фізіологічні, психологічні, соціологічні дані про пацієнта і джерелом інформації виступає, в першу чергу, безпосередня бесіда медичної сестри з пацієнтом і його сім'єю. У кожного пацієнта є не тільки емоційні порушення, а й певні процеси інтелектуального і вольового порядку, пов'язані з усвідомленням, переживанням і ставленням до хвороби. Усю сукупність цих психічних явищ терапевт Р. Лурія назвав внутрішньою картиною хвороби [40]. Як зазначає І. Харді, будь-яка хвороба, якщо вона серйозна, є кризою. Вона призводить до відриву від звичного середовища, порушує душевну рівновагу [69]. Медична психологія стверджує, що хвороба й пов'язана з нею поведінка можуть бути по-справжньому зрозумілі на тлі минулого й теперішнього життя людини. Лікувати треба не хворий орган, а страждачу людину – «homo patients».

Основним і первинним компонентом структури внутрішньої картини хвороби є емоційні переживання пацієнта з приводу самої хвороби. Надалі ця емоційна реакція може поглиблюватися, ставати комплекснішою через брак інформації та власного життєвого досвіду. Ятрогенія – «патологічний стан, обумовлений необережними висловлюваннями або вчинками лікаря (або іншого медичного працівника), які створюють у людини уявлення про наявність у неї будь-якого захворювання або про особливо тяжкий перебіг наявної у нього хвороби» [20, с. 25]. До задач середнього медичного працівника відноситься створення умов, коли складні та неадекватні емоції будуть зменшені чи нівельовані, буде вироблене оптимальне розуміння стану хвороби задля безперешкодного та ефективного процесу лікування. Процес

такого впливу на пацієнта має назву корекції масштабу переживання хвороби. Комунікативна компетентність середнього медичного працівника будується на взаєморозумінні з пацієнтом задля виявлення зовнішніх (об'єктивних) та внутрішніх (суб'єктивних) чинників виникнення фізичної вади.

Сестринський діагноз – формулювання висновків, заснованих на аналізі та інтерпретації інформації, зібраної в результаті обстеження. Сестринський діагноз відрізняється від лікарського: у ньому відсутня назва, а вказано лише той стан, який турбує пацієнта найбільше, і причина цього стану. Саме визначення сестринського діагнозу передбачає тісний контакт медичної сестри й пацієнта. Досвід спілкування з хворим, який є тільки у медичної сестри, допомагає їй вчасно скоординувати хід лікування або фізично й емоційно допомогти пацієнтові впоратися із захворюванням. У зв'язку з цим П. Беннер зазначає: «незацікавлена, байдужа медсестра не вловить того незвичайного в поведінці, що, як правило, і є сигналом тривоги» [3, с. 23].

Третій етап – план сестринського догляду. Мета цього етапу полягає у визначенні очікуваних результатів і розробка плану втручань. План передбачає участь пацієнта і його сім'ї. Підбиваючи підсумок цього плану, медична сестра повинна чітко уявляти відповіді на питання: мета догляду; пацієнт як особистість (його характер, інтереси, культура); його оточення, ставлення до медицини; завдання в досягненні цілей, можливі наслідки [67].

Наступний етап являє собою здійснення планованих дій, тобто безпосередній сестринський догляд за пацієнтом. Багато дослідників медичне спілкування звужують до процесу безпосереднього впливу медичного працівника на пацієнта. На наш погляд, у процесі взаємодії з медичним працівником пацієнт виступає не як об'єкт впливу, а як активний суб'єкт комунікації. Йдеться про терапевтичну взаємодію, яка передбачає тактику розділеної відповідальності, активної участі самого пацієнта в лікувальному процесі [12; 15].

Заключний етап – оцінка виконаних дій і корекція догляду. Джерелами й критеріями оцінки сестринського догляду є: оцінка відповідної реакції пацієнта на сестринське втручання, активний пошук нових проблем пацієнта.

Таким чином, комунікативна компетентність середнього медичного працівника необхідна при виконанні всіх етапів лікувального процесу: формуванні інформаційної бази про пацієнта, фізикальному обстеженні, здійсненні терапії, оцінці виконаних дій.

У нашому розумінні комунікативна компетентність медичного працівника середньої ланки є інтегративна якість особистості, що характеризується готовністю до виконання професійно-комунікативних завдань різного рівня складності, і проявляється в толерантності, професійній емпатії, стресостійкості, милосерді та сприяє полегшенню страждань, реабілітації, відновленню здоров'я пацієнта.

1.2. Роль комунікативної компетентності в навчанні студентів медичного коледжу

Комунікативна компетентність медичного працівника середньої ланки передбачає процес обміну необхідною діагностичною інформацією, емпатійне сприйняття й терапевтичну взаємодію з пацієнтом.

Дослідження наукових джерел та накопиченого практичного досвіду дали можливість окреслити головні стратегічні напрямки розвитку комунікативної компетенції в студентів, що в майбутньому готуються до роботи медичними працівниками середньої ланки.

Комунікативний аспект взаємодії між медичним працівником та пацієнтом передбачає обов'язковий зворотний зв'язок. При цьому можуть виникати бар'єри спілкування, подолати які вбачається можливим шляхом фіксації інформації, яка надходить через вербальні та невербальні канали (рівні).

У межах комунікації медичного працівника й пацієнта зворотним зв'язком вважають відповідь останнього на стиль поведінки фахівця. За допомогою зворотного зв'язку медичний працівник середньої ланки, наприклад, може зробити висновки про реакцію пацієнта на його стиль поведінки, а також на його особистість у цілому. Наукові дослідження виокремлюють не більше двох провідних типів досліджуваного явища в спілкуванні медичного працівника й пацієнта: прямий і непрямий. За прямого зв'язку реакція пацієнта буде подана у відкритому вигляді. Ця форма зв'язку уможливорює оптимальну оцінку інформації, завдяки чому процес спілкування перетворюється на більш результативний. За непрямого – інформаційне повідомлення транслюється співбесіднику приховано (у вигляді риторичних питань, іронічних зауважень, вербальних і невербальних реакцій). У такому випадку «слухач» повинен сам здогадуватися, що малося на увазі, що, звичайно, ускладнює процес спілкування.

На думку дослідників, безсистемне сприймання інформації, що надає зворотний зв'язок, є фрагментарним і при цьому тлумачиться крізь призму індивідуальних чинників. В. Приходько вважає, що індивідуальні чинники сприймання інформації медичною сестрою визначено її роллю за фахом, вони ґрунтуються переважно на безоцінному апіорі доброзичливому оцінюванню підопічного пацієнта. Разом із тим, В. Приходько наголошує, що бувають випадки, коли медична сестра може неправильно визначити поведінкову реакцію пацієнта, виходячи із власних міркувань, і вважати її некоректною. Попри це, говорячи про феномен «зворотний зв'язок», теоретичні джерела припускають, що фамільярна, з точки зору медичного працівника, поведінка може виникати як віддзеркалення його стилю поведінки з пацієнтом, що дозволило йому так поводитись [58].

Правильному розумінню повідомлень під час спілкування сприяє адекватне подолання труднощів (бар'єри спілкування). Широке тлумачення як бар'єри чинники, які роблять неможливим адекватний обмін інформацією. Психологічна площина бар'єрів комунікації, на переконання С. Максименко,

є результатом природи спілкування, що витікає зі складності та суперечливості самого процесу. С. Максименко стверджує, що правомірно розмежовувати труднощі під час спілкування (особливості емоційної або ж психічної ситуації особистості, її діяльності) та бар'єри самого цього процесу (спричиняються власне комплексністю самого процесу) [42].

Комунікативні перешкоди можуть часто виникати під час обміну інформацією між працівником-медиком та його підопічним. У багатьох випадках, на переконання С. Максименко, вони зумовлюються несвідомим бажанням пацієнта психологічно захиститися від інформації про хворобу та можливих сценаріїв її перебігу, а також певними факторами, що перешкоджають медичному працівникові ефективно оцінювати інформацію [42]. Б. Спітцберг та В. Купач визначають бар'єри власне мовні (фонетичний, семантичний, стилістичний, логічний), бар'єри соціально-культурних відмінностей і відносин [74].

Фонетичні перешкоди перешкоди можуть спричинятися особливостями темпу, розбірливості, наявністю діалектизмів, регіонально обмежених слів, вадами вимови або взагалі незнанням, наприклад, іноземної мови. Смислові (семантичні) перешкоди викликані можливим використанням жаргонізмів, що вживаються представниками різноманітних соціальних груп (соціально неблагополучне населення або ж навпаки, мешканці прикордонних сіл) або груп за віком (підлітки, дошкільнята тощо), вузькопрофесійної лексики (наприклад, морська лексика, спеціальна комп'ютерна лексика тощо). Від того, наскільки мінімізованою буде можливість виникнення такого бар'єру, часто залежить ефективність терапевтичної взаємодії під час лікування. На нашу думку, медичні працівники без значного практичного досвіду повинні отримувати елементарні навички засвоєння різних за смисловим навантаженням блоків слів ще під час навчання. Надзвичайної важливості такі навички набувають під час спілкування із психологічно нестійкими пацієнтами, серед яких підлітки, пацієнти з невиліковними хворобами тощо. Водночас зайве оперування вузькопрофесійною медичною лексикою може

спровокувати смисловий бар'єр самими медичним працівником. У відповідь може виникнути неадекватна, непотрібна відповідь з боку психіки пацієнта. Стилiстичні перешкоди можливі за умови неадекватності побудови висловлювань медичної сестри наявній комунікативній задачі, обстановці тощо (наприклад, психологічним особливостям людей або їх психологічному стану. Нерозуміння логіки висловлювань медичного працівника (медичний працівник послуговується складними логічними конструкціями, є непереконливим) може виникати в різноманітних ситуаціях – розмова з заспокійливою метою (психопрофілактика) перед здійсненням різноманітних маніпуляцій, у тому числі й з апаратурою, пояснення методики й послідовності приймання ліків, правилами здоров'язберігаючих технологій тощо. З іншого боку пацієнт також може спричинити такий бар'єр, висловлюючись нелогічно.

Бар'єри соціально-культурних відмінностей можуть бути викликані через те, що пацієнт асоціюється з приналежністю його до професійної, національної, вікової чи групи за соціальним статусом, статтю.

Під час провадження комунікації медичного працівника та його підопічного цілком можливими можуть бути так звані перешкоди відносин. Особистість пацієнта або медика може викликати негативні емоційні стани, хоча часто навіть неможливим видається пояснити чи усвідомити їх причини. Як наслідок, емоції, які змушена з невідомих причин переживати людина, часто нашаровуються й на інформацію, яку вона передає під час спілкування.

Повторимося, що С. Максименко вважає, що комунікативні бар'єри виникають як захисна реакція свідомості на повідомлення, яке передається в процесі провадження комунікації.

Не можна заперечити, що питання обміну інформацією в процесі провадження комунікації є комплексною, а тому відзначається складністю, оскільки засобами спілкування в цьому випадку виступає мова як складна і високодинамічна система. У межах нашого дослідження важливо відзначити: О. Кравченко, що мовну комунікацію розглядає як явище з високою

концентрацією культурної специфічності. «Послугування мовою, що протікає в середовищі осіб, які сформувалися в ідентичних софіокультурних умовах, воно являє собою культурний факт. За його характеристиками нам видається можливим розпізнати деякі важливі показники культурного буття суспільства в цілому та його окремого суб'єкта» [31, с. 85].

Для практичної діяльності медичного працівника характерна певна особливість комунікації за допомогою вербальних засобів. Характеризуючи вербальну передачу інформації, Б. Козер та Г. Ерб подають ознаки ефективного висловлювання – простота, зрозумілість, доречність, валідність, вчасність, персоналізованість. Простим вважається стисле висловлювання, яке містить закінчені репліки та зрозумілі слова. Разом із тим, занадто коротке повідомлення може вимагати додаткового пояснення, тлумачення або дублювання для того, щоб бути цілком і повністю зрозумілим. Інформацію можна кваліфікувати як ясну за умови, що співрозмовник у змозі після її отримання надати точні відповіді стосовно того, як далі діяти. У протилежному випадку і у випадку якісної розбіжності вербального та невербального в повідомленні Б. Козер та Г. Ерб визначають найважливішим індикатор валідності та довіри до інформації. Визначено, що встановлення довіри чи недовіри до стосовно медичного працівника зумовлюється його обізнаністю, здатністю зізнатися при цьому в тому, що його знання є обмеженими, вмінням зберігати медичну таємницю і таємницю спілкування, авторитетом серед колег.

Показник «доречність висловлювання», «своєчасність» дослідники можна об'єднати поняттям – «доречність». Врахування індивідуальності пацієнта в лікувально-профілактичному закладі Б. Козер і Г. Ерб допомагає вдало побудувати словесне висловлювання під час комунікації з пацієнтом. Якраз цей показник і виступає мірилом доступності, доречності, ступеня валідності, правдивості повідомлення медпрацівника для конкретного хворого.

Під комунікативною компетентністю медпрацівника розуміють наявність характеристик культури мови, а саме таких комунікативних вимог до мовлення: правильність, точність, логічність, доречність, чистота, багатство, виразність [25].

Аналіз теоретичного та практичного досвіду дозволив нам визначити провідні уміння, необхідні в професійному словесному комунікативному процесі медичного працівника середньої ланки: складати промову нормативною літературною, стилістично доречною, чистою мовою; уникати огріхів і помилок в усній та писемній комунікації; добирати такі мовні засоби, що підвищують точність висловлювання; підсилювати висловлювання для виразної засобами виразності – вербальними та невербальними; впливати на людей словом; раціонально й доречно застосовувати терміни-професіоналізми медичної сфери.

Однак варто наголосити, що спілкування за допомогою слів являє собою не тільки процес говоріння, але й включає сприйняття, вміння слухати.

Існують декілька класифікацій навичок слухати. Нам видається найбільш прийнятною стосовно медичного працівника середньої ланки послуговуватися поділом на критичний та емпатійний типи слухання. Мета обох однакова – сприйняти інформацію та сформулювати ставлення до повідомленням, проте способи, в які це досягається, різні. За першого типу розумінню передують процес критичного аналізу інформації. Емпатійний тип слухання полягає в безумовному розумінні спочатку, а вже потім відбувається аналіз повідомлення.

Саме емпатія та відповідний тип слухання мають бути наявними в процесі обміну інформацією між медичним працівником середньої ланки та його підопічним. На нашу думку, студенти медичних закладів освіти повинні набути навичок емпатії у професійній діяльності, позитивного ставлення до майбутніх пацієнтів.

У своїй практичній діяльності лікар в основному контактує з ослабленими людьми, яким важко спілкуватися за допомогою слів, тобто вербально. Тому він повинен володіти навичками кодування й декодування невербальних сигналів, що мають свою специфіку при організації спілкування з пацієнтами.

На нашу думку, вкрай важливо навчити майбутніх медичних сестер читати невербальну поведінку пацієнта. По-перше, це пов'язано з тим, що кожен невербальний код несе для медсестри діагностично важливу інформацію про стійкі й динамічні фізичні та психологічні особливості пацієнта. Підготовлена медсестра може довіряти цій інформації, оскільки елементи невербальної поведінки складно відтворювати за власним бажанням. По-друге, специфіка діяльності медсестри передбачає використання в її практиці невербальних компонентів, прийнятних для спілкування тільки близьких людей, тому вона подвійно повинна бути чутлива до невербальної інформації, що надходить від пацієнта. По-третє, за допомогою невербальних компонентів медсестра може здійснювати «посилення» як позитивних, так і негативних реакцій пацієнта [33].

Таким чином, першорядні уміння, необхідні медичному працівнику середньої ланки в його професійній діяльності – це:

- 1) вміння визначати внутрішній стан пацієнта шляхом оцінювання його невербальної поведінки;
- 2) вміння самому використовувати невербальні засоби спілкування для поліпшення взаємин із пацієнтом.

Спілкування медичного працівника й пацієнта починається з візуального контакту. Дослідження в галузі медичної психології показують, що якщо люди відчують симпатію один до одного й готові до співпраці, вони набагато частіше зустрічаються – поглядами: прямий, погляд поряд із посмішкою й відповідною позою; висловлюють готовність допомогти, що сприяє встановленню довірчих відносин при знайомстві. Бігаючий погляд

частіше говорить про нудьгу або про бажання взяти слово, якщо не виражає страх або почуття провини [6].

При оцінці інформації, переданої особою пацієнта, для медичної сестри, на думку медичних психологів, у першу; чергу діагностичне значення мають очі, колір і стан шкіри, губ; діяльність потових і сальних залоз, вираз обличчя в цілому [6].

Зміна стану м'язів свідчить про зміни в психологічному й соматичному стані пацієнта й вимагає корекції поведінки медичного працівника. Наприклад, пацієнти закусують губи при хворобливих процедурах. При такій поведінці необхідно звертати особливу увагу на підготовку до процедури під час психопрофілактичної бесіди, пояснюючи сенс, послідовність дій, тривалість, маніпуляцій; особливо варто зупинитися на оцінці пацієнтом можливого рівня больових відчуттів.

Певну роль у встановленні контакту відіграє поза. Це положення тіла чи його частин у просторі й відносно одна одної. Основна поза медичного працівника полягає в спрямованості до пацієнта. Вона виражає доброзичливість: голова й тіло повернені до партнера по спілкуванню, тулуб злегка нахилено вперед.

Жести як засіб вираження й передачі інформації досить широко представлені в науковій літературі: В. Лабунська, А. Піз та ін. [37; 55]. Наше завдання – представити типові жести для пацієнтів різного фізіологічного й психологічного стану. Так, схрещені на грудях руки не завжди говорять про сором'язливість людини чи про її бажання до дистанціювання. Наприклад, жінки схрещують руки, коли відчувають незручність, занепокоєння, тоді як чоловіки цього не роблять. У медичній практиці схрещування рук може також означати, що пацієнтові холодно або у нього позиви до сечовипускання [55].

Дослідження К. Ноттерман та Х. Дрюрі показало, що якщо пацієнт, госпіталізований в кардіологічне відділення, ілюструючи характер болю, прикладає до грудей стиснутий кулак або долоню або обидві долоні

переміщаються латерально через грудну клітку, то 77% ймовірності того, що біль носить ішемічний характер. Якщо цих знаків немає, то біль, імовірно, іншого походження. Ці ознаки не є характерними, але дають можливість припущення про наявність ішемії міокарда [73].

У цілому медичному працівнику доцільно виробити жести схвалення, підтримки, уникати жестів відрази, огиди, занепокоєння й прагнути до узгодженої взаємодії всіх елементів поведінки.

Людина в ролі пацієнта відчуває тривогу за стан свого здоров'я, що може проявлятися в прагненні до збільшення дистанції. Як відомо, існує чотири види дистанції: інтимна, особиста, соціальна, публічна. Медичному працівникові з огляду на специфіку його професійної діяльності під час проведення маніпуляції доводиться втручатися в інтимний простір хворого, що може посилити в останнього й без того існуючий стан дискомфорту, особливо при проведенні інтимних процедур (огляд, підмивання, катетеризація сечового міхура, гінекологічні процедури). Тому медична сестра повинна прагнути звести до мінімуму час вторгнення в особистий простір пацієнта. Розмовляючи, бажано знаходитися на відстані від нього в 0,5-1,5 м, стежачи при цьому за невербальними сигналами, які надходять від пацієнта. Розташування співрозмовників повинно забезпечувати зоровий контакт. Якщо медсестра розмовляє з двома пацієнтами, то всі співрозмовники розташовуються в вершині трикутника, якщо з трьома – квадрата. Спілкування з великою кількістю учасників ефективніше, якщо утворюється коло [4].

На думку низки дослідників, необхідно формувати, розвивати й удосконалювати в студентів під час навчання в медичному коледжі такі вміння й навички комунікативного характеру: активне сприйняття, засвоєння й відтворення зворотнього зв'язку; запобігання виникненню комунікативних бар'єрів як зі свого боку, так і з боку пацієнта; діалогічний стиль взаємодії; формулювання думки з урахуванням особистісних особливостей пацієнта; активне, пасивне, емпатійне слухання, використання невербальних засобів

спілкування, вміння ставити запитання й реагувати на прохання, скарги, звернення [52].

Останнім часом у психології спілкування популярним стає напрям трансактного аналізу (Е. Берн). Згідно з цим напрямком, основними діями в спілкуванні є дії, свідомо чи несвідомо спрямовані на зміну або регулювання своєї або чужої позиції в спілкуванні. Використання трансактного аналізу при вивченні взаємодії дозволяє глибше зрозуміти події, що відбуваються під час спілкування, а також позиції учасників. У зв'язку з цим можна позначити ті вміння, які необхідні медичному працівнику при взаємодії з пацієнтом: розбиратися в позиціях, тим самим краще розуміти смисл дій пацієнтів; змінювати свою позицію і тим самим активно впливати на розвиток ситуації спілкування.

На думку Ф. Бацевич, специфіка інтерактивної сторони професійного спілкування медичного працівника з пацієнтом полягає в тому, що в процесі взаємодії поведінка медичної сестри виступає стимулом для зміни поведінки пацієнта шляхом створення сприятливого навколишнього середовища. На створення навколишнього середовища впливають особисті мотиви й цілі вступу в контакт фахівця й пацієнта, їх соціальні статуси і ролі; ставлення до прийнятих норм і правил спілкування [2].

Найбільш поширеним у спілкуванні є два протилежних типи взаємодії: кооперація й конкуренція. Крім цього, виокремлюють конфлікт, догоджання, уникнення, компроміс, домінування, протиборство. За І. Вітенко, в основі класифікації безлічі різних типів взаємодії, лежить принцип успішності-неуспішності спільної діяльності [9].

Дослідники, які вивчають проблеми спілкування й конфлікту, з безлічі різних типів взаємодії медичного працівника й пацієнта виокремлюють найбільш типові: домінування, конфлікт, співробітництво і рідше компроміс.

Відзначимо характерні особливості конфліктів між медичним працівником і пацієнтом. У науковій літературі зустрічається таке визначення конфлікту: це «усвідомлюване протиріччя, яке сприймається

людиною як значуща для нього психологічна проблема, потребує вирішення, викликає активність, спрямовану на її подолання» [59, с. 33].

Професійна позиція медичного працівника зобов'язує його виступати ініціатором вирішення конфліктів, причому конструктивно. У зв'язку з цим фахівець повинен знати способи професійного вирішення конфліктних ситуацій (відхід від конфлікту, протиборство, стратегія поступок, співпраця, визнання достоїнств, третейський суд, обопільний аналіз, гумор); психологічні захисні механізми (витіснення, раціоналізація, компенсація, ідентифікація, проєкція); евристичні й психотерапевтичні методи попередження та вирішення конфліктів у медичній практиці.

Досить рідко, але зустрічається така форма взаємодії медичного працівника й пацієнта як компроміс. Різновидом компромісу є догодження або уникнення конфлікту. Але необхідно відзначити, що медична професія передбачає лідерство фахівця в спілкуванні, тобто він повинен проявляти оперативність на початку контакту, переконувати в необхідності й адекватності терапії, цілеспрямовано змінювати негативні стереотипні установки пацієнта по відношенню до хвороби. Таким чином, медичний працівник є провідником у процесі спілкування, а пацієнт – тим, кого ведуть, тобто з самого початку позиції медичного працівника й пацієнта не рівні. Людина, схильна до якого-небудь захворювання, звертається до медичного персоналу за допомогою психологічного або медикаментозного характеру, тобто роль працівника медичної сфери можна позначити словами: «довірся мені, я знаю, що робити і як тобі допомогти». Такий тип взаємодії є домінуванням. Дослідники дають характеристики домінуванню з певним негативним відтінком. Так, наприклад, П. Назар описує такі емоційні відносини, властиві домінуванню: це зарозумілість, страх перед сильнішим, чиношанування, обожнювання [46]. На наш погляд, специфіка такого типу взаємодії медичного працівника й пацієнта, як домінування, передбачає віру пацієнта в силу «оживлення», медичного досвіду, визнання його переваги за рахунок професійних якостей. Без зазначених почуттів пацієнтові практично

буде неможливо «перемогти» хворобу. Професіоналізм спілкування медичного працівника середньої ланки полягає в тому, що він повинен вміло поєднувати такі, на перший погляд, протилежні типи взаємодії, як співпраця й домінування, творчо підходити до вибору способу спілкування. Хоча мета зазначених двох видів одна – допомогти людині відновити втрачене здоров'я.

Аналіз взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта може виявитися неповним без розгляду стилів спілкування. Проблеми класифікації стилів присвячені роботи А. Леонтьєва, який визначає демократичний і авторитарний [39]; Р. Адлер – демократичний, авторитарний, ліберальний [72]; В. Кан-Калика – спілкування на основі захопленості спільною творчою діяльністю, спілкування на основі дружнього ставлення, спілкування-дистанція, спілкування-залякування, спілкування-загравання [21]. Усі численні класифікації стилів спілкування можна об'єднати в дві групи: продуктивні й непродуктивні. Зрозуміло, що до першої відносяться позитивно орієнтовані стилі – такі, як діалогічний, терапевтичний, рефлексивний, альтруїстичний, вільний, інтегративний, паралельний, демократичний. До непродуктивних відносяться авторитарний, монологічний, ліберальний, пасивно-негативний, маніпулятивний, індіферентний, псевдодіалогічний.

У медичній практиці прийнято визначати два стилі взаємодії, роботи з пацієнтом: маніпулятивний і терапевтичний. Перший напрямок спирається на директивні методи корекції, на маніпуляцію поведінкою хворого. Для пацієнта без його участі медичним персоналом розробляються рекомендації, поради, приписи, пропонуються зразки поведінки. Контролюється суворе виконання хворим усіх даних йому приписів, часом навіть без ґрунтовного пояснення діагнозу і способів лікування. У цьому випадку пацієнт сприймається як пасивний об'єкт впливу й основна позиція медичного працівника – це позиція «зверху». Позиція «поруч» властива медичному працівникові за терапевтичного стилю взаємодії з пацієнтом. Головне завдання такої взаємодії спрямоване на розширення діапазону можливостей

пацієнта з подолання внутрішніх конфліктів, залучення його до діалогу. У разі рівноправної установки обидва співрозмовники сприймаються як активні учасники комунікативного процесу, які мають право відстоювати або формувати в процесі спілкування власну думку. При цьому вважається, що потенційно у людини є знання й здібності допомогти самій собі. Завдання медичного працівника в тому, щоб створити умови, за яких пацієнт вибирає усвідомлення психологічних причин своєї хвороби, знайомиться з технологіями, способами покращення здоров'я, виробляє установку на здоров'я. Пацієнт починає набувати компетентності в галузі самопомоги. Спосіб думок, що включає ідею здоров'я, створює сприятливу реакцію організму.

Терапевтична взаємодія медичного працівника середньої ланки й пацієнта – це їх спільна діяльність, що реалізується в суб'єкт-суб'єктній формі спілкування, і спрямована на розширення діапазону фізичних і психологічних можливостей самого пацієнта з подолання захворювання.

Н. Касевич зазначає, що при спілкуванні з пацієнтом необхідно звертати увагу на його внутрішню «систему відліку», а не на власну: його критерії оцінок, цінності, мотиви поведінки, проблеми, образи, картину світу. Це необхідно для отримання інформації про те, як пацієнт сам собі уявляє свою ситуацію, які переживання відчуває, як прогнозує майбутнє [23]. Багато дослідників відзначають, що одна з найважливіших умов ефективного співробітництва медичного працівника й пацієнта – наявність між ними психологічного контакту, що передбачає вміння учасників спілкування побачити іншого таким, яким він є.

Таким чином, ми визначаємо такі вихідні параметри терапевтичної взаємодії майбутнього медичного працівника й пацієнта: предмет, потреба, мета, дія, засоби, продукт.

Предметом професійного спілкування є особистість людини, схильної до певного захворювання. Потреба в спілкуванні полягає в прагненні пізнати психологічні проблеми пацієнта й оцінити їх роль у процесі протікання

захворювання. Мета спілкування визначається нами як повне або часткове одужання пацієнта, почуття впевненості в кінцевій перемозі над хворобою. Дія спілкування являє собою сам лікувальний процес, орієнтований на максимізацію здібностей пацієнта в одужанні. Три основні категорії засобів, які можуть бути присутніми в медичному спілкуванні: експресивно-мімічні, до яких відносяться посмішка, погляд, міміка, виразний рух рук і тіла, виразні вокалізації; предметно-дієві засоби спілкування – локомоторні й предметні рухи, а також пози, використовувані для цілей спілкування; мовні засоби спілкування – висловлювання, питання, репліки. Продукт терапевтичної взаємодії – поліпшення здоров'я й усвідомлення пацієнтом себе як фізично, так і духовно здоровою людиною.

Американський дослідник Р. Вітч проаналізув уявлення пацієнтів, медичних сестер, лікарів, студентів медичного училища й дійшов висновку, що ідеальний пацієнт – це в основному пасивний індивід, який «неухильно, беззаперечно, ідеально виконує призначення, вказівки, приписи, розпорядження лікаря». Це дозволяє припустити, що медичні працівники ще не готові перейти до суб'єкт-суб'єктної взаємодії з пацієнтами [66].

Таким чином, для забезпечення ефективної взаємодії з пацієнтом у процесі навчання в медичних закладах освіти у студентів необхідно розвивати: потреби в пізнанні, досягненні, домінуванні, спілкуванні; установку на співпрацю; навички та вміння поводитися в конфліктній ситуації.

Існують і інші думки з досліджуваної проблеми, однак усі дослідники сходяться в одному: перш ніж почати лікувати людину, необхідно дізнатися про її внутрішній світ, особистісні особливості, тобто чітко уявити внутрішню картину хвороби, а потім уже будувати весь процес одужання. Сприйняття й розуміння медичного працівника передбачає, в першу чергу, визнання неповторності, унікальності особистості пацієнта, тобто уявлення його як суб'єкта пізнання, а не об'єкта. Найважливішою умовою формування культури сприйняття й розуміння є позитивне ставлення медичного

працівника до своєї професії, прагнення до спілкування з пацієнтом, безоціночне прийняття його особистості.

Процес сприйняття й розуміння, важливим компонентом котрого є емпатія, передбачає наявність у медичного працівника зазначених здібностей. Саме на розвиток емпатійного почуття в студентів необхідно звернути увагу під час навчання в медичному закладі. Наявність серед випускників дівчат і юнаків з низьким рівнем розвитку емпатійних тенденцій свідчить про наявність проблем у професійній підготовці. Розвиток емоційної чуйності залежить від багатьох факторів, таких як: 1) життєвий досвід, виховання в сім'ї, школі, медичному закладі; 2) вміння декодувати невербальну інформацію, що надходить від іншої людини; рефлексувати; поставити себе на місце іншого.

Безпосередній емоційний відгук визначається уявленнями про пацієнтів. За результатами опитування, виконаного О. Волосовець, щодо вивчення ідеальних і реальних образів пацієнтів, у студентів ще до безпосереднього контакту з пацієнтами сформувалося уявлення про них, як про «негативних особистостей». Імовірно, ця установка заважає спробам «вживання» у внутрішній світ пацієнта [10, с. 12].

Розглянувши особливості спілкування медичного працівника й пацієнта, ми можемо сформулювати такі висновки: компонентами комунікативного боку спілкування медичного працівника є зворотній зв'язок, комунікативні бар'єри, вербальна й невербальна комунікація; з безлічі різних типів взаємодії найбільш типовим для медичного працівника й пацієнта є домінування, конфлікт, співробітництво, рідко компроміс; медичній практиці властива наявність таких механізмів сприйняття, як емпатія, рефлексія.

У процесі навчання в медичних закладах вищої освіти в студентів необхідно формувати:

- цінності медичного спілкування: співпереживання, толерантність, милосердя, стійкість до стресів;

- знання клінічної й «внутрішньої картини хвороби», ятрогенних захворювань; особливостей медичного спілкування, основних комунікативних бар'єрів у спілкуванні з пацієнтом, специфіки вербального й невербального спілкування, механізмів і ефектів сприйняття й розуміння, стилів взаємодії з пацієнтом;

- професійно-комунікативні вміння: кодувати й декодувати невербальні сигнали, що надходять від пацієнта, будувати мову з урахуванням особистісних і вікових особливостей пацієнта, запобігати виникненню комунікативних бар'єрів як зі свого боку, так і з боку пацієнта; терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта.

1.3. Класифікація професійно-комунікативних умінь медичних працівників середньої ланки

Особливість професійної освіти полягає в засвоєнні комплексу практичних виконавчих умінь і навичок на базі широкої загальноосвітньої підготовки (часто професійно орієнтованої), тобто в даному випадку освіта має яскраво виражену практичну спрямованість.

Медична освіта здійснюється в коледжах, училищах університетах. Згідно з номенклатурою середніх медичних працівників, освіта яких може провадитись у медичних коледжах, до них належать: «Лікувальна справа», «Лікувальна справа (невідкладні стани)», «Медико-профілактична справа», «Санологія», «Лабораторна справа (клініка)», «Лабораторна справа (гігієна)», «Лабораторна справа (патологія)», «Акушерська справа», «Сестринська справа», «Сестринська справа (операційна)», «Медична статистика», «Рентгенологія», «Стоматологія», «Ортопедична стоматологія» [49].

Основним завданням медичної освіти є оволодіння майбутніми фахівцями загальноосвітніми та професійними знаннями, практичними вміннями, необхідними в медичній діяльності. Згідно з Державним стандартом вищої освіти України за спеціальністю 223 «Медсестринство»

випускник медичного коледжу повинен вміти «ефективно формувати комунікаційну стратегію у професійній діяльності», «встановлювати міжособистісні зв'язки для ефективного виконання завдань та обов'язків», «комунікувати з різними людьми, дотичними до догляду та опіки над пацієнтами/клієнтами»; «створювати сприятливий мікроклімат при здійсненні медсестринських втручань», здійснювати психологічну підтримку «пацієнтів з метою відновлення їхнього психічного та фізичного здоров'я, повернення до активного життя» тощо. Державний стандарт освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» формулює рекомендовані дії щодо встановлення контакту з пацієнтом, необхідного для терапевтичного спілкування [64, с. 18-22].

Окремі елементи комунікативної компетентності майбутнього медичного працівника середньої ланки представлені в змісті його підготовки. Аналіз змісту програм, підручників, навчальних посібників низки дисциплін та освітньої практики медичного коледжу показав, що проблеми медичного спілкування розглядаються, переважно, на теоретичному рівні. У змісті медичної освіти з підготовки середніх медичних працівників недостатньо здійснюються міжпредметні зв'язки й спадкоємність курсів, що підтверджується численними дублюванням тем («Шляхи вирішення конфліктів», «Особливості спілкування з пацієнтами різних вікових груп»), з одного боку, і відсутністю висвітлення професійно-значущих проблем спілкування – з іншого («Особливості невербальної комунікації середнього медичного працівника й пацієнта», «Принципи терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта»). Нами також визначено, що спеціальна робота щодо практичного оволодіння студентами необхідними комунікативними вміннями (емпатійного слухання, кодування й декодування невербальних сигналів, терапевтичної взаємодії з пацієнтом) ведеться недостатньо систематизовано. Підсумком аналізу освітньої діяльності медичного коледжу став висновок про те, в професійній підготовці

медичного працівника середньої ланки домінує розуміння важливості спілкування в майбутній професії на теоретичному рівні.

Л. Ковальчук в своєму дослідженні визначає такі особливості формування комунікативної культури в системі професійної освіти середніх медичних працівників: вікові особливості; перебудова життєвих цінностей; конкретна сфера праці; професійно-особистісне самовдосконалення [26].

Вибір вступу в медичний навчальний заклад диктується не тільки орієнтацією на сферу діяльності, в якій людина може бути максимально корисною іншим як лікар, вчитель, медична сестра, а й практичною цінністю цієї професії в конкретній ситуації суспільного розвитку країни. Переважно цілеспрямовані люди юнацького віку зберігають вірність покликанню на шляху подальшого професійного становлення, особистісного самовизначення. Особистісне самовизначення тісно пов'язане з типом закладу освіти, тобто мотивом вступу до того чи іншого навчального закладу [67]. Аналіз досліджень показав, що існують значні розбіжності у визначенні понять «мотив» і «мотивація». Мотивацію можна визначити як сукупність причин психологічного характеру, які пояснюють поведінку людини, її начала, спрямованість, активність. Поняття «мотив» вужче за термін «мотивація», яка являє собою сукупність мотивів, що мають певну ієрархію й виражають спрямованість особистості. Домінуючий в ієрархії мотив визначає спрямованість особистості. На думку О. Леонтьєва, формування мотивів є формування самої особистості. Вкажіть, які мотиви діяльності людини, які з них є провідними, яка їх ієрархія (тобто яка «мотиваційна структура»), і ви отримаєте найважливішу характеристику особистості [39, с. 40]. Цю характеристику Т. Мишаткіна називає спрямованістю особистості: «В основі спрямованості лежить стійко домінуюча система мотивів, в якій основні мотиви, підпорядковуючи інші, характеризують будову мотиваційної сфери людини» [5, с. 46].

На основі результатів анкетування (Див. Додаток А) ми визначаємо такі мотиви вступу студентів до медичного коледжу: бажання реалізувати

свої особисті якості, бажання приносити користь людям, служити на благо людині й суспільству, бажання бути затребуваним, самореалізуватися; за наполяганням батьків, родичів; бажання оволодіти будь-якою затребуваною професією.

Абітурієнт, який хоче вчитися в медичному коледжі, це людина, яка переживає такі складні періоди життя, як закінчення підліткового і початок ранньої юності, власне юнацтво і пізня юність.

Дослідники виокремлюють такі психологічні особливості зазначеного віку: нестійка емоційна сфера, сплески й некерованість емоцій; самоствердження своєї самостійності та індивідуальності, можливість виникнення конфліктних ситуацій з дорослими; провідна діяльність – спілкування з однолітками; формування самооцінки, власних поглядів, самостійний вибір референтної групи; відсутність справжньої самостійності; розвиток логічного мислення, здатності до теоретичних міркувань і самоаналізу, до оперування абстрактними поняттями; сензитивність для розвитку загальних і спеціальних здібностей. Таким чином, цей період з психологічної точки зору досить сприятливий для формування комунікативної компетентності, однак педагогу необхідно враховувати труднощі віку: можлива агресивність, конфліктність, бажання не залежати від дорослих.

На основі проведеного зіставлення структури й характеру спілкування в підлітковому віці і в подальшому житті, І. Кон дійде важливого висновку: якщо до певного віку людина не отримує навички в будь-яких видах спілкування, то в подальшому ці проблеми заповнюються з великими труднощами [28].

Коледж характеризуються незначним віковим розривом як всередині однієї навчальної групи, так і в масштабах усього закладу, де вікова різниця між студентами різних курсів мінімальна. Ця обставина створює, на наш погляд, хороші передумови для формування комунікативної компетентності з урахуванням вікових інтересів і психологічних особливостей студентів.

Формування комунікативної компетентності як складного явища ставить нас перед необхідністю уточнення поняття «формування». Виходячи з того, що комунікативна компетентність майбутнього медичного працівника середньої ланки розглядається як інтегративна якість особистості, ми можемо спиратися на поняття «формування особистості». Існує два підходи до розуміння поняття «формування особистості». Згідно з першим, формування особистості розглядається як її розвиток, тобто як процес і результат цього розвитку. Ужите в такому значенні, воно передбачає з'ясування того, що є (наявне, експериментально виявляється) і що може бути в особистості, яка розвивається в умовах цілеспрямованих виховних впливів. З точки зору другого підходу, формування особистості розглядається як її цілеспрямоване виховання, «проектування особистості» (А. Макаренко). При такому розгляді формування особистості важливо з'ясувати, що і як повинно бути сформовано в особистості, щоб вона відповідала вимогам, які висуває до неї суспільство [41]. З огляду на специфіку досліджуваного феномена й резюмуючи представлені підходи до розуміння поняття формування, ми розглядаємо формування комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки як процес і результат, який триває в певних умовах і вимагає системи засобів виховання й навчання.

У статті І. Левіної [38] подається перелік комунікативних умінь, якими повинен володіти медичний працівник: встановити правильний психологічний контакт; розповісти в доступній формі про хвороби й лікування, але за умови збереження медичної таємниці при цьому; заспокоїти й підбадьорити пацієнта, що перебуває в найважчому стані; захистити вразливу психіку пацієнта від впливу негативних факторів, у тому числі що відносяться до лікувально-діагностичного процесу; зберігати медичну й особисті таємниці пацієнта; використовувати слово як важливий психотерапевтичний і психопрофілактичний фактор; вміти визначити в бесіді індивідуальні особистісно-характерологічні особливості пацієнта (характер, темперамент, здібності, потреби); професійно й грамотно будувати свої

взаємини з родичами пацієнта, з іншими співробітниками та колегами медичного колективу, не допускати їх критики в присутності пацієнтів.

Згідно з Державним стандартом вищої освіти України за спеціальністю 223 «Медсестринство» випускник повинен вміти будувати свою промову відповідно до мовних, комунікативних і етичних норм; уміти використовувати вербальні та невербальні засоби спілкування в психотерапевтичних цілях; вміти визначити переважаючий тип поведінки колег і пацієнтів; вміти оцінити конфліктні ситуації; вміти спілкуватися з пацієнтами та колегами в процесі професійної діяльності [8]. На наш погляд, поданий список комунікативних умінь недостатньо повний для практичної медичної діяльності.

Спираючись на зміст Державного стандарту вищої освіти України за спеціальністю 223 «Медсестринство», ми окреслили ті комунікативні вміння, які повинні формуватися в процесі професійної практики:

- вміти будувати свою промову відповідно до мовних, комунікативних і етичних норм;
- вміти аналізувати своє мовлення з точки зору її нормативності, доречності й доцільності;
- усувати помилки й недоліки у своєму усному й писемному мовленні;
- володіти елементарними вміннями спілкування іноземною мовою;
- вміти використовувати вербальні та невербальні засоби спілкування в психотерапевтичних цілях;
- вміти визначити переважаючий тип поведінки колег і пацієнтів;
- вміти оцінити конфліктні ситуації;
- вміти спілкуватися з пацієнтами та колегами в процесі професійної діяльності;
- вміти оцінювати фізичний і соціально-психологічний стан людини в різні вікові періоди;

- вміти консультувати пацієнта й сім'ю з питань збереження і зміцнення здоров'я в різні вікові періоди.

Зазначені професійно-комунікативні вміння, в основному, стосуються вмінь вербальної й невербальної комунікації і до вмінь, що покликані розпізнати особистісні особливості партнерів у процесі спілкування. У програмі проведення професійної практики недостатньо уваги приділено формуванню умінь терапевтичної взаємодії з пацієнтом; емпатійного сприйняття й розуміння пацієнта; деонтологічних умінь.

На основі аналізу літератури та практики нами була визначена класифікація професійно-комунікативних умінь за ступенем освоєння досвіду терапевтичної взаємодії медичного працівника з пацієнтом. До професійно-комунікативних умінь, необхідних для майбутніх медичних працівників, ми відносимо: інформативні, деонтологічні, вміння емпатійного сприйняття й розуміння пацієнта, терапевтичної взаємодії з пацієнтом.

Перша інформативна група умінь пов'язана з процесом обміну інформацією між медичним працівником і пацієнтом. До цієї групи відносимо:

1) вміння вербальної мови:

- вміти ставити питання пацієнту: вміння сформулювати змістовно цінне запитання;
- вміння використовувати різноманітні формули реагування;
- вміння передавати й здобувати інформацію різними способами;
- вміння грамотно аргументувати позицію;
- вміння діалогічного мовлення;
- вміння врахувати в своєму мовленні індивідуальні особистісні особливості пацієнтів;
- вміння запобігати виникненню комунікативних бар'єрів як зі свого боку, так і з боку пацієнта;
- вміти будувати свою промову відповідно до комунікативної грамотності;

- уміти відпрацьовувати прийоми раціональної мовної поведінки;
- вміти грамотно використовувати в своїй промові професійну лексику;
- вміти використовувати в своїй промові вербальні й невербальні засоби виразності;
- вміти використовувати терміни в діловому контексті, враховуючи, що часто значення слів, уживаних у професійному контексті, не завжди збігається з буденно-звичним;

2) вміння невербальної мови:

- вміння визначити внутрішній стан пацієнта шляхом оцінювання його невербальної поведінки;
- вміння кодування й декодування невербальних сигналів, які надходять від пацієнтів;
- вміння використовувати невербальні засоби спілкування медичним працівником для поліпшення взаємин з пацієнтом;

3) вміння «слухати»:

- вміння вислухати пацієнта,
- навички активного, пасивного, емпатійного слухання;
- вміння активно сприймати, засвоювати й відтворювати зворотній зв'язок.

Друга група умінь пов'язана з процесом емпатійного сприйняття й розуміння медичним працівником пацієнта:

- вміння відчувати емоційний стан пацієнта (емпатія);
- вміння емоційно реагувати й відгукуватися на переживання пацієнта;
- вміння пізнати власні індивідуально-психологічні особливості (рефлексія);
- вміння оцінювати свій психічний стан;
- навички безумовно позитивного ставлення до пацієнта;
- навички вербалізації емоційних переживань;

- саморегуляція власного психічного стану.

Третя група умінь пов'язана з процесом безпосередньої терапевтичної взаємодії медичного працівника й пацієнта:

- вміння розбиратися в позиціях, і тим самим краще розуміти сенс і спрямованість дій пацієнтів;
- вміння змінювати свою позицію і тим активно впливати на розвиток ситуації спілкування;
- вміння будувати свої відносини з пацієнтом на основі співробітництва;
- вміння встановити психологічний контакт;
- вміння діалогічного стилю взаємин з пацієнтом;
- вміння поводитись у конфліктній ситуації.

Четверта група – деонтологічні вміння, які є показником дотримання етико-деонтологічних норм поведінки:

- вміння дотримуватися конфіденційності інформації про пацієнта, його захворювання (дотримання лікарської таємниці);
- вміння взаємодіяти з пацієнтами різних вікових груп;
- вміння взаємодіяти з пацієнтами при різних захворюваннях (у тому числі й інфекційних хворобах, ВІЛ-інфекції; шкірних та венеричних захворюваннях);
- вміння прогнозувати результати спілкування з пацієнтом.

Таким чином, практична спрямованість підготовки майбутніх медичних працівників середньої ланки в умовах медичного коледжу визначає необхідність формування практичних виконавчих умінь і навичок, до яких, безперечно відносяться й професійно-комунікативні. Класифікація професійно-комунікативних умінь студентів-випускників медичного коледжу включає групи: умінь, пов'язаних із процесом обміну інформацією між медичним працівником і пацієнтом, із процесом емпатійного сприйняття й розуміння медичним працівником пацієнта, із процесом безпосередньої

терапевтичної взаємодії медичного працівника й пацієнта, деонтологічні вміння, які є показником дотримання етико-деонтологічних норм поведінки.

Висновки до розділу 1

Розглянувши теоретичні аспекти формування комунікативної компетентності студентів в умовах медичного коледжу, ми дійшли певних висновків.

Соціально-економічні перетворення в Україні орієнтують систему професійної освіти на якісно новий рівень підготовки фахівця. В умовах, що склалися медична освіта працівників середньої медичної ланки наповнюється новим змістом і передбачає як формування системи науково-медичних знань і медико-практичних умінь, так і вмінь терапевтичної взаємодії з пацієнтом, які складають основу комунікативної компетентності майбутнього середнього медичного працівника. Однак аналіз фонду знань з досліджуваної проблеми дозволяє констатувати недостатньо широку освітленість питань формування комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки.

У нашому розумінні комунікативна компетентність медичного працівника середньої ланки є інтегративною якістю особистості, що характеризується готовністю до виконання професійно-комунікативних завдань різного рівня складності, і проявляється в толерантності, професійній емпатії, стресостійкості, милосерді, і сприяє полегшенню страждань, реабілітації, відновлення здоров'я пацієнта.

У процесі навчання в медичних закладах освіти в студентів необхідно формувати ціннісне ставлення до пацієнта, майбутньої професії; знання клінічної й «внутрішньої картини хвороби», особливостей медичного спілкування, способів терапевтичної взаємодії; професійно-комунікативні вміння: інформативні, деонтологічні, вміння емпатійного сприйняття й розуміння пацієнта, терапевтичної взаємодії з пацієнтом.

Класифікація професійно-комунікативних умінь студентів-випускників медичного коледжу включає групи: умінь, пов'язаних із процесом обміну інформацією між медичним працівником і пацієнтом (вміння вербальної та невербальної мови, вміння слухати), із процесом емпатійного сприйняття й

розуміння медичним працівником пацієнта (емпатія, вміння емоційно реагувати й відгукуватися на переживання пацієнта; рефлексія, вміння оцінювати свій психічний стан, навички безумовно позитивного ставлення до пацієнта, навички вербалізації емоційних переживань, саморегуляція власного психічного стану), із процесом безпосередньої терапевтичної взаємодії медичного працівника й пацієнта (вміння розбиратися в позиціях, вміння змінювати свою позицію, вміння будувати свої відносини з пацієнтом на основі співробітництва, вміння встановити психологічний контакт, вміння діалогічного стилю взаємин з пацієнтом, вміння поводитись у конфліктній ситуації), деонтологічні вміння, які є показником дотримання етико-деонтологічних норм поведінки (дотримання лікарської таємниці, вміння взаємодіяти з пацієнтами різних вікових груп та при різних захворюваннях, вміння прогнозувати результати спілкування з пацієнтом).

РОЗДІЛ II

ПРАКТИКА РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

2.1. Педагогічна модель розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу

Для забезпечення оптимізації процесу розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки була розроблена педагогічна модель, що включає мету, принципи, компоненти комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки, критерії і рівневі показники її сформованості та комплекс педагогічних умов. Процес формування комунікативної компетентності студентів медичних закладів освіти має свою специфіку, що передбачає визначення особливих педагогічних умов для реалізації поставленого завдання. Педагогічні умови розглядаються нами як спеціальноно створені обставини, що сприяють розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки. Метою є розвиток комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки.

На основі аналізу теорії й практики визначено основні принципи формування комунікативної компетентності студентів в умовах медичного коледжу: ціннісно-орієнтованого вивчення фахових дисциплін; єдності групового та індивідуального навчання; терапевтичної спільноти, що реалізується в системах «викладач-студент», «студент-студент», «студент-пацієнт».

Принцип ціннісно-орієнтованого вивчення професійних дисциплін сприяє актуалізації значущих цінностей студентів під час вивчення загальних і спеціальних дисциплін. В ієрархії професійно-особистісних цінностей медичного працівника на перше місце висувають такі: людина, здоров'я,

спілкування, здоровий спосіб життя. Стосовно культури особистості можна сказати, що цінністю є те, без чого існування цієї особистості повністю або частково втрачає сенс [29]. Вивчення спеціальних предметів необхідно спрямувати на виховання необхідних рис у характері, на формування особистості, яка усвідомлює важливість професіоналізму й ціннісного ставлення до пацієнта в лікувальному процесі.

Принцип єдності групового та індивідуального навчання передбачає організацію невеликих за кількістю учасників тренінгових груп (10-15 осіб), індивідуальних бесід і психологічних консультацій з метою розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки. Цей принцип реалізується з урахуванням інтересів, потреб, здібностей, інтелекту студентів і сприяє розвитку діалогічної взаємодії, взаємопідтримки, взаємоповаги.

Наступний принцип формування комунікативної компетентності студентів в умовах медичного коледжу – дотримання принципів терапевтичної єдності. В основі концепції терапевтичної спільноти лежить твердження, що протидія хворобливому процесу, а також відновлення та розвиток здатності пацієнта до адаптивної поведінки в здоровому суспільстві можливі шляхом такої організації відносин між медичним персоналом і пацієнтом, яка забезпечує оптимальне використання їх терапевтичних здібностей [62]. Основні підходи до формування процесів спільноти: демократизація – відмова від традиційних, статусних відмінностей, що полегшує відкриту комунікацію; участь пацієнтів в терапевтичному процесі – пацієнти виступають терапевтами один для одного; поділ відповідальності за соціальне функціонування відділення; формування нових соціальних ролей у медперсоналу й пацієнтів [66]. Створення терапевтичної спільноти орієнтоване на вирішення терапевтичних задач – реабілітації, відновлення психологічного й фізичного здоров'я пацієнта.

Ідея терапевтичної взаємодії є смислоутворюючою в діяльності терапевтичної спільноти. Принципи терапевтичної спільноти: шанобливе

доброзичливе ставлення учасників спілкування один до одного, використання терапевтичного потенціалу взаємодії пацієнта з оточенням, тактика розділеної відповідальності, активна позиція учасників, спільна діяльність, спрямована на вирішення терапевтичних задач – складають освітнє середовище процесу розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки.

Проблема безпосереднього набуття студентами комунікативної компетентності виводить нас на з'ясування механізмів суб'єктизації знань. В. Ницета, спираючись на роботи провідних психологів і педагогів, визначає два види механізмів формування культури спілкування: соціально-психологічні, до яких відносить зараження, наслідування, переконання, навіювання, й психологічні – переживання. Далі автор пояснює: «Усі названі вище соціально-психологічні механізми являють собою вплив на особистість ззовні. Вони існують у зовнішньому середовищі незалежно від людини ... Соціально-психологічні механізми відіграють певну роль у формуванні культури педагогічного спілкування, проте вони не є провідними. Інформація, що передається через ці механізми, може засвоюватися або не засвоюватися, що залежить від низки причин...» [48, с. 130]. Лише переживання, на думку В. Ницети, може виступати ведучим психологічним механізмом формування культури педагогічного спілкування. Процес вибору суб'єктом мотивів і цілей його діяльності представлений в переживанні. У переживаннях виявляється рівень розвитку людини, її психологічна й професійна зрілість. Саме в процесі переживання здійснюється вибір мотивів і регуляція поведінки, усвідомлене ставлення особистості до знань.

Спираючись на окремі дослідження, що розкривають особливості навчання в закладах медичної освіти, була розглянута специфіка розвитку комунікативної компетентності майбутнього медичного працівника середньої ланки, що включає: особистісні особливості студентів (їх вікові, психологічні характеристики, перебудову життєвих цінностей, професійно-особистісне самовдосконалення); особливості освітнього процесу (виражену

медико-практичну спрямованість професійної освіти); визначення й посилення практичної сторони формування специфічних комунікативних умінь, спільну діяльність викладача й студентів, засновану на діалогічному типі взаємодії [57].

На основі теоретичного аналізу наукової літератури компонентами комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки визначено – ставлення, вміння, знання.

Ставлення майбутнього медичного працівника середньої ланки до пацієнта, медичної професії розглядається як важливий компонент комунікативної компетентності. Цей компонент дозволяє співвіднести відображену реальність з поглядами, уявленнями, переконаннями, ідеалами особистості й визначає систему цінностей, систему моральних та інших соціальних норм, принципів, ідеалів, установок, їх функціонування в конкретних соціальних умовах. У структурі комунікативної компетентності майбутніх фахівців цей компонент формує систему цінностей суб'єкта, яка характеризує цілісність особистості, вірність ідеалам, наполегливість в досягненні поставлених перед собою цілей. Аксіологічна система особистості визначається її громадськими відносинами й спирається на систему світоглядних поглядів, уявлень, ціннісних ставлень, ціннісних орієнтацій. На думку Н. Шемигон, педагогічний аспект проблеми орієнтації особистості в навколишньому світі полягає в тому, щоб зробити предметом усвідомлення й переживання широкий спектр об'єктивних цінностей культури як особливих потреб індивіда [71].

Сучасні дослідники виходять з розуміння того, що якість освіти фахівця визначається не тільки наявністю обсягу знань, сукупністю вмінь, але й його базовими ставленнями: до пізнання як цінності, до себе, ставлення до професії як цінності.

Наразі багато наукових робіт присвячено проблемам аксіології. Усе більше вчених схиляється до розгляду ціннісного підходу в різних науках. Так, зокрема, у Стратегії розвитку медичної освіти в Україні підкреслюється,

що цінності – це не допоміжна прибудова до економіки й політики, а узагальнені базові уявлення людей про цілі та норми своєї поведінки, що втілюють історичний досвід і концентровано виражають сенс культури окремого етносу й людства. Це існуючі в свідомості кожної людини орієнтири, з якими індивіди й соціальні групи співвідносять свої дії. На основі цих орієнтирів складаються конкретні типи поведінки, в тому числі соціокультурні типи відносин різних соціальних країн [65].

Вчені-аксіологи стверджують, що цінності як узагальнені ланцюжки відіграють роль фундаментальних норм. Вони забезпечують інтеграцію суспільства, допомагаючи індивідам здійснювати соціально схвалюваний вибір своєї поведінки в життєво важливих, так само як і професійно значущих ситуаціях [22]. Система цінностей утворює внутрішній стрижень культури, духовну квінтесенцію потреб та інтересів індивідів і соціальних спільнот. Вона в свою чергу, чинить зворотний вплив на соціальні інтереси й потреби, виступаючи одним із найважливіших мотиваторів соціальної дії, поведінки індивідів. Таким чином, кожна цінність у системі цінностей має двоєдину базу: в особистості як самоцінному суб'єкті і в суспільстві як соціокультурній системі.

У цьому аспекті формування нового типу особистості передбачає зміну цінностей, визначення людського існування, його самореалізацію і самовизначення як системоутворюючих цінностей. Підготовка комунікативно-грамотного фахівця передбачає формування комунікативних знань і вмінь, а також придбання особистістю цінностей медичного спілкування.

Ми погоджуємося з точкою зору К. Куренкової про те, що соціально значущі цінності, заломлюючись через призму індивідуальної життєдіяльності, входять у психологічну структуру особистості у формі особистісних цінностей [35]. Цей процес розгортається по спіралі, яка розширюється як в просторі, так і в часі. На першому етапі відбувається формування «картини світу» шляхом присвоєння особистістю цінностей

суспільства. На другому етапі відбувається переоцінка цінностей, осмислення свого місця й ролі в світі. Особистісні цінності систематизуються, шикуються в ієрархію, проявляється система ціннісних орієнтацій, створення образу «Я – майбутній медичний працівник». Перетворення себе, створення ціннісної шкали особистості, веде до ціннісної орієнтації, в процесі якої відбувається усвідомлення майбутнього як цінного для особистості, іншими словами формується «картина майбутнього» [35, с. 11].

Орієнтація сучасної вищої медичної освіти на особистісно-професійний розвиток майбутнього медичного працівника порушує проблему створення умов, спрямованих на активізацію самопізнання, саморозвитку студентів, зміну їх ставлення до власних досягнень, тобто на перехід від пасивно-споглядальної позиції щодо себе й реальності до активно-творчої, на створення позитивного образу «Я – майбутній медичний працівник». Розвиток особистісної позиції студента, підвищення значущості його професійного досвіду, становлення стійкого образу «Я – майбутній медичний працівник» можлива, якщо в навчальному процесі коледжу активізована суб'єктна позиція студента. У процесі навчання педагогічний вплив визначається власною активністю суб'єкта, здатністю самовизначатися в навчанні, розвивати своє мислення й творчі здібності. Активність є вищим щаблем життєвих відносин суб'єкта. Той, кого навчають, може виявити активність тільки в тому випадку, якщо навчальна діяльність буде співзвучна з його індивідуальною мотивацією, власними інтересами й цілями. Ціннісне ставлення передбачає оцінку пізнаваного, співвідношення нових знань з уже наявними у людини ціннісними орієнтаціями і їх привласнення. Знання засвоюються з певним особистісним ставленням.

Особиста значущість власних досягнень є також однією з характеристик суб'єктної позиції особистості щодо себе й реальності. Саме суб'єктна позиція студента становить основу розвитку в нього цілісного «образу Я» і виокремлення в цьому глобальному особистісному

новоутворенні компонента «Я – майбутній медичний працівник». Таким чином, суб'єктну позицію студента характеризує активно-творче ставлення до себе й реальності.

Особливу роль у формуванні суб'єктної позиції майбутнього медичного працівника середньої ланки має професійна практика. У Державному освітньому стандарті до завдань професійної практики відносяться:

1. Систематизувати, поглибити й закріпити знання, отримані на теоретичних і практичних заняттях з основ сестринської справи.
2. Відпрацювати вміння в умовах стаціонару відповідно до вимог програми практики.
3. Підготувати до самостійної трудової діяльності.
4. Виховувати трудову дисципліну й професійну відповідальність.
5. Дотримуватися етичних принципів у роботі з пацієнтами.
6. Формувати й вдосконалювати комунікативні вміння.

У період проведення практики триває освітній процес: поглиблюються професійні знання, вміння, формуються професійні якості медичної сестри, велика увага приділяється етичним аспектам майбутньої професії. До критеріїв оцінки за роботу на практиці входять: володіння практичними медичними вміннями, активність та інтерес до виконуваної професії, дотримання етики, комунікативні вміння. Окреслені вимоги відображають сутність комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки.

У період проходження практики студенти безпосередньо спілкуються з практикуючими медичними працівниками, пацієнтами, виявляється особистісне ставлення студента до реальної медичної роботи. Тобто студенти набувають досвіду терапевтичного взаємодії з пацієнтом. Практика сприяє розвитку активної суб'єктної позиції студента в прийнятті осмислених рішень у відповідь на поставлені навчальні завдання. Визначений компонент ставлення є основним, базовим. Це пов'язано з тим, що партнером у медичному спілкуванні виступає людина, схильна до якогось захворювання,

для якої важливі не стільки комунікативні вміння медичного працівника або знання, а особистісне ставлення до нього з боку фахівця, прояв підтримки, емпатії, щирої зацікавленості.

Формування ставлення до майбутньої професії вимагає не тільки зовнішніх обставин навчання, а й активізації комунікативно-значущих цінностей: толерантність, милосердя, стресостійкість; розвиток емпатійних тенденцій, професійно-значущих мотивів.

У зв'язку з цим визначено таку педагогічну умову розвитку комунікативної компетентності майбутнього фахівця – актуалізація комунікативно-значущих цінностей майбутнього медичного працівника середньої ланки.

Психологічний компонент комунікативної компетентності передбачає адекватне сприйняття, осмислення природних і соціальних процесів дійсного світу (відображення, пізнання, моделювання світу). Він визначає систему знань. Під системою знань, необхідних для забезпечення знаннєвого компонента, розуміють безліч пов'язаних між собою елементів, що є певним цілісним утворенням і характеризуються такими якостями, як гнучкість, динамічність, варіативність, адаптивність, стабільність, прогностичність, спадкоємність, цілісність [63].

Система знань компетентного фахівця характеризується такими якостями: усвідомлення реалій сучасного світу, яке виступає як форма його моделювання; глибина (змістовність, рівень осягнення істини, значущість проникнення в неї); узагальненість, категоріальність; діалектичність, тобто відображення явищ дійсності в їх взаємозв'язках і розвитку; здатність відображати протиріччя дійсності.

У процесі розвитку комунікативної компетентності майбутніх фахівців необхідно враховувати сукупність знань, а також певний рівень розвитку пізнавальних сил, практичної підготовки, досягнутий у результаті навчально-виховної роботи.

Психологічний компонент комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників передбачає розвиток прогнозування й рефлексії, здатності передбачати події. Прогнозування – процес розробки прогнозів про стан будь-якого явища в майбутньому. Рефлексія – аналіз самою людиною внутрішнього плану своїх дій, спрямованість її свідомості на осмислення власних пізнавальних дій. Вона є джерелом нового знання. Здійснення діяльності передбачає цілепокладання, планування, програмування, проєктування, вибір методів діяльності, управління.

З метою розвитку комунікативної компетентності студентів в умовах медичного коледжу до змісту медичної освіти необхідно ввести розгляд додаткових питань професійного спілкування: особливостей медичного спілкування, відмінностей клінічної й «внутрішньої картини» хвороби, способів терапевтичної взаємодії з пацієнтом. Відтак можна визначити ще одну з педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу – розширення смислового поля поняття «комунікативна компетентність студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки. Необхідним компонентом комунікативної компетентності майбутнього медичного працівника середньої ланки є професійно значущі вміння. Навчання майбутніх фахівців не може бути успішним, якщо воно не розвиває певну систему вмінь. Уміння – це можливість виконувати дії відповідно до цілей та умов, у яких людині доводиться орієнтуватися [51].

До умінь, що сприяють досягненню високих рівнів спілкування, І. Зимня відносить: вміння зрозуміти позицію іншого в спілкуванні, виявити зацікавленість у його особистості; володіння засобами невербального спілкування; вміння прийняти точку зору учня; володіння прийомами риторики; володіння різними ролями як засобом попередження конфліктів у спілкуванні; вміння підтримувати однакове ставлення до всіх дітей; вміння слухати й чути учня, не перериваючи його мови й навчальних дій [19].

А. Леонтьєв дав розгорнуту характеристику комунікативних умінь: володіти соціальною перцепцією; зрозуміти, а не тільки бачити, тобто

адекватно моделювати особистість учня, його психічний стан; «подавати себе» в спілкуванні з учнями; оптимально будувати свою мову в психологічному плані, тобто вміння мовного спілкування [39, с. 34]

Н. Паніна визначає такі групи комунікативних умінь, необхідних педагогу в професійній діяльності: рефлексивно-перцептивні вміння – пізнати власні індивідуально-психологічні особливості; оцінювати свій психічний стан; здійснювати різнобічне сприйняття й адекватне розуміння учнів; когнітивно-інформативні вміння – використовувати методи оцінки успішності результатів навчальної діяльності учнів; використовувати різноманітні форми контролю за ходом навчально-виховного процесу; афективно-регулятивні вміння – правильно розуміти й оцінювати емоційний стан іншої людини; прийняти позицію іншої людини; вербальна комунікація (виразність, доступність, правильність мови); невербальна комунікація; організаційно-діяльні вміння – встановлювати особистісні й ділові відносини з усіма учасниками педагогічного процесу; організовувати виконання учнями різних видів діяльності; організовувати індивідуальні, групові, колективні форми роботи з учнями [54]. Для організації дослідно-пошукової роботи визначено чотири групи професійно-комунікативних умінь: інформативні, деонтологічні, вміння емпатійного сприйняття й розуміння пацієнта, терапевтичної взаємодії з пацієнтом.

Для забезпечення ефективного розвитку професійно-комунікативних умінь майбутніх медичних працівників середньої ланки, на нашу думку, доцільно впроваджувати в освітній процес коледжу комплекс комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань, що поетапно ускладнюються – третя педагогічна умова розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу.

Характеристика зазначених трьох компонентів комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників відображена в моделі досліджуваного процесу (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Модель розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу

Для визначення сутності комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки важливим є з'ясування її функціональної організації. Підходів до визначення функцій спілкування безліч і їх обґрунтування здійснюється за різними критеріями. Низка авторів визначають такі функції як: пізнання особистості, обмін інформацією, організація діяльності, обмін ролями, співпереживання, самоствердження.

Ю. Ткач пропонує іншу класифікацію функцій: інформаційно-комунікативна, регуляційно-комунікативна, афективно-комунікативна, підкреслюючи обов'язковість власне комунікативного компонента як прийому й передачі повідомлення, регуляції поведінки й наявності ставлення, переживання, тобто афективного компонента [67].

Виходячи з досліджень у галузі теорії компетентності, спілкування можна визначити такі функції комунікативної компетентності студента – медичного працівника середньої ланки: когнітивна, експресивна, регулятивна. Когнітивна функція комунікативної компетентності студента – медичного працівника передбачає, в першу чергу, пізнання особистості пацієнта, його внутрішніх проблем, індивідуальних якостей. Процес пізнання відбувається безпосередньо шляхом отримання від пацієнта необхідної інформації, шляхом читання працівником невербальної поведінки пацієнта. Крім пізнання існує й інший вид відображення дійсності – оцінювання. Розкриваючи сутність оцінки, М. Заброцький вказує на два її види: пізнавальну й ціннісну. Ціннісна оцінка відрізняється від пізнавальної саме тим, що здійснюється людиною як суб'єктом, який здійснює її, не абстрагуючись від своїх потреб, установок, ідеалів, а саме з них, на відміну від оцінки наукової, історично мінливої, класово детермінованої чи культурно-опосередкованої» [17, с. 2]. Звідси випливає, що в процесі розвитку комунікативної компетентності повинна мати місце ціннісна оцінка, оцінювання. Експресивна функція комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки забезпечує формування й розвиток емоційних станів у всіх ситуаціях спілкування фахівця й пацієнта.

Регулятивна функція комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки полягає в організації спільної діяльності, взаємовпливі, формуванні й розвитку міжособистісних відносин між медичним працівником і пацієнтом. Розуміння іншої людини сприяє встановленню з нею певного типу відносин і способів поведінки.

Графічно модель розвитку комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки представлена на рис. 2.1. Особливістю представленої моделі є її орієнтованість на реалізацію принципів терапевтичної спільноти: шанобливе доброзичливе ставлення учасників спілкування один до одного, використання терапевтичного потенціалу взаємодії пацієнта з оточенням, тактика розділеної відповідальності, активна позиція учасників – в освітньому процесі медичного коледжу в системах «викладач-студент», «студент-студент», «студент-пацієнт».

Процес розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки характеризується низкою ознак: по-перше, орієнтованістю на досягнення якісно визначеної мети; наявністю етапів розвитку комунікативної компетентності (орієнтаційний, перетворювальний, діяльнісний), послідовна реалізація яких сприяє досягненню поставленої мети. На кожному етапі розвитку комунікативної компетентності дії суб'єктів освітнього процесу координуються й синхронізуються, тобто технології навчання студентів і технології викладання розглядаються в єдності і взаємозв'язку. У реальному освітньому процесі представлені етапи перетинаються, поєднуються, доповнюють один одного.

2.2 Реалізація педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу

Однією з педагогічних умов, що забезпечують успішність розвитку комунікативної компетентності, визначено розширення смислового поля

поняття «комунікативна компетентність студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки», що передбачає посилення когнітивного компонента змісту загальних гуманітарних і соціально-економічних дисциплін («Основи філософських знань», «Соціологія», «Українська мова за професійним спрямуванням», «Іноземна мова за професійним спрямуванням»); природничо-наукових дисциплін («Ріст і розвиток людини», «Основи екології та профілактичної медицини», «Основи психології та міжособове спілкування»); професійної та практичної підготовки («Медсестринська етика та деонтологія»). На наш погляд, крім основної освітньої мети – дати необхідні знання з конкретної галузі науки – заняття повинні реалізовувати й іншу, не менш важливу, мету – поглиблювати теоретичну основу комунікативної компетентності студентів медичного коледжу.

Важаємо, що систематизації та поглибленню знань медичного спілкування, розвитку комунікативної компетентності студентів, підготовці до професійної практики сприятиме введення вибіркового освітнього компонента, а саме спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта». Мета спецкурсу: розгляд теоретичних і практичних проблем медичного спілкування, конфліктології. Основні завдання спецкурсу:

1. Дати знання про специфіку терапевтичного спілкування медичного працівника середньої ланки й пацієнта.
2. Сформувати професійно-комунікативні вміння у студентів у процесі професійної підготовки.
3. Сформувати норми безконфліктного спілкування студентів у процесі професійної підготовки.

Спецкурс «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта» пропонуємо викладати студентам спеціальності «Сестринська справа» не перших курсів, а тоді, коли студенти

вже мають початкові знання з теорії спілкування, але до проходження практики за профілем спеціальності та стажування.

У програму спецкурсу ми включили ті теми з питань медичного спілкування, які взагалі або, на наш погляд, недостатньо розглянуті в обов'язковій освітній програмі медичного коледжу:

Тема 1. Роль терапевтичного спілкування в професійній діяльності медсестри. Мотиви спілкування.

Тема 2. Сутність терапевтичного спілкування медсестри.

Тема 3. Вербальний і невербальний спосіб терапевтичного спілкування медсестри й пацієнта.

Тема 4. Терапевтична взаємодія медсестри й пацієнта.

Тема 5. Природа конфліктів. Види й характеристика конфліктів між медичною сестрою й пацієнтом. Шляхи й способи вирішення конфліктних ситуацій.

Тема 6. Емпатійне сприйняття й розуміння пацієнта медсестрою.

Тема 7. Комунікативні вміння та здібності. Товариськість як професійна якість.

Тема 8. Специфіка терапевтичної взаємодії медсестри з пацієнтами різних вікових груп.

Тема 9. Терапевтична взаємодія медсестри й пацієнта при різних захворюваннях.

Тема 10. Теорія й практика навчання спілкуванню. Саморегуляція людиною власного психічного стану в процесі діяльності.

Тема 11. Тренінг у професійному спілкуванні медсестри.

Тема 12. Виявлення рівня сформованості комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки.

Спецкурс легко адаптувати для всіх спеціальностей, що вивчаються в закладах медичної освіти. Всього на курс виділяється 32 години, з них:

лекційні заняття – 16 годин; самостійна робота – 8 годин; практичні заняття – 8 годин.

При викладанні спецкурсу повинна враховуватися й кваліфікація керівника. При опрацюванні перших двох розділів «Поняття терапевтичного спілкування медсестри й пацієнта» і «Особливості терапевтичної взаємодії медсестри й пацієнта при різних захворюваннях. Облік вікових і особистісних особливостей пацієнта при спілкуванні» досить того, що педагог матиме відповідну теоретичну підготовку з цих питань.

При організації занять із III розділу «Технологія медичного спілкування» спільно з педагогом роботою повинен керувати й психолог, який має досвід проведення тренінгових груп.

Самостійна робота студентів передбачає опрацювання додаткової спеціальної літератури з питань спілкування й виконання індивідуальних рефератів. Пропонуємо такі приблизні теми рефератів: «Вербальні та невербальні засоби спілкування», «Роль самооцінки у взаєминах дорослих і дітей», «Вікові та професійні особливості техніки й прийомів спілкування», «Особливості першого контакту з пацієнтом» (Див. Додаток Б) тощо.

Перед проходженням першої виробничої практики зі студентами варто проводити бесіду, метою якої є надання теоретичної інформації про правила терапевтичного спілкування з пацієнтом: необхідність стежити за своїм зовнішнім виглядом, вербальною й невербальною поведінкою, прислухатися до пацієнта; вміння вирішувати конфліктні ситуації тощо. Основний зміст бесіди оформлено в пам'ятку «Мистецтво спілкування» як додаток до запропонованого спецкурсу (Див. Додаток В).

Таким чином, однією з найбільш необхідних педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу стало розширення смислового поля поняття «комунікативна компетентність студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки» в змісті медичної освіти.

Реалізація умови спрямована на вирішення таких завдань, як:

- 1) оволодіння додатковими необхідними знаннями про особливості медичного спілкування;
- 2) зміна мотиваційної сфери особистості студента;
- 3) формування діалогічного мислення студента.

Актуалізації комунікативно-значущих цінностей майбутнього медичного працівника середньої ланки, що є другою педагогічною умовою розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу, сприятиме тематика занять спецкурсу, конференцій; комплекс активних форм і методів організації освітньої діяльності.

На заняттях спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії...» з метою розвитку таких цінностей медичного спілкування як: милосердя, емпатія, толерантність розглядаються такі питання: «Етичний кодекс медичної сестри в Україні та світі»; «Ф. Найтінгейл, Ірина Шинкарук – засновниця сестринської етики й деонтології»; «Клятва Гіпократата»; «Особистісні якості медсестри»; «Професія медичної сестри в Україні та світі»; «Медсестра-особистість або медсестра-професіонал?»; «Пріоритетні напрямки розвитку медицини».

Також на заняттях спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичного взаємодії...» студентам пропонуємо вирішити низку ситуаційних завдань з метою розвитку таких професійних якостей, як толерантність, милосердя, визначення особистісного ставлення, активізації позитивної суб'єктної позиції майбутнього медичного працівника.

Самопізнання своїх можливостей студентами-медиками є важливим фактором розвитку такої професійної якості, як стресостійкість майбутнього медичного працівника середньої ланки. У програмі спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії...» розглядаються такі теоретичні питання самовиховання особистості: «Теорія й практика навчання спілкуванню. Саморегуляція людиною власного психічного стану в процесі діяльності. Проблема управління емоційним станом у процесі професійного спілкування. Поняття комунікативного самопочуття медичного працівника. Психологічне

(емоційне, комунікативне) налаштування як важливий компонент саморегуляції людини».

Ми виходимо з положення, що ставлення, побудовані на принципах діалогу, є основою професійного спілкування фахівця. Важливим фактом у нашому дослідженні є наступне: організація діалогічного типу взаємодії в період навчання сприятиме тому, що у професійній діяльності медичний працівник буде дотримуватися діалогічних відносин у спілкуванні з пацієнтом. Яким чином це можна досягти в умовах нашої дослідно-пошукової роботи. По-перше, тематика занять спецкурсу орієнтована на визнання важливості діалогічних відносин у медичному спілкуванні. По-друге, на заняттях спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії...» можна створити умови для розвитку конкретних мовних умінь – вміння слухати, ставити питання, вміння змінювати інформацію.

Організація діалогічного типу взаємодії в системі «викладач-студент», «студент-студент», «студент-практикант» сприяє розвитку комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників, оскільки:

1. Формує ставлення до пацієнта як до рівноправного суб'єкта медичного спілкування; орієнтацію на неповторність і унікальність кожного пацієнта.

2. Формує вміння створювати терапевтичну атмосферу спілкування, що передбачає наявність довіри, психологічного комфорту, розмови «однією мовою» медпрацівника з пацієнтом.

3. Розвиває вміння вести внутрішній і зовнішній діалог.

Формуванню суб'єктної позиції особистості майбутнього медичного працівника сприятиме й впровадження комплексу комунікативно-орієнтованих терапевтичних задач, які поетапно ускладнюються в період проходження студентами професійної практики, що визначено стало однією з педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу.

Вирішення різного рівня завдань (ми пропонуємо три рівня складності) припускає, в першу чергу, розвиток у студентів професійно-комунікативних умінь.

Вирішення завдань усіх трьох рівнів складності в період проходження професійної практики сприятиме, на нашу думку, формуванню позитивної суб'єктної позиції майбутнього медичного працівника й забезпечить освоєння досвіду терапевтичної взаємодії з пацієнтом.

Вирішення комунікативно-орієнтованих терапевтичних задач можливо здійснювати, в першу чергу, в межах практики для отримання первинних професійних навичок і практики за профілем спеціальності.

Перший рівень складності завдань передбачає розвиток у студентів інформативної групи комунікативних умінь. Пропонуємо кілька варіантів.

Варіант 1.

Скласти карту психічного стану пацієнта; виявити проблеми пацієнта (при проходженні практики для отримання первинних професійних навичок).

Сформулюйте точні питання.

Варіант 2.

Провести первинну невербальну оцінку стану пацієнта.

Варіант 3.

Зібрати відомості про хвору дитину (при проходженні практики за профілем спеціальності).

Другий рівень складності завдань передбачає подальше поглиблення у студентів інформативних умінь, розвиток умінь емпатійного сприйняття й розуміння пацієнта майбутнім медичним працівником. Зазначений рівень реалізується вирішенням таких комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань як, наприклад:

Варіант 1.

Проаналізувати інформаційну базу даних про пацієнта й поставити свій сестринський діагноз.

Варіант 2.

Написання власного психологічного портрета.

Третій рівень складності комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань передбачає розвиток умінь терапевтичної взаємодії й деонтологічних умінь.

Варіант 1.

Взаємодія медичного працівника з пацієнтом похилого віку.

Варіант 2.

Взаємодія медичного працівника з пацієнтом при навчанні його прийому різних лікарських засобів.

Запропоновані нами варіанти задач не претендують на вичерпність і можуть бути розширені та доповнені відповідно до навчальної мети та реальної ситуації під час проходження практики студентами медичного коледжу.

Таким чином, у ході дослідно-пошукової роботи нами запропоновані такі види робіт щодо розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу: викладання спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта»; вирішення комплексу комунікативно-орієнтованих терапевтичних задач під час проходження студентами професійної практики. Крім того, вважаємо, що відповідний потенціал щодо розвитку комунікативної компетенції студентів медичного коледжу мають такі види робіт: організація навчально-дослідницької роботи студентів із проблем медичного спілкування; робота з розвитку комунікативних умінь студентів на заняттях англійської мови; позааудиторна робота; організація гурткової роботи, що може бути предметом окремого наукового дослідження.

Реалізація педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників сприяє підвищенню ефективності розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу. Отже, зміна ставлення студентів до ролі спілкування в медичній діяльності, зростання обсягу їх теоретичних знань щодо спілкування, розвитку комунікативної

компетентності, комунікативних умінь студентів-медиків, і як наслідок, підвищення рівня розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу потребує цілеспрямованої систематичної роботи по створенню та реалізації відповідних педагогічних умов.

Висновки до розділу 2

Для забезпечення оптимізації процесу розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки була розроблена педагогічна модель, що включає мету, принципи, компоненти комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки, критерії й рівневі показники її сформованості та комплекс педагогічних умов. Визначено, що процес формування комунікативної компетентності студентів медичних закладів освіти має свою специфіку, що передбачає визначення особливих педагогічних умов для реалізації поставленого завдання. Педагогічні умови розглядаються нами як спеціальноно створені обставини, що сприяють розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки. Метою є розвиток комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки.

У зв'язку з цим визначено педагогічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього фахівця:

1. Актуалізація комунікативно-значущих цінностей майбутнього медичного працівника середньої ланки.

2. Розширення смислового поля поняття «комунікативна компетентність студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки. Необхідним компонентом комунікативної компетентності майбутнього медичного працівника середньої ланки є професійно значущі вміння. Навчання майбутніх фахівців не може бути успішним, якщо воно не розвиває певну систему вмінь.

3. Впровадження в освітній процес коледжу комплексу комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань, що поетапно ускладнюються для забезпечення ефективного розвитку професійно-комунікативних умінь майбутніх медичних працівників середньої ланки.

На основі аналізу теорії й практики визначено основні принципи формування комунікативної компетентності студентів в умовах медичного

коледжу: ціннісно-орієнтованого вивчення фахових дисциплін; єдності групового та індивідуального навчання; терапевтичної спільноти, що реалізується в системах «викладач-студент», «студент-студент», «студент-пацієнт».

Таким чином, у ході дослідно-пошукової роботи нами запропоновані такі види робіт щодо розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу: викладання спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта»; вирішення комплексу комунікативно-орієнтованих терапевтичних задач під час проходження студентами професійної практики. Крім того, вважаємо, що відповідний потенціал щодо розвитку комунікативної компетенції студентів медичного коледжу мають такі види робіт: організація навчально-дослідницької роботи студентів із проблем медичного спілкування; робота з розвитку комунікативних умінь студентів на заняттях англійської мови; позааудиторна робота; організація гурткової роботи, що може бути предметом окремого наукового дослідження.

Реалізація педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників сприяє підвищенню ефективності розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу.

ВИСНОВКИ

Необхідність розгляду проблеми розвитку комунікативної компетентності в медичній освіті та їх практичного вирішення зумовлена соціальним замовленням на підготовку медичних працівників середньої ланки, що володіють високим рівнем професіоналізму. У результаті виконаної дослідницької роботи ми дійшли таких висновків.

1. На основі аналізу теоретичних досліджень з'ясовано, що компетентність служить мірою людських якостей і існує в конкретних проявах – професійна, освітня, комунікативна тощо. Професійна компетентність існує в межах конкретної професії, професійної діяльності і якостей особистості певного професіонала.

Комунікативна компетентність середнього медичного працівника необхідна при виконанні всіх етапів лікувального процесу: формуванні інформаційної бази про пацієнта, фізикальному обстеженні, здійсненні терапії, оцінці виконаних дій.

Теоретичний аналіз дозволив визначити комунікативну компетентність студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки як інтегративну якість особистості, яка характеризується готовністю до виконання комунікативно орієнтованих терапевтичних завдань різного рівня складності і проявляється в толерантності, професійній емпатії, стресостійкості, милосерді, які сприяють полегшенню страждань, реабілітації, відновленню здоров'я пацієнта.

2. У процесі навчання в медичних закладах вищої освіти в студентів необхідно формувати:

- цінності медичного спілкування: співпереживання, толерантність, милосердя, стійкість до стресів;
- знання клінічної й «внутрішньої картини хвороби», ятрогенних захворювань; особливостей медичного спілкування, основних комунікативних бар'єрів у спілкуванні з пацієнтом, специфіки вербального й

невербального спілкування, механізмів і ефектів сприйняття й розуміння, стилів взаємодії з пацієнтом;

- професійно-комунікативні вміння: кодувати й декодувати невербальні сигнали, що надходять від пацієнта, будувати мовлення з урахуванням особистісних і вікових особливостей пацієнта, запобігати виникненню комунікативних бар'єрів як зі свого боку, так і з боку пацієнта; терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта.

3. Педагогічна модель розвитку комунікативної компетентності майбутніх середніх медичних працівників орієнтована на реалізацію принципів терапевтичної спільноти в освітньому процесі і включає: принципи, компоненти комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки, показники й рівні її сформованості, педагогічні умови. Ідея терапевтичної взаємодії є смислоутворюючою в діяльності терапевтичної спільноти. Принципи терапевтичної спільноти: шанобливе доброзичливе ставлення учасників спілкування один до одного, використання терапевтичного потенціалу взаємодії пацієнта з оточенням, тактика розділеної відповідальності, активна позиція учасників, спільна діяльність, спрямована на вирішення терапевтичних задач – складають освітнє середовище процесу розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників середньої ланки.

4. Обґрунтовано педагогічні умови розвитку комунікативної компетентності студентів компетентності студентів – майбутніх медичних працівників, які передбачають:

- актуалізацію комунікативно-значущих цінностей майбутнього медичного працівника середньої ланки;
- розширення смислового поля поняття «комунікативна компетентність студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки»;
- впровадження комплексу комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань, які поетапно ускладнюються.

У ході дослідно-пошукової роботи нами запропоновані такі види робіт щодо розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу: викладання спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта»; вирішення комплексу комунікативно-орієнтованих терапевтичних задач під час проходження студентами професійної практики. Крім того, вважаємо, що відповідний потенціал щодо розвитку комунікативної компетенції студентів медичного коледжу мають такі види робіт: організація навчально-дослідницької роботи студентів із проблем медичного спілкування; робота з розвитку комунікативних умінь студентів на заняттях англійської мови; позааудиторна робота; організація гурткової роботи, що може бути предметом окремого наукового дослідження.

Реалізація педагогічних умов розвитку комунікативної компетентності майбутніх медичних працівників сприяє підвищенню ефективності розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу. Отже, зміна ставлення студентів до ролі спілкування в медичній діяльності, зростання обсягу їх теоретичних знань щодо спілкування, розвитку комунікативної компетентності, комунікативних умінь студентів-медиків, і як наслідок, підвищення рівня розвитку комунікативної компетентності студентів медичного коледжу потребує цілеспрямованої систематичної роботи по створенню та реалізації відповідних педагогічних умов.

Результати дослідження не претендують на вичерпне вирішення проблеми розвитку комунікативної компетентності студентів в системі коледжу. Актуальними залишається розгляд питань формування та розвитку комунікативної компетентності майбутнього фахівця в системі безперервної освіти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабич М. Я. Формування професійних якостей майбутнього молодшого медичного спеціаліста як психологічна проблема / М. Я. Бабич // Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем : матеріали наук.-практ. конф. – Хмельницький : ХНУ, 2011. – С. 102–103.
2. Бацевич Ф. С. Нариси з комунікативної лінгвістики / Ф. С. Бацевич. – Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2003. – 279 с.
3. Беннер П. От новичка к профессионалу / П. Беннер. – М.: ВУМЦ, 1998. – 41 с.
4. Бильченко О. С. Врачебная тактика и медицинская деонтология / О. С. Бильченко. – Харьков, 2005. – 197 с.
5. Биомедицинская этика : слов.-справ. / Т. В. Мишаткина, Я. С. Яскевич, С. Д. Денисов [и др.] ; под ред. Т. В. Мишаткиной. – Минск : БГЭУ, 2007. – 90 с.
6. Блохіна В. П. Загальна та медична психологія: (практикум) / В. П. Блохіна, І. С. Вітенко, І. Д. Спіріна, Г. І. Лисиця, Д. Ф. Кетков – Донецьк, АРТ-ПРЕС, 2002. – 176 с.
7. Большая медицинская энциклопедия / Под ред. В. И. Бородулина. – Изд. 4-е, испр. и доп. – М. : РИПОЛ классик, 2007. – 960 с.
8. Визначено стратегію розвитку медичної освіти в Україні. – [Електронний ресурс] // Урядовий портал. 08.12.2005. – Прес-служба МОЗ України. – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=25537906.
9. Вітенко І. С. Основи психології : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації / І. С. Вітенко, Т. І. Вітенко. – Вінниця, 2001. – 256 с.
10. Волосовець О. П. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів / О. П. Волосовець, Н. В. Нагорна, С. С. Острополець. – Донецьк : Донбас, 2004. – 52 с.

11. Головань М. С. Компетенція та компетентність: порівняльний аналіз понять / М. С. Головань // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2011. – № 8. – С. 224–233.
12. Гребеник Ю. С. Особливості підготовки медичних сестер у Великій Британії, США та Україні / Ю. Гребеник // Педагогічна компаративістика – 2014: якісний вимір освіти зарубіжжя та український контекст : матеріали наук.-практ. семінару ; 5 червня 2014 р., Київ. – Київ, 2014. – С. 133–135.
13. Дружинін В. М. Психологія / В. М. Дружинін. – СПб. : Пітер, 2002. – С. 421.
14. Дудікова Л. В. Формування готовності до професійного самовдосконалення у майбутніх лікарів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Л. В. Дудікова. – Вінниця, 2011. – 20 с.
15. Ернандес Н. А. Особливості вищої медсестринської освіти в Польщі і в Україні / Н. А. Ернандес // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції ; 23 листопада 2012 р., Житомир. – Житомир, 2012. – С. 54.
16. Жуков Ю. М. Диагностика и развитие компетентности в общении / Ю. М. Жуков, Л. А. Петровская, П. В. Растянников. – Киров: Эниом, 1991. – 95 с.
17. Заброцький М. М. Комунікативна компетентність вчителя: екопсихологічний вимір / М. М. Заброцький // Практична психологія та соціальна робота. – 2009. – № 6. – С. 1–4.
18. Задирака Л. В. Особливості розвитку професійно важливих психологічних якостей майбутніх медичних сестер / Л. В. Задирака // Медсестринство. – 2016. – № 3. – С. 19–22
19. Зимняя И. А. Педагогическая психология : учеб. Для студентов вузов, обучающихся по пед. и психол. направлениям и специальностям / И. А. Зимняя. – М. : Логос, 2005. – 384 с.

20. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія / Л. Г. Кайдалова. – Х. : НФаУ, 2010. – 364 с.
21. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении : книга для учителя / В. А. Кан-Калик. – М. : Просвещение, 1987. – 190 с.
22. Кардашевська Г. Е. Професійні ціннісні орієнтації майбутніх лікарів / Г. Е. Кардашевська // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – 2013. – № 15. – С. 70–75.
23. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія підручник / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2009. – 200 с.
24. Кирпиченко А. А. Основы медицинской психологии : учеб. пособие / А. А. Кирпиченко, Б. Б. Ладик, А. А. Пашков. – 2-е изд. – М. : Высшая школа, 2001. – 144 с.
25. Клінічне мислення: чому і як вчать в українських мед вишах – на прикладі ІФНМУ : [розмова з першим проректором з наукової роботи ІФНМУ Ганною Ерстенюк та директором Інституту післядипломної освіти Любомиром Пелехан / спілкувалася Н. Кушніренко] // Аудиторія. – 2017. – 14 липня. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://kurs.if.ua/articles/formuvaty_klinichne_myslennya_chomu_i_yak_vchat_v_ukrainskyh_medychnyh_vyshah__na_prykladi_ifnm_u_55723.html.
26. Ковальчук Л. Я. Алгоритми спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами (методичні рекомендації) / Л. Я. Ковальчук, І. Р. Мисула, Н. Є. Лісничук. – Тернопіль: ТДМУ, 2009. – 40 с.
27. Комщук Т. С. Етичні основи сестринської справи / Т. С. Комщук // Медсестринство. – 2009. – № 2. – С. 25–27.
28. Кон И. С. Психология юношеского возраста / И. С. Кон. – М. : Просвещение, 1979. – 90 с.

29. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні. – [Електронний ресурс]. – 2016. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/doc3/4les/Pro_20160309_0_dod.pdf.
30. Кравченко О. Гуманізація навчально-виховного середовища медичного коледжу як основа формування професійної етики майбутніх медичних сестер / О. Кравченко // Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи : зб.наук. пр. – К. : видавець ПП Лисенко М. М., 2012. – Вип. 4. – С. 147–154.
31. Кравченко О. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер: американський досвід / О. Кравченко // Порівняльна професійна педагогіка. – Черкаси, 2012. – № 1. – С. 82–87.
32. Крапивницька А. О. Особливості професійного самовизначення старшокласників з різним соціометричним статусом / А. О. Крапивницька // Психологічні дослідження: наукові праці викладачів та студентів соціально – психологічного факультету. Випуск 10 / За ред. Л. П. Журавльової, І. С. Загурської, І. М. Тичини, О. М. Савиченко, Ю. Ю. Демянчук. – Житомир : Видво ЖДУ імені Івана Франка, 2018. – С. 52–55.
33. Криза медсестринства в Україні: чи врятує нова концепція? : за матеріалами Медичної газети України. – Ваше здоров'я. – № 15-16 (від 15.04.2016). – С. 8–10. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://issuu.com/vzkievua/docs/vz_15-16_2016.
34. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / А. І. Кузьмінський. – К. : Знання, 2005. – 486 с.
35. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / К. М. Куренкова. – Харків, 2009. – 21 с.

- 36.Кучай О. В. Компетенція і компетентність – відображення цілісності та інтеграційної суті результату освіти / О. В. Кучай // Рідна школа. – 2009. – № 11. – С. 44–48
- 37.Лабунская В. А. Психология затрудненного общения. Теория. Методы. Диагностика. Коррекция : учебное пособие для студ. вузов / В. А. Лабунская. – М. : Академия, 2001. – 288 с.
- 38.Левина И. Результативное общение / И. Левина // Сестринское дело. – 2002. – № 5. – С. 14–15.
- 39.Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – М. : Изд-во МГУ, 1981. – 260 с.
- 40.Лурия Р. А. Высшие корковые функции у человека / Р. А.Лурия. – М. : Медицина, 1962. – 260 с.
- 41.Макаренко А. С. Сочинения: в 7 томах / А. С. Макаренко. – Т. 5. – М. : Наука, 1958. – 110 с.
- 42.Максименко С. Д. Технологія спілкування (комунікативна компетентність учителя: сутність і шляхи формування) / С. Д. Максименко, М. М. Заброцький. – К. : Главник, 2005. – 112 с.
- 43.Мерзлякова О. Учителі й учні; мистецтво діалогу: семінар та тренінгові заняття психолога з педагогами. / О. Мерзлякова / Редкол. : Т. Шаповал та ін. – К. : Шк. світ, 2008. – 352 с.
- 44.Мильруд Р. П. Теория и практика обучения английскому языку / Р. П. Мильруд. – Тамбов : Изд-во ТГУ, 2001. – 143 с.
- 45.Назаренко Н. С. Формування комунікативної компетентності майбутніх документознавців у процесі вивчення гуманітарних дисциплін : дис. ...канд. пед. наук : 13.00.04 / Н. С. Назаренко. – К., 2008. – 259 с.
- 46.Назар П. С. Основы медицинской этики / П. С. Назар, Ю. Г. Віденський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
- 47.Немов Р. С. Психология : словарь-справочник: в 2 частях / Р. С. Немов. – М. : Изд-во ВДАЛОС-ПРЕСС, 2003. – 4.2. – 352 с.

48. Нищета В. А. Суб'єкт-суб'єктний принцип взаємодії учасників навчального процесу в контексті феномену «риторичного» / В. А. Нищета // Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. – Вип. 2. – Бердянськ : БДПУ, 2017. – С. 129–136.
49. Номенклатура середніх медичних працівників. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ips.ligazakon.net/document/view/R>.
50. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела. Серия «Медицина для вас» / Т. П. Обуховец, Т. А. Складорова, О. В. Чернова. – Ростов н/Д : Феникс, 2003. – 512 с.
51. Олинець Т. В. Формування крос-культурних цінностей студентів ищих навчальних закладів / Т. В. Олинець // Педагогічний дискурс. – 2012. – Вип. 13. – С. 251–256.
52. Основы загальної і медичної психології / за ред. І. С. Вітенка і О. С. Чабана. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
53. Павленко О. О. Формування комунікативної компетенції фахівців митної служби в системі неперервної професійної освіти : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / О. О. Павленко. – К., 2005. – 447 с.
54. Панина Н. В. Молодь України: структура цінностей, соціальне самопочуття і моральнопсихологічний стан в умовах тотальної аномії / Н. В. Панина // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 2001. – № 1. – С. 5–26.
55. Піз А. Мова рухів тіла / А. Піз, Б. Піз / Пер. з англ. Н. Лавської. – К. : КМ-БУКС, 2017. – 416 с.
56. Пирог Г. В. Професійне самовизначення старшокласників, які опинились у складних життєвих обставинах: діагностична та корекційно-розвивальна робота / Г. В. Пирог, Д. С. Коробко // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – Випуск 2. Том 2. – Херсон, 2018. – С. 66–71.

57. Пометун О. Інтерактивні технології навчання / О. Пометун, Л. Пироженко // Відкритий урок. – 2003. – № 3–4. – С. 19–27.
58. Приходько В. М. Методи формування комунікативної компетенції фахівців / В. М. Приходько // Проблеми безперервної освіти в сучасних умовах соціально-економічного розвитку України : Зб. наук. праць, 2004. – С.142–146.
59. Психология общения медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях / А. К. Хетагурова, И. О. Слепушенко, Б. К. Липкий [и др.]. – М. : «Медицинский вестник», 2003. – 96 с.
60. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Р. Роджерс. – М. : Прогресс: Универс, 1994. – 141 с.
61. Романішена-Лановська Л. К. Інноваційні методи в післядипломній підготовці медсестри / Л. К. Романішена-Лановська, О. Н. Литвинова, С. О. Ястремська // Медсестринство. – 2016. – № 4. – С. 5–7.
62. Словник термінології з педагогічної майстерності / за ред. Н. Тарасевич. – Полтава, 1995. – 64 с.
63. Сокурянська Л. Г. Вступ до соціології: Навч. посібник / Л. Г. Сокурянська. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2011. – С. 221.
64. Стандарт вищої освіти України. Спеціальність 223 Медсестринство. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>.
65. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical_education_analytics.pdf.
66. Сучасні підходи в комунікації «лікар – пацієнт». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zdorovi.agency/blog/suchasni-pidhodi-v-komunikaciyi-likar-paciyent/>.
67. Ткач Ю. І. Юридичні основи післядипломної підготовки медичних фахівців лабораторій (чи існують біологічні спеціальності?) /

- Ю. І. Ткач // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – № 3. – С. 87–89.
68. Федоренко Ю. С. Комунікативна компетенція як найважливіший елемент успішного спілкування / Ю. С. Федоренко // Рідна школа. – 2002. – № 1. – С. 63–65.
69. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Budapest : AKADEMIA I KIADO, 1981. – 211 с.
70. Хуторской А. В. Компетентностный подход в обучении. Научно-методическое пособие. А. В. Хуторской. – М. : Издательство «Эйдос»; Издательство Института образования человека, 2013. – 73 с.
71. Шемигон Н. Ю. Формування ціннісних орієнтацій майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / Н. Ю. Шемигон. – Харків, 2008. – 21 с.
72. Adler R. B. Interplay: The progress of Interpersonal Communication / R. B. Adler // Universiti. – 1983. – № 4. – P. 12–17.
73. Notterman Q. M. Psychology and Education. Parallel and Interactive Approaches / Q. M. Notterman, H. M. Drewry. – N.Y. : Book, 1993. – 130 p.
74. Spitzberg B. H. Interpersonal communication competence / B. H. Spitzberg, W. R. Cupach. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : // <http://www.uky.edu/~drlane/capstone/interpersonal/competence.htm>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Уважно прочитайте запитання та виберіть один варіант відповіді, з яким Ви найбільше згодні.

1. Чим обґрунтовано Ваш вибір вступити до цього закладу освіти:

А) любов до медицини як науки;

Б) за порадою батьків;

В) бажання допомогти людині впоратися з хворобами;

Г) бажання набути затребуваної професії;

Д) «вбити час» для того, щоб у майбутньому вступити до більш відповідного закладу освіти;

Е) запропонуйте свою відповідь, якщо Ви не погоджуєтесь із попередніми варіантами відповідей.

2. Яким, на Вашу думку, повинен бути медичний працівник:

А) головне – мати відмінну медичну освіту;

Б) головне – вміти порозумітися з пацієнтами;

В) запропонуйте свою відповідь.

3. Яку форму задоволення ви хочете отримати від своєї майбутньої професійної діяльності:

А) заслужити повагу, схвалення своїх колег;

Б) заслужити схвалення членів сім'ї;

В) заслужити повагу серед пацієнтів;

Г) одержати особисте задоволення від роботи;

Д) набути популярності в суспільстві (друк, телебачення, радіо).

4. Уявляючи свою майбутню роботу, Ви вважаєте головним:

А) заробити більше грошей;

Б) отримати задоволення від застосування отриманих знань у практичній діяльності;

В) можливість більше спілкуватися з людьми різних професій та захоплень, більшість із яких – пацієнти.

5. Як Ви вважаєте:

А) однакові захворювання у різних пацієнтів необхідно лікувати однаково;

Б) однакові захворювання в різних пацієнтів необхідно лікувати по-різному, залежно від особистісних особливостей пацієнта;

В) специфіка лікування захворювання залежить від особистості медичного працівника.

6. Одужання пацієнта насамперед залежить від:

А) якості та кількості медикаментів;

Б) настрою та волі пацієнта до одужання;

В) професійних дій медичного працівника;

Г) правильно побудованих взаємин медичного працівника з пацієнтом.

Додаток Б

Орієнтовні теми рефератів для самостійної роботи зі спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта»

1. Роль невербального спілкування у становленні звукової мови як основного засобу людського спілкування.
2. Роль самооцінки у взаєминах дорослих та дітей. Емоційні аспекти спілкування у ній.
3. Маніпулятивне спілкування як деструктивний чинник. «Протиманіпулятивний захист».
4. Особистісна та соціальна незрілість як причина вибору примітивного стилю спілкування. «Противпримітивний захист».
5. Вікові та професійні особливості техніки та прийомів спілкування.
6. Роль спілкування у психічному розвитку дитини.
7. Важливість урахування гендерних відмінностей пацієнтів у процесі спілкування.
8. Вітчизняні та зарубіжні клініцисти про високі моральні принципи медичної діяльності.
9. Соціальна та моральна відповідальність середнього медичного працівника у сучасному світі.
10. Особистість хворого та комунікативна тактика медичного працівника.
11. Особливості першого контакту із пацієнтом.
12. Психотерапевтичне значення фізикального обстеження.

Додаток В

Пам'ятка для студента «Мистецтво спілкування» (Додаток до спецкурсу «Педагогічні аспекти терапевтичної взаємодії медичного працівника середньої ланки й пацієнта»)

Шановні студенти!

Важливим компонентом навчальної роботи у медичному закладі є професійна практика. Основна мета практики – допомогти вам краще засвоїти отримані теоретичні знання та навчитися застосовувати їх у практичній діяльності. Крім того, практика дає вам можливість зрозуміти, чи правильно ви вибрали спеціальність, визначити власні професійні інтереси, а також оцінити свої комунікативні навички.

Вміння професійно – грамотно спілкуватися з пацієнтом є запорукою успішної професійної діяльності середнього медичного працівника.

Пропонуємо кілька порад, які допоможуть опанувати мистецтво спілкування з пацієнтами:

1) Ваш зовнішній вигляд: халат, ковпак мають бути бездоганно чистими, майте завжди при собі змінне взуття.

2) Для успішної взаємодії з пацієнтом слід насамперед адекватно оцінити власну особистість. Пізнання себе, управління собою має стати постійною роботою кожного медичного працівника.

3) Будьте уважні до особи пацієнта та враховуйте психологічні особливості кожного захворювання. Доцільні відносини будуються на взаємній повазі медичного працівника та пацієнта, на утвердженні переваги особистості хворого та власної гідності працівника охорони здоров'я.

4) Ваше професійне мовлення має характеризуватися такими ознаками: правильність, точність, логічність, доречність, чистота, багатство, виразність. У свою чергу, М. Фаулер пише про те, що з пацієнтом треба розмовляти не своєю, а його мовою. Це означає, що при спілкуванні з пацієнтом медичний працівник має враховувати його професійні, особистісні, вікові особливості, крім того, справжній психічний стан та специфіку захворювання. Наприклад,

не слід часто вживати медичні терміни, які в більшості випадків є незрозумілими або звучать жахливо для пацієнта, який не має спеціальної медичної освіти.

5) Прислухайтесь до пацієнта. Визначено такі принципи вміння ефективно слухати пацієнта:

1. Перестаньте говорити, зосередьте увагу на пацієнтові, не переривайте його.

2. Усуньте відволікаючі фактори: телефонні дзвінки, інші люди, шум.

3. Дивіться на того, хто говорить. Дайте людині зрозуміти, що вас цікавить те, що вона каже. Будьте максимально уважні та виявляйте зацікавленість.

4. Намагайтеся вловити основну ідею. Вловіть тему розмови, а не її деталі.

5. Прислухайтесь, як подається суть. Зверніть увагу й на те, як говорить пацієнт. Оцініть емоційні реакції та почуття. Запитайте себе, як ця людина сприймає ситуацію.

6. Відокремлюйте людину від ідеї. Ми більш позитивно реагуємо на думки людей, яких любимо, ніж тих, до кого байдужі. Намагайтеся правильно сприймати те, що говориться.

7. Уловіть те, про що пацієнт уникає говорити. Запитайте себе, чи не оминув цей пацієнт у своїй розповідці якусь суттєву інформацію, чи приховує пацієнт свої почуття або людину, яка відіграє важливу роль його життя.

8. Відокремте емоції від реакції. Уникайте гніву та смутку, сильних емоцій, які можуть заважати уважно слухати та розуміти.

9. Будьте обережні з інтерпретаціями. Не судіть і не робіть передчасних припущень. Намагайтеся вловити факти.

10. Співпереживайте. Поставте себе на місце іншої людини, щоб зрозуміти її вчинки. Це допоможе вам побачити світ таким, яким його бачить вона.

6) Стежте за своєю невербальною поведінкою. Ось деякі поради, що допоможуть вам справити найбільш сприятливе враження:

- стежте за поставою, не кваптеся; хода повинна бути вільною, без поквалу, лінощів та втоми;
- поза повинна говорити про вашу впевненість і доброзичливість, спокій (не слід схрещувати руки, улесливо нахилити голову набік або зарозуміло відкидатися на спинку сидіння). Основна поза медичного працівника: голова та тіло повернені до партнера, тулуб нахилено вперед; переважно дивіться у вічі співрозмовнику, це ознака вашої уважності та відкритості;
- усміхайтеся, ніщо так не відкриває людину до вас, як доброзичлива посмішка;
- низький спокійний тембр голосу свідчить про продуманість та важливість повідомлення;
- паузи дозволяють підкреслити ключові фрази, надають вагомості головним думкам, дають час подумати та краще запам'ятати сказане.

7) Вмійте інтерпретувати невербальні сигнали пацієнта. При спостереженні психічного стану можна використовувати такі групи характеристик:

- зоровий контакт (чи дивиться пацієнт вам в обличчя або повз вас);
- при оцінці інформації, що передається особою пацієнта, для медичного працівника насамперед діагностичне значення мають міміка особи (наприклад, «grimаса болу»), колір та стан шкіри, губ, діяльність потових та сальних залоз, вираз обличчя в цілому;
- при низці захворювань пацієнти приймають типові пози. Наприклад, зігнуте положення може свідчити про захворювання опорно-рухового апарату, хвороби органів черевної порожнини;
- моторика (скута, активна, сповільнена, спокійна, імпульсивна).

8) Застосовуйте правила ведення ефективної розмови з пацієнтом:

- Звертайтеся до пацієнта на ім'я – по батькові та на «Ви».

- Починайте розмову з вказівки Вашого імені – по батькові та посади.
- Дивіться пацієнтові у вічі на одному рівні, посміхайтесь; якщо пацієнт лежить, присядьте на стілець, що стоїть поряд.
- Забезпечте конфіденційність Вашої розмови. Пам'ятайте, що конфіденційність є умовою створення довірчих відносин із пацієнтом.
- Заохочуйте Вашого пацієнта.
- Дотримуйтесь принципів ефективного вміння слухати.
- Виявляйте постійну ініціативу у створенні психологічного мікроклімату при спілкуванні з пацієнтом.
- Будьте природні під час розмови, створіть атмосферу взаєморозуміння довіри.

9) Навчіться правильно розв'язувати конфліктні ситуації. У посібнику (Бильченко О. С. Врачебная тактика и медицинская деонтология / О. С. Бильченко. – Харьков, 2005. – 197 с.) пропонуються такі шляхи «згортання» конфлікту між медичним працівником та пацієнтом:

- Спробуйте розрядити атмосферу недовіри, напруженість. Потрібно почати себе: розслабитися, зняти фізичну напругу, скутість і безцільні рухи.

- Своєю поведінкою слід вплинути на пацієнта. Хороший прийом – мовчазний розгляд особи вашого співрозмовника. Ви вивчаєте стан пацієнта. Одночасно це дає змогу зосередитись вам самому. Зоровий контакт важливий, але слід пам'ятати, що прямий погляд тривалістю більше 10 секунд викликає у людей дискомфортний стан. Цей прийом іноді може викликати у вашого «противника» подив – «що з ним?» Тим не менше, утворилося тимчасове «затишшя», що дозволяє вам «взяти» керування ситуацією у свої руки.

- Не робіть спроб оцінити вчинки хворого. Найкращий вихід – знайти загальну «точку відліку» (наприклад, хвороба та шляхи лікування), переходячи з позиції «я» на позицію «ми». Закріпити цю позицію допоможуть короткі контакти на кшталт «питання-відповідь».

- Подивіться на ситуацію та обставини очима пацієнта, питаючи себе: «Чого він чекає від мене, які його мотиви?» Намагайтеся проникнути у світ іншої людини.

- Ставтеся до людини з повагою. Пам'ятайте, що пригнічуючи авторитет пацієнта, ви тим самим придушуєте свій авторитет в його очах.

- І, нарешті, слід мати на увазі, що завжди легше уникнути конфлікту, аніж його погасити. Будь-яка конфліктна ситуація завдає шкоди одужанню пацієнта.

Отже, будьте товариські! Здатність до спілкування з оточуючими людьми є цінною якістю будь-якої людини, а тим більше медичного працівника.

Ми щиро сподіваємося, що ці поради допоможуть вам успішно пройти професійну практику, і врешті-решт стати грамотними фахівцями в галузі охорони здоров'я. Бажаємо успіху!