

ИССЛЕДОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

*Работа представлена кафедрой общей и социальной психологии
Сургутского государственного университета.*

Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор Л. В. Шибаева

Статья посвящена проблеме исследования коммуникативной компетентности студентов, будущих врачей. Подвергнуты психологическому анализу основные компоненты деятельности общения. В статье представлены взгляды автора на содержание занятий, в процессе которых происходит развитие коммуникативной компетентности.

Ключевые слова: *коммуникативная компетентность, студенты-медики, деятельностный подход.*

A. Korolenko

RESEARCH ON COMMUNICATIVE COMPETENCE OF MEDICAL STUDENTS

The paper is devoted to the issue of communicative competence of students, future doctors. The author carries out a psychological analysis of the basic components of communication and presents her views on the content of lessons contributing to the development of communicative competence.

Key words: *communicative competence, medical students, activity ap-proach.*

Коммуникативная компетентность является одной из важных составляющих профессиональной компетентности, которую необходимо развивать в процессе подготовки врачей. Проблема поиска психологически обоснованных направлений развития коммуникативной

компетентности студентов, будущих врачей, выступает как весьма актуальная на современном этапе совершенствования медицинского образования (В. П. Дуброва, Н. В. Александрова, В. А. Тарабанова, Э. Г. Эйдемиллер и др.).

Для того чтобы успешно складывались отношения между врачом и пациентами, врач должен помимо актуализации медико-биологических знаний в профессиональной практике опираться на клинико-психологические знания, позволяющие ему интерпретировать отношение пациента к заболеванию и оценить его субъективно-психологические ресурсы. При постановке задач исследования генезиса коммуникативной компетентности будущих врачей, одной из центральных оказывается задача диагностики всех компонентов деятельности общения, уровень развития которых предопределяет уровень компетентности врача как субъекта дискурса с пациентом.

Профессионально высокий уровень клинико-психологически опосредствованного общения врача предполагает такую его организацию, которая воплощалась бы в форме содержательного диалога с пациентом не как с объектом диагностики и лечения, а как с субъектом, имеющим своеобразную внутреннюю картину болезни и позицию относительно процесса лечения в его социальной ситуации боления.

В качестве противоположного этому уровню общения правомерно полагать низкую его опосредованность представлениями о дискурсе с пациентом как факторе выздоровления: низкий уровень владения способами организации диалога, не предполагающий ориентировки на позицию больного и своеобразие его «внутренней картины болезни» (ВКБ). Можно ожидать, что при таком подходе врач будет рассматривать больного с патерналистской позиции, интерпретировать его человеческие качества «натуралистически», т. е. вне их обусловленности собственным отношением к больному и отношением больного к своему заболеванию. Такая трактовка больного и позиция врача соотносится с низким уровнем подготовки медиков, что отмечается рядом крупных исследователей в этой области (И. Харди, В. В. Жура и др.).

В настоящее время возникло определенное противоречие между тем, насколько оказываются развиты в общей и социальной психологии разработки в области коммуникативной компетентности и тем, что психологическое

содержание ее специализированных функций и форм реализации во врачебной практике оказывается недостаточно исследованным. На разрешение этого противоречия было направлено наше исследование.

Цель экспериментального исследования состояла в выявлении и дифференциации психологических препятствий в достижении высоких уровней готовности студентов к оптимальному дискурсу с пациентами в позиции лечащих врачей.

Реализуя деятельностный подход к пониманию психологических оснований коммуникативной компетентности, понимаемой нами как высокий уровень готовности будущих врачей к оптимальному дискурсу с пациентами на всех стадиях лечения, правомерно обратиться к проблеме исследования того, какие затруднения испытывают студенты, будущие медики, в процессе овладения его высокими уровнями во всех компонентах: ценностно-смысловом, когнитивно-рефлексивном, операционно-техническом.

Ценностно-смысловой компонент деятельности общения соотносим с аксиологическими приоритетами, которыми собирается руководствоваться будущий врач (этико-деонтологические принципы организации врачебной практики). Когнитивно-рефлексивный компонент отражается в понятиях и представлениях будущих медиков относительно роли врача и пациента в процессе выздоровления, на основе которых осуществляется рефлексия профессиональной позиции. Операционно-технический компонент деятельности общения находит свое выражение в способах организации диалога с пациентом, произвольно актуализируемых врачом. Мера опосредованности способов организации диалога этико-деонтологическими принципами, с одной стороны, и профессиональными знаниями, с другой стороны, предопределяет степень мастерства врача как куратора процесса выздоровления.

Предполагалось, что в ценностно-смысловых и когнитивно-рефлексивных компонентах найдет свое отражение степень владения студентами клинико-психологическими понятиями, осваиваемыми в процессе вузовского образования на занятиях по психологии и эти-

ке, и это найдет свое выражение в стратегии и тактике общения врача с пациентами.

В экспериментальной части исследования мы осуществляли диагностику всех компонентов деятельности общения будущих врачей с пациентами, составляющих основу их коммуникативной компетентности. Для диагностики ценностно-смыслового компонента деятельности общения применялся контент-анализ письменных ответов, данных студентами при решении ситуативно-проблемных задач. Для диагностики когнитивно-рефлексивного компонента использовался метод репертуарных решеток Келли; контент-анализ профессиональных представлений об идеальном враче и пациенте. Для диагностики операционно-технического компонента применялся метод контент-анализа качества диалога студентов в позиции врачей в условных игровых ситуациях, моделирующих переговоры с пациентами на всех фазах курирования процесса выздоровления.

В исследовании принимало участие 32 студента 2-го курса медицинского факультета Сургутского университета – 16 человек экспериментальной группы (ЭГ) и 16 человек контрольной группы (КГ).

Остановимся на характеристике особенностей ценностно-смыслового компонента, проявляющегося у студентов при планировании общения с пациентами. Каждому студенту предлагалось письменно решить две проблемно-творческие задачи, представленные в виде описания «казусных» ситуаций, и деонтологически сложных случаев, не имеющих единого стандартного решения. Оба типа профессиональных задач направлены на изучение степени полноты ориентировки студентов в социальной ситуации болезни с учетом личности больного, их представлений о стратегиях и тактиках общения, а также на выяснение уровня развитости этико-деонтологических принципов у будущих студентов. В процессе последующего контент-анализа оценивалась то, насколько актуализируются в ходе размышления над профессиональными проблемными задачами и принятием решений такие этико-деонтологические принципы, как: ответственность, уважение к автономии

личности пациента, ценностное отношение к человеческой жизни, учет социальной ситуации болезни.

При анализе письменных ответов, в текстах выделялись фразы и темы, свидетельствующие о выраженности этико-деонтологических принципов по следующим основаниям: принятие на себя ответственности за лечение больного; учет позиции больного (желания, мнения); мера выраженности темы о ценности человеческой жизни; учет позиции окружения больного, учет возможности влияния других специалистов на процесс лечения (социальная ситуация болезни). Полнота актуализации этико-деонтологических оснований в письменном ответе соотносилась с высоким уровнем становления этико-деонтологических принципов. При актуализации всех четырех оснований в ответах студентов о принимаемых в проблемных ситуациях решениях их качество оценивалось нами в 4 балла. Актуализация двух или трех оснований в ответе соотносилась со средним уровнем становления этико-деонтологических принципов и оценивалась соответственно в 2 или 3 балла. Актуализация лишь одного принципа оценивалась в 1 балл.

Анализ своеобразия ценностно-смыслового параметра по ответам в письменном изложении показал следующее. Студенты не вышли за пределы среднего уровня выражения этико-деонтологических принципов. Группа разделилась на подгруппу студентов, получивших минимальное количество баллов (1 балл), таких оказалось 45% и подгруппу студентов, получивших среднее количество баллов (2–3 балла), всего 55%. Наиболее сложными в решении оказались задачи, требующие распределения ответственности при принятии врачебного решения. Так, например, в ситуации сообщения «тяжелого» диагноза, будущий врач берет на себя ответственность его сообщить, но при этом, чтобы не оказаться в сложной ситуации одному, приглашает всех родственников на встречу, что в действительности может только ухудшить восприятие информации.

Для диагностики когнитивно-рефлексивного компонента нами использовался метод ре-

пертуарных решеток (Франселла, Баннистер, 1998). Как известно, методика репертуарных решеток (РР) включает сопоставление испытуемыми по произвольным основаниям (конструктам) определенных элементов. В качестве элементов выступали качества пациента, такие как: агрессивный, испуганный, капризный, деловой, наряду с такими ролевыми позициями: мать как пациент, отец как пациент, врач как пациент и т. д. Для выявления того, какими категориями пользуются испытуемые при описании элементов, два элемента сравнивались с третьим и характеризовалось их различие. Был получен перечень конструктов, характеризующих восприятие студентами различных пациентов. Выявленные в процессе диагностики всей группы испытуемых конструкты подвергались кластерному анализу на основе программы SPSS.

Кластеризация позволила выявить следующие группы конструктов: конструкты, характеризующие отношение пациента к врачу и лечебному процессу в целом, отношение пациента к здоровью; конструкты, описывающие внешние признаки ситуации; а также незначительную по своему составу группу конструктов, демонстрирующих отношение врача к пациенту и лечебному процессу в целом.

По результатам диагностики выяснено, что студенты отдают предпочтение характеристикам, относящимся к категории «отношение пациента к лечебному процессу», демонстрирующей значимость для медиков качеств пациента в организации лечебного процесса. По отношению ко всему массиву конструктов они составляют **63,5%**. Однако характер ответов студентов подтверждает крайне низкий уровень их ориентировки на представления и понятия, характеризующие клинико-психологические составляющие, такие как внутренняя картина болезни, позиция больного. Полностью отсутствуют их проявления в массиве конструктов при описании пациентов и особенностей взаимодействий врача с ними. Пациент характеризуется студентами в субъект-объектной парадигме, в его натуралистических, раз и навсегда данных качествах, таких, например, как капризный,

упрямый и т. д. Наиболее часто встречающейся характеристикой выступает «требовательность» пациента. На втором месте оказалась «адекватность». Единичным конструктом, характеризующим отношение больного к лечению, выступил конструкт «отказ от лекарств». Не обнаружилось в семантическом комплексе характеристик будущих медиков слов для описания пациента как субъекта выздоровления, как субъекта общения, а также характеристик себя как субъекта общения.

Для более глубокого изучения был проведен дополнительный анализ. Все выделенные эмпирическим путем характеристики были разделены на две основные группы: характеристики, способствующие лечебному процессу, и характеристики, препятствующие лечебному процессу. Результаты дополнительного анализа представлены в табл. 1.

Таблица 1

Доля конструктов, %, описывающих позитивные и негативные характеристики по отношению к лечебному процессу у группы студентов

Позитивные характеристики		Негативные характеристики		Внешние характеристики
Коммун. качества пациента	Личные качества пациента	Коммун. качества пациента	Личные качества пациента	
17%	18%	24%	24%	17%

С вероятностью ($p < 0,01$) по критерию Фишера различия между количеством признаков, входящих в группу характеристик, способствующих лечебному процессу (48%) и количеством признаков, принадлежащих группе характеристик, препятствующих лечебному процессу (35%) статистически значимы. По данным, представленным в таблице, видно, что у будущих медиков в ответах преобладают характеристики, препятствующие лечебному процессу, такие как трудный, эмоциональный, неадекватный. Это выявляет установки студентов на интерпретацию больных как объектов лечебного процесса и фиксации ими только тех качеств пациента, которые его затрудняют. Характеристика позитивных качеств должна была свидетельствовать о наличии установки на сотрудничество. Однако она не выявилась. В установках студентов отражаются наиболее

распространенные представления о незаменимости патерналистской модели взаимодействия врача с пациентом.

Для диагностики когнитивно-рефлексивного компонента в исследовании был использован метод контент-анализа письменных ответов, полученных при выполнении задания на формулировку списка идеальных качеств медика и пациента.

Мы предположили, что студенты будут давать односторонние характеристики больных, обращать внимание прежде всего на диагностически важные соматические особенности пациента, а также на качества, связанные с легкостью установления контакта с пациентом, что может, на наш взгляд, препятствовать пониманию его психологических особенностей. Результаты обработки данных позволили выявить особенности социально-психологического портрета идеального врача и идеального, по мнению врачей, пациента. При обработке полученных определений производилось их соотнесение с различными сферами жизнедеятельности. Результаты обработки представлены в табл. 2.

Анализ представлений студентов, будущих медиков, об идеале врача свидетельствует о том, что идеалы гуманизма по отношению к пациенту на уровне профессионального мировоззрения у студентов представлены. Об этом говорит удельный вес категорий, касающихся морально-нравственной сферы, представленной такими характеристиками, как доброжелательность, человечность, отзывчивость. Кроме того, морально-нравственная сфера представлена в ответах врачей такими качествами, как чувство юмора, тактичность, терпеливость, внимательность. Это свидетельствует о том, что врачи осознают необходимость быть толерантными с пациентами, но прежде всего имеют в виду «трудных» пациентов.

Результаты демонстрируют, что ведущее место занимает и межличностно-социальная сфера, включающая такие качества врача, как простота, индивидуальный подход, коммуникативность. Это может свидетельствовать о понимании студентами роли коммуникации в организации практики. Однако выявлена и ограниченность понимания смысла коммуникации. Об этом свидетельствует отсутствие

Таблица 2

Доля категорий, характеризующих идеального врача и идеального пациента, относящихся к различным сферам жизнедеятельности в представлениях будущих медиков %

Категории из разных сфер	Межличностная	Мотив. потребностная	Действенно-практическая	Эмоц. волевая	Когн. познавательная	Экзистенц. бытийная	Морал. нравственная
Категории об идеальн. враче 76 ответов	22,7	2,6	15,7	13	11,8	–	34,2
Категории об идеальн. пациенте 37 ответов	21,6	8,1	14,7	18,6	2,7	–	34,3

таких качеств, как умение слушать, умение сообщить информацию больному о состоянии его болезни и т. д. Полученные результаты свидетельствуют о минимальной готовности врачей к общению с пациентом.

Обратимся к представлениям студентов об идеальном пациенте. Первое, что важно выделить, это низкую представленность мотивационно-потребностной и когнитивно-по-

знавательной сфер при описании идеального пациента, которые могли бы быть выражены в таких качествах, как желание выздороветь, лечиться, потребность в информации относительно болезни, прогноза. Отсутствие данных качеств подтверждает выраженность патерналистской модели взаимодействия будущих врачей, в русле которой для успешности лечения достаточно желания и знания

врача. Максимально выраженной является сфера действенная, которая могла бы сместить акцент с патерналистской модели на модель сотрудничества, если бы студенты выделили качество активность. Но оно присутствует в ответах реже, чем, например, такое качество, как повинование.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о наличии ориентиров на взаимодействие по типу руководства, а не сотрудничества, что проявляется в спектре таких характеристик пациента, как: покладистый, слушающий, не скандальный. Интерпретация пациента как личности со своим собственным отношением к здоровью и болезни упоминается лишь в одном ответе.

Следующим этапом диагностики являлось изучение операционно-технического компонента на основе анализа способов решения студентами-медиками профессиональных задач (в устной и письменной формах).

Устно решаемые задачи были представлены в виде ситуаций, моделирующих общение врача с пациентом. Письменно решаемые задачи были представлены в форме кейсов (описания профессиональных ситуаций, требующих от студента гибкости мышления, умения планировать действия и прогнозировать их последствия).

Качество устных диалогов врача с пациентом анализировалось с помощью выделенных нами критериев становления индивидуальной позиции врача.

Критерии оценки индивидуальной позиции студентов в системе врач-больной:

1. Характеристика беседы с пациентом. Оценивалось то, представлены ли основные *этапы беседы*: установление контакта – познавательный аспект (предоставление адекватной медицинской информации, понятной для пациента) – эмоциональный аспект (использование техник активного слушания, установка на эмоционально-положительное отношение к пациенту) – заключительная стадия беседы (подведение итогов) и *формальные* характеристики беседы: знакомство, паспортная часть – выяснение симптомов заболевания, жалобы – выяснение сопутствующих заболеваний – выяснение жизненного контекста

больного (причин появления) – обсуждение плана лечения – обсуждение перспектив).

Присутствие всех четырех этапов беседы (4 балла) и обязательных 6 тематик (6 баллов) оценивается в 10 баллов.

2. Эмпатическое включение:

- отсутствует – 0 баллов;
- присутствует – 3 балла.

3. Тип модели поведения врача.

- попустительский стиль управления диалогом – 0 баллов;
- взаимодействие по типу сотрудничества – 5 баллов;
- воздействие врача (патернализм) – 3 балла;
- воздействие пациента – 1 балл.

4. Подход в понимании здоровья и болезни:

- клинико-психологический подход (подробный анамнез, с учетом социальной ситуации болезни) – 5 баллов;
- медицинский подход (стандартный анамнез, лечение болезни) – 3 балла.

На основе данных критериев в соответствии с установленными для них баллами определялся уровень становления индивидуальной позиции студентов в системе взаимоотношений врач – пациент (табл. 3).

Анализ диалогов студентов-медиков в ходе решения ими профессиональных задач показал, что группа разнородна, и делится на тех, у кого очень низкий уровень готовности к общению – 18% (студенты, набравшие 2 балла), тех, у кого низкий уровень – 55% (студенты, получившие до 11 баллов) и тех, кто имеет средний уровень готовности к общению – 27% (студенты, набравшие до 18 баллов).

Самая многочисленная группа испытуемых – это группа с низким уровнем операционно-технической готовности к общению. Отличительные черты диалогов данной группы следующие: доминирование формальных характеристик диалога над качественными характеристиками (в частности, внимание уделяется сбору биографических данных, которые в реальной практике дублируются медицинской картой), низкий уровень развернутости произвольности беседы (шаблонный характер, отсутствие импровизированных

Таблица 3

Уровень становления индивидуальной позиции студентов в системе врач – пациент

Критерии	Оч. низкий уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
1. Характеристики беседы – степень представленности этапов беседы, форм. характеристик	Выражены только формальные характеристики беседы врача с пациентом	Частичное присутствие этапов беседы и формальных характеристик	Частичное присутствие этапов и формальных характеристик	Присутствуют все этапы и формальные характеристики беседы
2. Качество взаимодействия	Попустительский стиль диалога	Одностороннее воздействие	Возможны элементы сотрудничества	Сотрудничество
3. Эмпатия	Отсутствует	Отсутствие/присутствие	Отсутствие / присутствие	Ориентированность на эмпатию
4. Подход к пациенту	Медицинский подход	Медицинский подход	Возможен клиничко-психологический подход	Клиничко-психологический подход
Суммарный балл	1–4 балла	5–12 баллов	13–18 баллов	19–23 балла

реплик, использования юмора и т. д.), узость объема беседы (в данном случае обусловлена ограниченностью тем, полагаемых, как существенные). Также у студентов данной группы в ситуации взаимодействия наблюдалось отсутствие ориентировки на внутреннюю картину болезни (в беседе присутствует акцент на анализе самочувствия) и социальную ситуацию боления, что проявлялось не столько в игнорировании социального, семейного, материального факторов при планировании и осуществлении курирования больного, сколько в недооценке возможной значимости психосоциальных факторов в развитии заболевания, таких как стресс, конфликт и др. Полученные результаты полностью подтверждают наше предположение о низкой степени опосредованности диалогов студентов представлениями о внутренней картине болезни, позиции больного, его социальной ситуации боления.

Для решения задач в письменной форме давалось четыре задачи: две задачи на владение стратегиями сообщения информации и две задачи на владение стратегиями взаимодействия с учетом личности пациента, его внутренней картины болезни и социальной ситуации боления.

Обработка способов решения письменных задач опиралась на критерии становления индивидуальной позиции врача (кроме пункта «характеристики беседы»). Возможно, макси-

мальный балл с учетом названных критериев (табл. 3) при оценке качества ответов в письменной форме – 13 баллов.

В ходе анализа способов решения письменных ответов (операционально-технический компонент) были выделены также две группы студентов: 73% со средними (8–11 баллов) и 27% с низкими (4–6 баллов) показателями сформированности операционально-технического компонента деятельности общения.

Интересны данные результатов решения задач на взаимодействие. Студенты демонстрируют эмпатию в определенных случаях, есть рефлексия относительно того, как можно себя вести, но переход к формулировке вопросов представляет для них сложность. Так, ятрогенного характера вопрос один из студентов превратил в следующее высказывание: «Нет ли у вас родственников, больных раком?». Таким образом, можно сказать, что у студентов присутствуют стратегии информирования и взаимодействия, но в достаточно размытой форме.

По итогам видно, что с профессиональными задачами, представленными в письменной форме, студенты справились лучше, чем с задачами на моделирование, что может свидетельствовать в целом о несформированности операционально-технического компонента: студенты могут планировать свое общение, но затрудняются его реализовать, когда встречаются с реальными участниками

диалога. Низкие показатели выраженности операционально-технического компонента присутствуют в ответах студентов наряду с низкими показателями выраженности ценностно-смыслового и когнитивно-рефлексивного компонентов.

Полученные в исследование данные позволяют сделать следующие выводы.

Исследование *ценностно-смыслового* компонента выявило средний уровень актуализации этико-деонтологических оснований медицинской деятельности, мышление студентов отличалось стандартностью, шаблонами либо неполнотой ориентировки, что выразилось в недооценке условий задач, опоре на собственный жизненный опыт («для меня было бы лучше в этой ситуации...»).

Исследование когнитивно-рефлексивного компонента общения выявило, что в качестве ведущих ориентиров студентов выступают характеристики пациента, интерпретируемые на основе «натуралистических» установок. Они проявляются в представлении о раз и навсегда данных человеку от рождения психических качествах, свойствах характера, прежде всего негативных, которые выступают в качестве затруднений в процессе взаимодействия. Опосредованность качеств человека социальной ситуацией болезни, параметрами внутренней картины болезни, позицией человека относительно своего заболевания – весь этот психологически важный комплекс факторов игнорируется начинающими медиками, центрированными на медицинских аспектах постановки диагноза и лечения.

Исследование коммуникативно-действенного параметра показало, что ценность оптимального общения с пациентом представлена у

студентов в большей степени на уровне знания, чем на уровне поведения. Будущие медики могут сформулировать стратегию общения, но определение тактик и их применение вызывает у большей части исследуемых затруднения.

Особенно ярко это демонстрирует ситуация моделирования профессиональных ситуаций, предполагающая применение средств управления коммуникацией и ее оптимизации. Невозможность применить клиничко-психологические знания, полученные в цикле специализированных учебных дисциплин по психологии и этике, может свидетельствовать о необходимости новых подходов к организации занятий, позволяющих «операционализировать» знания в системе способов организации эффективного профессионального общения будущего врача с пациентами на всех этапах курирования его выздоровления.

Результаты диагностики уровня готовности студентов-медиков к общению с пациентами, опосредствованному клиничко-психологической интерпретацией их позиции, позволили наметить перспективы продолжения исследования генезиса этого новообразования в процессе обучения студентов. Если организовать обучающий курс занятий, позволяющий акцентировать в сознании будущих медиков представление о необходимости планировать способы общения с больными на основе ориентировки во внутренней картине болезни больных, их позиции по отношению к болезни, то можно ожидать, что произойдет изменение фокуса осознания характеристик, препятствующих или облегчающих лечебный процесс и овладение студентами-медиками средствами коммуникации, опосредствованными клиничко-психологической составляющей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. М.: Медицина. 1982. 272 с.
2. *Тищенко П.* Трудный путь к диалогу: типы и формы взаимоотношений врача и пациента // Медицинская газета. 2001. 7 февраля. С. 15.

REFERENCES

1. *Karvasarsky B. D.* Meditsinskaya psikhologiya. M.: Meditsina. 1982. 272 s.
2. *Tishchenko P.* Trudny put' k dialogu: tipy i formy vzaimootnosheniy vracha i patsienta // Meditsinskaya gazeta. 2001. 7 fevralya. S. 15.