

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра психологии и педагогики
Направление подготовки 37.03.01 – Психология

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой

_____ Е.А. Иванова

« _____ » _____ 2018 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: Особенности коммуникативной компетентности медицинских сестер с
разным стажем работы

Исполнитель
студент группы 464узб

Ш.Т. Жамкочян

Руководитель
доцент, канд.псих.наук

С.Р. Зенина

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук
Кафедра Психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ Е.А. Иванова
«11» сентября 2017г.

З А Д А Н И Е

К бакалаврской работе студента ЖАМКОЧЯН ШУШАНИК ТИГРА-
НОВНЫ

**1. Тема бакалаврской работы: ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВ-
НОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С РАЗНЫМ СТАЖЕМ
РАБОТЫ**

(утверждено приказом от _____ № _____)

2. Срок сдачи студентом законченной работы 11.01.2018 г.

3. Исходные данные к бакалаврской работе:

Анализ научно-теоретической литературы по проблемам, связанным с коммуникацией, общением, коммуникативной компетентностью личности, позволяет судить о том, что структура, функции, генезис общения и отношений межличностного взаимодействия достаточно хорошо изучены и детально освещены в теоретических трудах таких психологов как: Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, В.А. Кан-Калик, В.Н. Куницина, А.А. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.В. Рыжов, С.Л. Рубинштейн, Б.М. Теплов, И.М. Юсупов, В.А. Якунин, Е.С. Кузьмин, Ю.Н. Емельянов и др.

Проблема коммуникативной компетентности исследовалась С.Л. Братченко, Ю.Н. Емельяновым, Г.А. Кудрявцевой, О.П. Санниковой, В.Д. Ширшовым. Исследователями определена структура коммуникативной компетентности, которая считается изоморфной структуре общения и состоит из трех ком-

понентов: когнитивного, поведенческого и эмотивного, а также источники коммуникативной компетентности, которые условно подразделяют на субъективные и объективные.

4. Содержание бакалаврской работы (перечень подлежащих разработке вопросов):

1) Проанализировать научную литературу по проблеме изучения особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы;

2) Определить уровень развития коммуникативных и организаторских склонностей и ведущую коммуникативную направленность медицинских сестер с разным стажем работы;

3) Выявить особенности коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы

5. Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.).

Бакалаврская работа содержит 70 страниц, 4 рисунка, 3 таблицы, 50 литературных источников, 4 приложения.

6. Дата выдачи задания 11 сентября 2017 года.

Руководитель бакалаврской работы: Зенина Светлана Рашидовна, кандидат психологических наук, доцент.

Задание принял к исполнению 11.09.2017 г. _____

(подпись студента)

РЕФЕРАТ

Данная бакалаврская работа содержит 70 страниц текста, 50 источников литературы, двух глав, 4 приложения, 3 таблицы, 4 рисунка.

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ, КОММУНИКАЦИЯ, ОБЩЕНИЕ, КОММУНИКАТИВНАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ УСПЕШНОСТЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ, СОЦИАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ, МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В теоретической части исследования отражены теоретические основы изучения особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы, описана общее понятие коммуникативной компетентности и динамика коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности медицинских сестер.

Цель исследования: изучение особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы.

Во второй главе бакалаврской работы представлены результаты исследования особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы, описаны полученные результаты.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические основы изучения особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы	9
1.1 Сущность понятия коммуникативной компетентности в психологии	9
1.2 Характеристика профессиональной деятельности медицинских сестер	21
1.3 Динамика коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности медицинских сестер	30
2 Исследование особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы	43
2.1 Организация и методы исследования	43
2.2 Анализ и интерпретация полученных результатов	50
Заключение	65
Библиографический список	67
Приложение А Методика Б.А. Федоришина «Коммуникативные и организаторские склонности»	71
Приложение Б Методика диагностики коммуникативной направленности личности С.Л. Братченко	74
Приложение В Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)	80
Приложение Г Таблицы данных по исследованию	89

ВВЕДЕНИЕ

Коммуникативная компетентность, являясь неотъемлемой частью коммуникативной культуры, необходима всем без исключения людям, а в ряде профессий она становится профессионально значимой характеристикой личности. Высокий уровень компетентности требуется сегодня от сотрудников во всех сферах общественной жизни. Психологическая подготовка сотрудников нуждается в существенном совершенствовании, так как социальный заказ ориентирован на высокий уровень психологической культуры сотрудников. Коммуникативная компетентность является одной из базовых характеристик профессиональной компетентности и профессиональной успешности сотрудников в типе профессий «человек – человек». Несмотря на многочисленные теоретические и экспериментальные исследования проблем коммуникации и коммуникативных способностей, свойств человека, проблема развития коммуникативной компетентности требует дальнейшего изучения. Еще недостаточно исследованы закономерности действия социальных и психологических факторов на развитие коммуникативной компетентности.

Структура коммуникативной компетентности медицинской сестры включает в себя: сумму базисных знаний в области общей и медицинской психологии, понимание особенностей коммуникативного процесса в различных сферах профессиональной деятельности, коммуникативную культуру, собственно коммуникативные навыки и, наконец, ряд личностных качеств, позволяющих вести постоянную работу по совершенствованию знаний и навыков, их коррекции в связи с изменившимися условиями жизни и профессиональной деятельности.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуника-

ции, строить беседу, формулировать вопросы.

Для медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и других специалистов сферы здравоохранения важно также владение собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, медики должны уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

Анализ научно-теоретической литературы по проблемам, связанным с коммуникацией, общением, коммуникативной компетентностью личности, позволяет судить о том, что структура, функции, генезис общения и отношений межличностного взаимодействия достаточно хорошо изучены и детально освещены в теоретических трудах следующих отечественных психологов: Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, В.А. Кан-Калик, В.Н. Куницина, А.А. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.В. Рыжов, С.Л. Рубинштейн, Б.М. Теплов, И.М. Юсупов, В.А. Якунин, Ю.Н. Емельянов и др.

Проблема коммуникативной компетентности исследовалась С.Л. Братченко, Ю.Н. Емельяновым, Г.А. Кудрявцевой, О.П. Санниковой, В.Д. Ширшовым. Исследователями определена структура коммуникативной компетентности, которая считается изоморфной структуре общения и состоит из трех компонентов: когнитивного, поведенческого и эмотивного, а также источники коммуникативной компетентности, которые условно подразделяют на субъективные и объективные.

Цель исследования: изучение особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы.

Объект исследования: коммуникативная компетентность.

Предмет исследования: особенности коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы.

Задачи исследования:

1) Проанализировать научную литературу по проблеме изучения особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы;

2) Определить уровень развития коммуникативных и организаторских склонностей и ведущую коммуникативную направленность, а так же ведущий стиль коммуникативного взаимодействия медицинских сестер с разным стажем работы;

3) Выявить особенности коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы.

Гипотеза исследования: Коммуникативная компетентность медицинских сестер с разным стажем работы имеет свои особенности. Медицинские сестры с небольшим стажем работы имеют более высокий уровень развития коммуникативных и организаторских умений, в общении направлены на другого человека, при соблюдении собственных интересов. Стиль коммуникативного взаимодействия более эффективен, чем стиль взаимодействия медицинских сестер с большим стажем работы.

Методы исследования: анализ литературы, тестирование, методы математической статистики.

База исследования: Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Городская поликлиника № 3», г. Благовещенск.

Выборка исследования: 28 медицинских сестер поликлиники.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С РАЗНЫМ СТАЖЕМ РАБОТЫ

1.1 Сущность понятия коммуникативной компетентности в психологии

Коммуникативная компетентность человека преимущественно складывается на основе опыта общения между людьми, формируется непосредственно в условиях взаимодействия. Кроме того умения вести себя в коммуникации человек приобретает и на основе примеров из литературы, театра, кино, средств массовой информации.

Понятие «коммуникативная компетентность» впервые было использовано А.А. Бодалевым и трактовалось, как способность устанавливать и поддерживать эффективные контакты с другими людьми при наличии внутренних ресурсов (знаний и умений) [2].

В психологическом словаре уточняется, что коммуникативная компетентность – это «...ориентированность в различных ситуациях общения, основанная на: знаниях и чувственном опыте индивида; способность эффективно взаимодействовать с окружающими, благодаря пониманию себя и других, при постоянном видоизменении психических состояний, межличностных отношений и условий социальной среды» [22].

По определению В.И. Жукова коммуникативная компетентность – это «психологическая характеристика человека, как личности, которая проявляется в его общении с людьми или «способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми». В состав так понимаемой коммуникативной компетентности включается совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающих успешное протекание коммуникативных процессов у человека».

Коммуникативная компетентность – это интегральное личностное качество, обеспечивающее ситуационную адаптивность и свободу владения вербальными и невербальными средствами общения, возможность адекватного отражения психических состояний и личностного склада другого человека, вер-

ной оценки его поступков, прогнозирование на их основе особенностей поведения воспринимаемого лица.

Коммуникативная компетентность представляет собой комплексное образование, состоящее из трех компонентов: эмоционально-мотивационный, когнитивный и поведенческий компоненты. Эмоционально-мотивационный компонент образуют потребности в позитивных контактах, мотивы развития компетентности, смысловые установки «быть успешным» партнером взаимодействия, а также ценности общения и цели.

В когнитивный компонент входят знания из области взаимоотношений людей и специальные психологические знания, полученные в процессе обучения, а также смыслы, образ другого как партнера взаимодействия, социально-перцептивные способности, личностные характеристики, образующие коммуникативный потенциал личности. На поведенческом уровне это индивидуальная система оптимальных моделей межличностного взаимодействия, а также субъективного контроля коммуникативного поведения [6].

В результате изучения коммуникативной компетентности, можно сделать вывод, что в структуру включаются достаточно разноплановые элементы. Вместе с тем, среди этого многообразия четко выделяются следующие компоненты:

- коммуникативные знания;
- коммуникативные умения;
- коммуникативные способности.

Коммуникативные знания – это знания о том, что такое общение, каковы его виды, фазы, закономерности развития. Это знание о том, какие существуют коммуникативные методы и приемы, какое действие они оказывают, каковы их возможности и ограничения. Это также знание о том, какие методы оказываются эффективными в отношении разных людей и разных ситуаций. К этой области относится и знание о степени развития у себя тех или иных коммуникативных умений и о том, какие методы эффективны именно в собственном исполнении, а какие – не эффективны.

Коммуникативные умения: умение организовывать текст сообщения в

адекватную форму, речевые умения, умение гармонизировать внешние и внутренние проявления, умение получать обратную связь, умение преодолевать коммуникативные барьеры и др. Выделяется две группы умений:

1) интерактивные умения: умение строить общение на гуманной, демократической основе, инициировать благоприятную эмоционально-психологическую атмосферу, умение самоконтроля и саморегуляции, умение организовывать сотрудничество, умение руководствоваться принципами и правилами профессиональной этики и этикета, умения активного слушания;

2) социально-перцептивные умения: умение адекватно воспринимать и оценивать поведение партнера в общении, распознавать по невербальным сигналам его состояния, желания и мотивы поведения, составлять адекватный образ другого как личности, умения производить благоприятное впечатление.

Коммуникативные способности, как индивидуально-психологические свойства личности, отвечающие требованиям коммуникативной деятельности и обеспечивающие ее быстрое и успешное осуществление [12].

Коммуникативная компетенция по форме и содержанию непосредственно соотносится с особенностями выполняемых социальных ролей индивида. Целесообразно выделять также профессиональную коммуникативную компетенцию и общую коммуникативную компетенцию.

Ю.Н. Емельянов характеризует качественное своеобразие понятия коммуникативной компетентности. По его мнению, коммуникативная компетенция формируется благодаря интериоризации социальных контекстов. Это процесс бесконечный и постоянный. Он имеет вектор от интер- к интра-, от актуальных межличностных событий к результатам осознания этих событий которые закрепляются в когнитивных структурах психики в виде умений, и навыков. Эмпатия является основой сенситивности – особой чувствительности к психическим состояниям других, их стремлениям, ценностям и целям, которая в свою очередь формирует социальный интеллект. Ученый подчеркивает, что с годами эмпатическая способность тускнеет, вытесняется символическими средствами представленности. Таким образом, социальный интеллект выступает относи-

тельно независимым праксеологическим образованием.

Можно выделить следующие источники развития коммуникативной компетенции:

1) Жизненный опыт – ему принадлежит ведущая роль в развитии коммуникативной компетенции. Важен опыт межличностного общения. Его характеристики следующие: он социален, включает интериоризированные нормы и ценности конкретной общественной среды; он индивидуален, т.к. основывается на индивидуальных особенностях и психологических событиях личной жизни.

2) Искусство – эстетическая деятельность двусторонне обогащает человека: и в роли творца и в роли воспринимающего произведения искусства. Оно способствует развитию коммуникативных умений.

3) Общая эрудиция – это запас достоверных и систематизированных гуманитарных знаний, относящиеся к истории и культуре человеческого общения, которыми располагает данный индивид.

4) Научные методы – предполагают интеграцию всех источников коммуникативной компетенции, открывают возможность описания, концептуализации, объяснения и прогноза межличностного взаимодействия с последующей разработкой практических средств повышения коммуникативной компетенции на уровне индивида, групп и коллективов, а также всего общества [17].

Основным фактором коммуникативной компетентности являются коммуникативные способности. В состав коммуникативной компетентности включаются три вида таких способностей: гностические, экспрессивные и интерактивные.

Развитие коммуникативной компетентности в онтогенезе происходит по мере развития характера и направленности умственной и общей активности. Характер коммуникативной активности индивида зависит от его коммуникативной компетентности, признаваемых им коммуникативных ценностей, от специфики мотивации и потребностей в общении.

Таким образом, коммуникативная компетентность представляет собой интегральное, относительно стабильное, целостное психологическое образова-

ние, проявляемое в индивидуально-психологических, личностных особенностях в поведении и общении конкретного индивида. Не смотря на различие в понимании составляющих коммуникативной компетентности, все авторы сходятся во мнении, что по существу коммуникативная компетентность представляет собой способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми [18].

Коммуникативная компетентность, являясь одной из сторон психологической компетентности, входит компонентом в психологическую культуру.

Компетенция – это знания и опыт в той или иной области деятельности человека. Компетентность, по Л. Хьеллу и Д. Зиглер – это «психосоциальное качество, означающее силу и уверенность, исходящие от чувства собственной успешности и полезности, что дает человеку осознание своей способности эффективно взаимодействовать с окружением».

Объяснение этого понятия в данном случае дается с точки зрения субъекта, обладающего качеством компетентности. Компетентность, по нашему мнению, – это совокупность знаний, опыта, качеств, способностей человека, позволяющая эффективно выполнять ту или иную деятельность. Таким образом, коммуникативную компетентность можно рассматривать как совокупность знаний, опыта, качеств, способностей человека, позволяющая эффективно выполнять коммуникативные функции.

Предложенная интерпретация понятия коммуникативной компетентности является исходной позицией в рассмотрении ее структуры. При этом нужно учитывать, что в структуре коммуникации можно выделить поведенческую, аффективную, когнитивную составляющие (по Коломинскому Я.Л.), регулятивную, аффективную, информационную (по Ломову Б.Ф.), поведенческую, аффективную и гностическую (по Бодалеву А.А.). Поведенческий компонент общения побуждает деятельность, поступки, локализацию, перемещение в пространстве, выражается в мимике, жестах, пантомимике, речи. Эмоциональный компонент проявляется в разнообразных эмоциональных состояниях, положительных и отрицательных эмоциях, конфликтности, удовлетворенности партне-

ром, общением, собой, эмоциональной чувствительности. Когнитивный компонент выражается в психических процессах, связанных с познанием окружения и самого себя (ощущений, восприятия, представлений, памяти, мышления, воображения) [24].

Т.П. Абакирова на основе анализа работ о коммуникативных свойствах личности (Ковалев А.Г., Леонтьев А.Н., Рубинштейн С.Л.) предложила определить коммуникативную структуру личности как стабильное, целостное образование, представляющее систему коммуникативных свойств, коммуникативного потенциала и коммуникативного ядра личности.

Коммуникативное ядро личности включает в себя направленность, установки, ценностные ориентации, мировоззрение человека. В связи с этим в коммуникативное ядро личности следует включить качества личности, определяемые ее направленностью, установками, ценностными ориентациями, мировоззрением:

- стремление к аффилиации;
- уважение права личности иметь свободу мышления, иметь собственное мнение;
- эмпатийность;
- признание ценности человека как личности;
- уважение человеческого достоинства;
- готовность помочь другим.

Коммуникативный потенциал определяется психофизиологическими, психическими и личностными особенностями человека. Коммуникативная мотивация – это побуждение к коммуникации, определяемое мотивами. В свою очередь, коммуникативные мотивы появляются под воздействием внутренних и внешних условий, следовательно, зависят от коммуникативных свойств личности [33].

Систему коммуникативных свойств составляют коммуникативные способности; индивидуально-психологические свойства, зависящие от типа высшей нервной деятельности (темперамента, интровертированности – экс-

травертированности); коммуникативные черты характера, характеристики эмоционально-волевой сферы личности. В работе ряда психологов предпринята попытка установления структуры коммуникативных способностей, в которой он выделяет гностические, экспрессивные, интеракционные составляющие.

При определении структуры коммуникативной компетентности мы руководствовались концепцией динамической функциональной структуры личности (Платонов К.К., 1982) и концепцией построения обобщающей модели активности человека (Алексеева Л.Ф., 1997).

На основе вышеизложенных работ в структуре коммуникативной компетентности мы выделяем следующие уровни: социально-психологический, индивидуально-психологический и психофизиологический.

Коммуникативная компетентность всегда проявляется на социально-психологическом уровне, во взаимодействии людей в процессах деятельности, общения, познания. На особенности проявления коммуникативной компетентности на социально-психологическом уровне влияют индивидуально-психологические и психофизиологические особенности индивида.

К коммуникативной компетентности на индивидуально-психологическом уровне можно отнести коммуникативную компетентность в рефлексии в процессе автокоммуникации. Импульсивные, спонтанные, экспрессивные проявления в коммуникации можно отнести к психофизиологическому уровню коммуникативной компетентности.

Коммуникативная компетентность на социально-психологическом уровне определяется направленностью личности – совокупностью сформировавшихся у личности интересов, желаний, идеалов, ценностей, склонностей; убеждений, мировоззрения. Коммуникативная компетентность на данном уровне позволяет строить коммуникацию на основе предвидения ее результатов, удовлетворения социальных потребностей. В сложных, ответственных ситуациях коммуникации коммуникативная компетентность обеспечивается под контролем сознания. Формирование коммуникативной компетентности на социально-психологическом уровне происходит как стихийно в процессе повседневного

общения с окружающими людьми, так и в процессе формального общения и воспитания на основе целенаправленного обогащения знаний, умений, навыков, привычек.

Коммуникативная компетентность на социально-психологическом уровне проявляется в социально-перцептивных отношениях, навыках организации взаимодействия общающихся [35].

В коммуникативной компетентности личности можно выделить три уровня, соответствующие диспозициональной концепции поведения человека В.А. Ядова. Высший уровень коммуникативной компетентности проявляется в соответствии с общей направленностью интересов и систем ценностных ориентации, сформировавшихся под воздействием общих социальных условий. Средний уровень коммуникативной компетентности проявляется в отношениях многообразных объектов и ситуаций. Нижний уровень коммуникативной компетентности проявляется в конкретных условиях коммуникации. Система ценностных ориентации образует содержательную и нравственную сторону коммуникативной компетентности человека. Ценностные ориентации, в свою очередь, формируются в соответствии с уровнем общего развития личности, ее образованности, склонностей, убеждений.

Коммуникативную компетентность на индивидуально-психологическом уровне определяют особенности ощущений, восприятия, внимания, памяти, мышления, воли, эмоций, воображения, психическое состояние субъекта. Коммуникативную компетентность на психофизиологическом уровне определяют: тип высшей нервной деятельности, темперамент, экстра- и интровертированность, возрастные и тендерные различия. На коммуникативную компетентность психофизиологического уровня значительное влияние оказывают врожденные особенности индивида. Предложенная структура коммуникативной компетентности позволяет объяснить проявления таких составляющих коммуникативной компетентности, как коммуникативность и коммуникабельность [50].

Коммуникативная компетентность – сложное социально-психологическое

образование, выражающееся в способности человека адекватно оценивать себя, свое место среди других людей, правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния партнеров по общению, прогнозировать межличностные события, выбирать и осуществлять адекватные способы обращения с окружающими и реализовывать эти способы в процессе взаимодействия с ними. Она включает адекватную самооценку, развитые перцептивные возможности, арсенал необходимых техник общения, усвоенные нормы ролевого поведения и навыки рефлексии и управления собственными эмоциями.

Коммуникативная компетентность личности складывается из следующих способностей:

- давать социально-психологический прогноз коммуникативной ситуации, в которой предстоит общаться;
- социально-психологически программировать процесс общения, опираясь на своеобразие коммуникативной ситуации;
- «вживаться» в социально-психологическую атмосферу коммуникативной ситуации;
- осуществлять социально-психологическое управление процессами общения в коммуникативной ситуации.

Основными источниками приобретения коммуникативной компетенции являются:

- 1) соционормативный опыт народной культуры;
- 2) знание языков общения, используемых народной культурой;
- 3) опыт межличностного общения в неформальной сфере;
- 4) опыт восприятия искусства [19].

Соционормативный опыт – это основа когнитивного компонента коммуникативной компетентности личности как субъекта общения. Вместе с тем реальное существование различных форм общения, которые чаще всего опираются на соционормативный конгломерат (произвольная смесь норм общения, заимствованных из разных национальных культур), вводит личность в состояние когнитивного диссонанса. Это рождает противоречие между знанием норм об-

щения в разных его формах и тем способом, который предлагает ситуация конкретного взаимодействия. Диссонанс – источник индивидуально-психологического торможения активности личности в общении. Личность «выключается» из поля общения. Возникает поле внутреннего психологического напряжения. А это создает барьеры на пути человеческого взаимопонимания [21].

В практике подготовки личности к общению в культурах разных народов сформировался коммуникативный метод. Суть его – обучение общению через общение. В работах Г.А. Бернштам и М.М. Громыко, посвященных анализу культуры как своеобразному социально-психологическому тренингу, выявлены принципы коммуникативного метода. Во-первых, это принцип целевой обусловленности. Во-вторых, принцип индивидуализации, который позволяет сформировать индивидуальный стиль реализации соционормативной культуры общения. В-третьих, это принцип функциональности, когда осваиваемые нормы общения связываются с функциональным статусом личности в конкретных ситуациях. В-четвертых, принцип ситуативности, требующий учета коммуникативной реальности в формах взаимодействия. В-пятых, принцип актуальности, дающий возможность личности соотносить свое актуальное состояние с характером ситуации. Выделенные пять принципов коммуникативного метода формирования соционормативной культуры общения личности взяты за основу при разработке социально-психологических тренингов общения [21].

Владение соционормативной культурой общения предполагает и овладение личностью сигнификационной культурой общества. Сигнификация – это система символов и нормативных предписаний по использованию в общении. Согласно А.Ф. Лосеву, символ есть сигнификация (обозначение) действительности. Как своеобразный знак символ используется в разных качествах: и как способ организации действий, и как способ выражения отношения к партнеру общения, и, конечно, как средство организации текста сообщений, которыми обмениваются участники общения.

Однако роль сигнификации, как справедливо заметил болгарский ученый

А. Лилов, анализируя идеи Л.С. Выготского, гораздо шире – сигнификация служит стимулятором проявления творческой природы личности. Овладение сигнификацией общества – это овладение системой стимулов, которые, согласно Л.С. Выготскому, могут придать общению характер «автостимулируемого поведения». В сущности Л.С. Выготский понимает сигнификацию как регулятивный принцип поведения личности в общении.

Таким образом, знание сигнификации общества – это овладение принципами регуляции общения. Сигнификация по своей сути определяет характер социокультурной технологии общения [17].

Опыт общения занимает особое место в структуре коммуникативной компетентности личности. С одной стороны, он социален и включает интериоризированные нормы и ценности культуры, с другой – индивидуален, поскольку основывается на индивидуальных коммуникативных способностях и психологических событиях, связанных с общением в жизни личности. Динамический аспект этого опыта составляют процессы социализации и индивидуализации, реализуемые в общении, обеспечивающие социальное развитие человека, а также адекватность его реакций на ситуацию общения и их своеобразие. В общении особое значение имеет овладение социальными ролями – организатора, участника и т.п. общения. Здесь очень важен опыт восприятия искусства.

Обладая определенным уровнем коммуникативной компетенции, личность вступает в общение, имея определенный уровень самоуважения и самосознания. Личность становится персонифицированным субъектом общения. Это означает не только искусство адаптации к ситуации и свободу действий, но и умение организовать личностное коммуникативное пространство и выбрать индивидуальную коммуникативную дистанцию. Персонификация общения проявляется также и на акциональном уровне – и как овладение кодом ситуативного общения, и как ощущение допустимого в импровизациях, уместности конкретных средств общения [17].

Таким образом, логика анализа составляющих компонентов коммуникативной компетентности личности как субъекта общения выводит на три ее

уровня:

- соционормативный;
- сигнификационный;
- акциональный.

В совокупности три названных уровня и характеризуют степень коммуникативной компетентности личности как субъекта общения. Коммуникативная компетентность личности, а точнее возможность ее проявления, блокируется под воздействием психологических и социальных травм.

Блокировка нарушает проявление субъектности личности в общении, ведет к деформации ее отношений. Одновременно такая ситуация, если в нее вовлечены большие группы людей, ведет к эмоционально-негативному возбуждению социальной психики. Коммуникативные нарушения личности корригируются системой специальных методов. Их можно условно разделить на индивидуальные (компетенция психоанализа), групповые (методы «психодрам»), массовые (в том числе экстатические) [2].

Коммуникативность определяют как владение индивидом процессуальной стороной контакта, выражающееся в сознательном использовании экспрессии, владении голосом, умении держать паузу. Коммуникабельность же характеризуется владением социальной стороной контакта, выражающимся в соблюдении социальных норм, владении сложными коммуникативными умениями.

Итак, в модели коммуникативной компетентности можно выделить социально-психологический, индивидуально-психологический и психофизиологический уровни. Коммуникативная компетентность представляет собой совокупность знаний, опыта, качеств, способностей человека, позволяющая эффективно выполнять коммуникативные функции. В структуре коммуникативной компетентности выделяются поведенческие, аффективные, когнитивные, регулятивные, информационные составляющие; ядро коммуникативной компетентности составляют направленность, установки, ценностные ориентации, мировоззрение человека.

1.2 Характеристика профессиональной деятельности медицинских сестер

Особенности профессиональной деятельности медицинского персонала поликлиники таковы, что он испытывает постоянное воздействие комплекса факторов физической, химической, биологической природы, а его отдельные органы и системы подвергаются функциональному перенапряжению (это касается, например, опорно-двигательного аппарата, органа зрения, психоэмоциональной сферы) [6].

Анализу состояния здоровья медицинских работников посвящены, в частности, труды академика РАМН Н.Ф. Измерова, В.Г. Артамоновой, Н.А. Мухина; первая в Российской Федерации монография заслуженного деятеля науки РФ, профессора В.В. Косарева «Профессиональные болезни медицинских работников» (Самара, 1998); работы самарских ученых А.В. Жесткова, Б.Е. Бородулина, Г.Ф. Васюковой, Д.В. Измайлова, М.Г. Кочетковой.

Общение с пациентом в медицинской сфере происходит чаще всего в виде диалога. В течение разговора собеседники обсуждают жалобы, телесные ощущения, душевное состояние, лечение, исход болезни, иногда и диагноз.

В рамках сложившейся в современной медицине модели сотрудничества, диалог между медработником и пациентом предполагает и включает уникальность и равенство партнеров, различие и оригинальность точек зрения, ориентацию каждого на понимание и на активную интерпретацию его точек зрения партнером, ожидание ответа и его предвосхищение в собственном высказывании, соотнесение которых и является целью диалога [10].

Общение медицинского работника и пациента должно быть не простой передачей информации, а выработкой общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения.

Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии (deon – должное и logos – учение) – профессиональной этики медицинских работников. Состояние душевного ком-

форта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность.

Специфика коммуникативной деятельности медицинского работника состоит в том, что общение происходит в двух основных его формах – в одном случае это средство организации деятельности, в другом – удовлетворение потребности человека в живом контакте.

Категория общения в медицинской практике выглядит как форма деятельности и одновременно как отражение специфической потребности человека в контакте с другими людьми.

Процесс общения в медицине выступает также процессом познания. Скрупулезное изучение психологических особенностей пациентов, может иметь значение в образовании тех или иных симптомов.

Медицинский работник во взаимодействии с пациентом осуществляет разные типы общения, а именно: деловое общение, воспитательное воздействие, диагностическая беседа, интимно-личностное общение.

На формирование взаимоотношений влияют половые и возрастные различия, уровень образования, социальный статус.

Тем не менее, обобщая многообразие видов описанного в литературе ролевого поведения медработника и пациента, можно выделить несколько моделей взаимоотношений в системе «Медработник – пациент»:

Руководство. Основной, базовой моделью отношений «медработник-больной» в медицине остается руководство – властная, авторитарная модель с жесткой структурой при ведущей роли медицинского работника. Медработник доминирует в этих взаимоотношениях, занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения; все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса принимает он сам и берет на себя всю полноту ответственности: как юридическую, так и моральную и психологическую.

В случае модели руководства больной остается подчиненным, сравнительно малоактивным, зависимым, пассивным объектом терапии. Сокращение психологической дистанции с пациентом при этом недопустимо: приятельские, дружеские отношения между медработником и больным рассматриваются как

нарушения профессиональной этики со стороны медработника. Модель руководства – ведущая в клинике внутренних болезней, в акушерстве и гинекологии, стоматологии, хирургии, травматологии.

Партнерство. Партнерская модель взаимоотношений «медработник-больной» более демократична. Как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза она предполагает активное участие пациента в лечебном процессе. При этом предполагается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства. Однако и здесь личные отношения остаются нежелательными. Партнерская модель используется в медицине в ряде особых ситуаций: при решении вопроса об операции, в особенности, при вероятности летального исхода; в случае, когда в роли пациента оказывается врач или лицо с высоким социальным статусом. Подобная модель взаимоотношений широко используется в психотерапии.

Контрактная модель. В условиях платной медицины сложилась контрактная (договорная) модель взаимоотношений «медработник – больной». Она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. В рамках контрактной модели медработник и пациент приступают к лечению на основе соглашения (контракта) относительно общего понимания болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза, стратегии лечения. Это соглашение может быть определено уже при первой встрече [16].

Медработник, с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии, прогнозирует с определенной долей вероятности выраженность эмпатической коммуникации, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения.

Юридическую ответственность за результаты лечения в любом случае несет медработник, но психологическая ответственность в определенной степени лежит на больном.

Оплачивая медицинские услуги, пациент получает право выбирать врача. Он полагает, что, заключая контракт, располагает гарантиями на квалифицированную помощь и ее доступность (установленное совместно расписание посещений), право на прерывание курса лечения и смену врача, медсестры, обслуживающего персонала.

Больной ожидает, что с ним будут согласованы важнейшие этапы лечения. Медработник же предъявляет к пациенту требования сотрудничества в процессе терапии, выполнения соответствующих врачебных рекомендаций и правил, в частности, требования следовать здоровому образу жизни.

Современная поликлиника является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

В ее функции входят: оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах; лечение больных при обращении в поликлинику и на дому; организация и проведение диспансеризации; экспертиза временной нетрудоспособности; освобождение больных от работы; направление на ВТЭК лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности; направление больных на санаторно-курортное лечение; своевременная госпитализация нуждающихся в стационарном лечении.

Поликлиника проводит большую профилактическую работу, противоэпидемические мероприятия, санитарно-просветительную работу среди населения обслуживаемого района и изучает здоровье прикрепленного контингента населения, выявляет раннюю заболеваемость, организует статистический учет и анализ показателей состояния здоровья населения, изучает заболеваемость с временной утратой трудоспособности на прикрепленных промышленных предприятиях [25].

Поликлиники тесно взаимодействуют со стационарами, направляя туда пациентов в экстренном или плановом порядке. Больные поступают в больницы по централизованной и децентрализованной системе.

Первая организуется системой «Скорой медицинской помощи», при второй пациенты госпитализируются в стационары, к которым прикреплена поликлиника. Особое внимание уделяется полноте и качеству обследования больных в поликлинике, что сократит сроки их пребывания в больнице. Направляя пациента в стационар, врачи поликлиники обязаны грамотно и достоверно заполнить медицинскую документацию и приложение с полным списком обследований и их результатов, тогда как стационар после выписки больного должен предоставить поликлинике информацию о дальнейших лечебных или реабилитационных мероприятиях.

Одним из основных кабинетов, выполняющих профилактические мероприятия, является кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения, входящий в состав отделения профилактики.

В структуру поликлиники также может входить отделение неотложной медицинской помощи, если данная служба отсутствует в городе. Огромное значение имеют кабинеты диагностики: эндоскопический, рентгеновский, лаборатория, кабинет функциональной диагностики.

Структурными подразделениями подобной поликлиники также являются регистратура, административно-хозяйственная часть, кабинет оформления медицинских документов и медицинской статистики.

В районе своего функционирования поликлиника должна выполнять определенные задачи: организовывать и проводить комплексные мероприятия по предупреждению и снижению заболеваний; обеспечивать квалифицированную помощь населению [36].

Одним из основных мероприятий, организуемых поликлиникой, является диспансеризация, которая включает обследование лиц с онкологической, кардиологической патологией.

Диспансеризация охватывает также работников промышленных предприятий, учащихся школ и других учебных заведений. Работники поликлиники, как и других лечебно-профилактических учреждений, должны пропагандировать здоровый образ жизни и сами вести его.

Исходя из вышеперечисленных задач, поликлинические учреждения обеспечивают первую помощь в экстренных случаях (при отравлениях, травмах).

Особенностью поликлинической деятельности является оказание врачебной помощи по вызовам на дом, для чего врачам отводятся дополнительные часы. Как правило, больные, которых посещают специалисты поликлиники, находятся на постельном режиме и не имеют возможности прийти к доктору. Специалисты поликлинических служб должны точно диагностировать и своевременно выявлять заболевания на ранних стадиях.

В перечень функций поликлиники также входит оказание квалифицированной медицинской помощи. При необходимости стационарного лечения поликлиника обязана провести тщательное медицинское обследование пациента и письменно представить заключение специалистов в стационар, куда направляется больной.

Поликлинические службы должны обеспечивать реабилитацию и систематическое наблюдение пациентов, выписавшихся из больниц. В обязанности поликлиники также входят непрерывный контроль и оценка состояния здоровья школьников, студентов и условий их труда и быта. Тесное взаимодействие с СЭС позволяет осуществлять мероприятия по предотвращению и снижению инфекционных заболеваний.

Поликлинические службы должны обеспечивать полное обследование временно или стойко нетрудоспособных пациентов. Затем таким больным выдается (а при необходимости продлевается) лист нетрудоспособности. Специалисты поликлиник должны проинформировать пациента со стойкой утратой трудоспособности, как рационально подобрать место работы. Квалификация сотрудников поликлиник (средних медицинских работников и докторов) должна подтверждаться или повышаться каждые пять лет, что достигается определенными мероприятиями, которые обязана проводить поликлиника [36].

В настоящее время идет интенсивная работа по ускоренному развитию сети поликлиник и улучшению их оснащенности медицинским оборудованием.

Также в поликлиниках планируется открыть профилактические и реабилитационные отделения. Большое внимание уделяется тесному сотрудничеству поликлиник с другими медицинскими учреждениями – стационарами и диспансерами. Итог работы поликлинических служб во многом определяется правильно организованными этапами оказания медицинской помощи.

Сегодня идет работа по созданию поликлиник нескольких уровней. К первому относятся поликлиники, основная работа которых включает оказание первичной помощи и проведение профилактических мероприятий. Поликлиники второго уровня осуществляют амбулаторную медицинскую помощь.

К третьему уровню относятся поликлиники, в перечень услуг которых входят обследование и лечение больных по узкому профилю.

Для регистрации лечения, диагностики пациента в поликлинике существует ряд документов. Каждый из них имеет свой формат, вид (бланк или журнал) и срок хранения. Минздрав России утвердил образец каждого документа и правила его оформления.

В настоящее время вся документация подвергается унификации, что заметно улучшает разбор данных и позволяет обрабатывать их с помощью компьютера. Ведение поликлиникой медицинской документации необходимо для осуществления различных функций, таких как оказание квалифицированной медпомощи, улучшение состояния здоровья населения.

Также учет документов позволит проанализировать качество функционирования поликлинических учреждений и обеспечит информирование об этом различные структуры здравоохранения.

Вся документация делится по группам. К первой относится «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 25/у-87) и «История развития ребенка» (форма № 112/у); в женских консультациях – «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (форма № 111/у), в дошкольных и школьных учреждениях – «Медицинская карта ребенка» (форма № 026/у). Вышеперечисленные документы обеспечивают учет результатов наблюдений состояния пациента на этапе его лечения в поликлинике.

Следующая группа документов обеспечивает взаимосвязь между звеньями оказания медпомощи, включающая важную информацию о больном.

В нее входят «Выписка из медицинской карты амбулаторного больного» (форма № 027/у); «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (форма № 058/у) и другие.

К третьей группе документов относятся «Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации» (форма № 039/у); «Журнал учета процедур» (форма № 029/у). В них ведется учет работы, которую выполняют сотрудники, с ежедневной записью отработанного времени.

Существует также документация, используемая на станциях «Скорой помощи», в учреждениях судебно-медицинской экспертизы, лабораториях, входящих в состав медицинских учреждений, в санитарно-профилактических учреждениях.

В последнее время появляются новые учетные документы. Один из них – «Карта учета диспансеризации» (форма № 131/у-86). Этот документ позволяет учитывать численность населения и одновременно вести учет диагностических и лечебных мероприятий.

Каждый из медработников поликлиники должен достоверно, грамотно, полно и своевременно производить записи в медицинских документах.

Содержание медицинской документации не разглашается, относится к понятию «врачебная тайна» и доступно лицам, которые связаны с ним профессионально.

Лечебно-профилактические подразделения:

- терапевтические отделения, кабинет для оказания медицинской помощи подросткам;
- хирургическое отделение (кабинет): централизованная стерилизационная;
- цеховое терапевтическое отделение;
- травматологическое отделение (кабинет);

- урологический кабинет;
- стоматологическое отделение (кабинет); кабинет терапевтической стоматологии; кабинет хирургической стоматологии;
- зубопротезное отделение (кабинет) – содержится на хозрасчете за счет спецсредств;
- офтальмологическое отделение (кабинет);
- отоларингологическое отделение (кабинет);
- неврологическое отделение (кабинет);
- кардиологический кабинет;
- ревматологический кабинет.
- лечебно-профилактические подразделения II
- эндокринологический кабинет;
- кабинет инфекционных заболеваний;
- женская консультация (при отсутствии в составе роддома);
- врачебные здравпункты;
- фельдшерские здравпункты;
- отделение восстановительного лечения;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет): кабинет лечебной физкультуры; кабинет механотерапии; кабинет трудотерапии; кабинет логопедии, психологии;
- диспансерное отделение (кабинеты), детские поликлинические отделения – при отсутствии в городе (городском административном районе) соответствующих диспансерных отделений и детских поликлиник;
- отделения «Скорой и неотложной помощи» – при отсутствии в городе станций «Скорой и неотложной медицинской помощи»;
- процедурный кабинет.

Вспомогательные диагностические отделения:

- рентгеновское отделение (кабинет);
- лаборатория;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;

- эндоскопический кабинет [44].

Таким образом, проанализировав профессиональную деятельность медицинской сестры, можно сделать вывод о том, что ее труд ориентирован на больного человека, личность которого изменена и дополнена теми особенностями, которые привнесла болезнь в результате перестройки функционирования его физиологических систем и нарушения социальных связей. Характер поведения медицинской сестры может влиять на течение болезни и состояние больного, тем самым, делая профессиональное общение таким же фактором деятельности как лечебные и диагностические процедуры.

Отсутствие у медсестры знаний, умений и навыков профессионального общения делает его абсолютно профессионально непригодным.

1.3 Динамика коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности медицинских сестер

Коммуникативная компетентность медицинской сестры – профессионально значимое качество. Профессия медицинской сестры предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с пациентами, их родственниками, медицинским персоналом – от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность медицинской сестры. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач.

Психологическая сторона отношений «медицинская сестра – больной» важна и в условиях платной медицины, когда пациент выступает в роли «заказчика» и оплачивает услуги. В этом случае он ориентируется не только на «профессионализм», но и на чисто человеческие, личностные качества медицинской сестры: насколько она внушает доверие и уважение, внимательна и отзывчива, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдель-

ных случаях психологические качества медицинской сестры для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки.

В работе А. Георгиевского и Д. Боброва приведены представления больных об образе медицинской сестры. Самыми существенными были признаны следующие качества: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, то есть преобладали коммуникативно значимые черты. Качества личности медицинской сестры, формирующие эмоциональный контакт, оценивались пациентами особенно высоко.

В.А. Ташлыков при экспериментально-психологическом исследовании получил сходные данные. Он представил «эталон» медицинской сестры. С наибольшей частотой пациенты указывали на следующие 10 наиболее существенных, по их мнению, качеств медицинской сестры: ум – 74 (в процентах от общего числа больных), внимательность – 57 %, увлеченность работой – 52 %, чуткость – 49 %, тактичность – 49 %, терпеливость – 49 %, чувство долга – 45 %, спокойствие – 40 %, серьезность – 38 %, чувство юмора – 38 %. Эталон медицинской сестры изменялся в зависимости от клинической формы невроза, пола и возраста больных. Например, больные истерией (F44) предпочитали эмоциональный, «сопереживающий» тип медицинской сестры, и подчеркивали важность для них таких личностных характеристик медицинской сестры как чуткость, доброта, терпеливость; больные неврастением (F48.0) предпочитали «нейтральный», рабочий тип общения (внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга) [44].

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение медицинской сестрой собственными эмоциями, способ-

ность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, медицинская сестра должна уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) – терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени медицинская сестра переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «медицинская сестра – больной» возникают отношения дружбы, психологической близости, зависимости, любви. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности медицинской сестры означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Умение общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми формируется в процессе взаимодействия с окружающими, по мере накопления опыта отношений в различных социальных ситуациях, выполнения разных видов деятельности. В общении формируются и проявляются свойства личности: тревожность, агрессивность, ригидность и т. д. Во взаимодействии со складывающимися психологическими особенностями личности развивается и коммуникативная компетентность [44].

В основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В конфликтных ситуациях, в случае обострения взаимоотношений присутствие рядом эмоционально близких людей стабилизирует картину мира и самооценку, укрепляет позиции, позволяет более точно и адекватно реагировать на происходящие события. Известно, что в состоянии тревоги повышается потребность в других людях, само их присутствие рядом снижает уровень тревоги, уменьшает интенсивность негативных эмоциональных переживаний.

Для человека наличие социальных связей столь важно, что уже только их недостаточность считается возможной причиной развития стресса. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, в литературе обозначается термином «аффилиация» – потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне (психологически) аффилиация выступает в виде чувства привязанности и верности, а внешне – в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения.

Э. Хекхаузен определяет аффилиацию как определенный класс социальных взаимодействий, имеющих повседневный и в то же время фундаментальный характер. Содержание таких взаимодействий заключается в общении со знакомыми, малознакомыми и незнакомыми людьми, и такая их поддержка, которая приносит удовлетворение, увлекает и обогащает. В работе медицинской сестры, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться

как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии.

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

В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости, агрессивности. В большинстве случаев наблюдается также астения в качестве одной из наиболее распространенных и неспецифических форм психического реагирования на разнообразные внутренние и внешние патогенные факторы: психогенной, травматической, соматогенной и другой природы. Больные, с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности медицинской сестры. Особенно это важно для больных с тяжелыми психическими расстройствами. Так, одним из возможных психологических способов повышения уровня социальной адаптации больных шизофренией (F20 – F29) является вербализация разнообразных впечатлений и представлений, их систематизация и обобщение, меняющие картину мира больного и стабилизирующие его [10].

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «медицинская сестра – больной», является также эмпатия – способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного.

Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной (познавательной) эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности медицинской сестры, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества медицинской сестры могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности медицинской сестры, является и сенситивность к отвержению. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет медицинской сестре своеобразную «обратную связь», позволяющую ей корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больным. В то же время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки медицинской сестры, блокирует ее аффилиативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности.

Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет медицинскую сестру сомневаться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы. Неуверенность в собственной профессиональной состоятельности может стать причиной психической травматизации и приводить к эмоци-

ональным расстройствам.

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

Тревога – это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) – обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности.

Тревожность в качестве свойства личности позволяет медицинской сестре чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Больным это воспринимается как понимание со стороны медицинской сестры, ее не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «медицинская сестра – больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у медицинской сестры прерывают ее

коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога медицинской сестры «передается» больному и дополнительно дезорганизует его. Под влиянием тревоги могут нарушаться различные функции организма, который реагирует, например, нарушениями сна, снижением аппетита, либо, напротив, его повышением (у некоторых больных в состоянии тревоги возникает булимия, F50.2). Повышенная тревожность отмечается у многих пациентов, страдающих различными заболеваниями, и ее усиление под влиянием страха, переживаемого медицинской сестрой, крайне не желательно. В этом случае больной может почувствовать безнадежность своего состояния, перестает верить в возможность выздоровления. Медицинские сестры с высокой личностной тревожностью, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для больных, которые предпочитают более стабильных и эмоционально уравновешенных медработников [44].

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

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление

доверительных отношений «медицинская сестра – больной» – глубокая интровертированность медицинской сестры. Интроверсия – термин, введенный в психологию Юнгом, определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, по-своему, субъективно интерпретирующим окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими.

Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. Эти качества способны снизить коммуникативную компетентность медицинской сестры, выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению. Интровертированность, выраженная в значительной степени, затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки.

Умение общаться с больными – коммуникативная компетентность медицинской сестры – искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Вначале, на ранних этапах обучения, начиная взаимодействовать с больными, будущие медицинские сестры часто бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, которых особенно уважают, на чье мнение ориентируются, перенимая у них манеру общения с больными, особенности невербального поведения (жесты, мимические реакции, позы, манеру сидеть, разговаривая с больным), интонации, заимству-

ют из их словаря ключевые фразы (первую фразу, с которой начинается контакт с пациентом, последнюю фразу с заключительными обобщающими формулировками). По мере накопления опыта профессионального общения молодая медицинская сестра уже осознанно начинает использовать разнообразные психологические навыки, облегчающие общение с больным. Чем больше стаж работы медицинской сестры, тем больше внимания она уделяет психологическим аспектам терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной компетентности, во многом обеспечивающей эффективность профессионального взаимодействия [10].

Коммуникативная компетентность в той или иной степени присуща всем без исключения людям и у многих из них формируется стихийно. В профессиях типа «человек – человек» она становится профессионально значимой. Кроме того, следует отметить, что для каждой профессии необходимо владение профессиональной коммуникативной компетентностью, так как каждая профессия требует владения специфическим профессиональным языком.

Коммуникативная компетентность определяется умением выбрать тон общения: дружеский, официальный или снисходительный. Дружеский тон уместен во всех ситуациях, официальный – подходит при выполнении профессиональных обязанностей в незнакомом окружении. В официальной обстановке уместно придерживаться социально-ролевых стереотипов в поведении, характер которого часто регламентируется должностными инструкциями. Коммуникативная компетентность проявляется во владении стратегией речевого общения, которая определяет цели достижения долговременных результатов (завоевание авторитета, воздействие на мировоззрение, призыв к сотрудничеству) [27].

Итак, коммуникативную компетентность можно определить, как способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми и рассматриваем как интегральное, относительно стабильное, целостное психологическое образование, проявляемое в индивидуально-психологических, личностных особенностях в поведении и общении конкретного индивида.

В коммуникативной активности личности в той или иной мере проявляются темперамент и характер индивида, эмоционально-волевые качества, способности, уровень развития интеллекта, направленность, установки, ценностные ориентиры другие индивидуально-психологические и личностные качества.

Для общей и профессиональной успешности современного сотрудника большую роль играет уровень развития коммуникативной компетентности, которая исследуется в контексте проблематики общения, взаимодействия и социальной перцепции. Коммуникативная компетентность определяется как сложная личностная характеристика, включающая коммуникативные способности и умения, психологические знания в области общения, свойства личности, психологические состояния, сопровождающие процесс общения.

Социальная компетентность рассматривается как показатель развития социальных способностей, социальной одаренности. Эта категория в широком смысле отражает соотношение субъектности и социальности личности как имманентно присущих ей характеристик в качестве субъекта взаимодействия с различными агентами социума. Человек как субъект профессиональной деятельности выступает одновременно носителем технологической компетентности в определенной сфере и партнером социального взаимодействия.

Психологическая компетентность сотрудника проявляется в контексте профессиональной деятельности и общения, профессионального развития, а также в социальном взаимодействии. Каждый вид психологической компетентности имеет свое специфическое функциональное назначение и по-разному влияет на профессиональное развитие. Когнитивная компетентность обеспечивает эффективное решение профессиональных задач.

Коммуникативная компетентность дает возможность успешно позиционировать себя как субъекта общения, продуцируя позитивные отношения с другими, эффективное решение проблем профессионального взаимодействия, и обеспечивает оптимальное транслирование смыслов, ценностей, технологий, содержания предмета деятельности, конструктивных моделей взаимодействия с

миром.

Развитие коммуникативной компетентности играет важную роль, так как умение устанавливать контакт, привлекать союзников, выстраивать адекватные коммуникативные сети – неотъемлемая часть профессиональной деятельности сотрудника. Современные технологии и техники менеджмента требуют высокого уровня развития процессов самоконтроля, саморегуляции, способности управлять функциональными состояниями [28].

Деятельность сотрудника многоаспектна и, прежде всего, связана с большими информационными потоками, которые требуют различного рода трансформации и выделения смысловых осей. В ходе исследования было показано, что существуют определенные этапы формирования психологической компетентности как профессионально значимого качества сотрудника:

- общепсихологическая подготовка по специальным учебным программам, включающая вопросы социальной психологии предпринимательства;
- изучение методов экспресс-диагностики состояния собеседника психогигиены умственной деятельности и психогигиены общения;
- деятельность психологической службы, реализующей просветительскую, диагностическую, консультативную и коррекционно-развивающую функции сопровождения развития человека в процессе профессиогенеза;
- осознание роли психологической компетентности специалиста в успешности освоения профессиональной деятельности;
- систематическое проведение тематических тренингов, направленных на развитие социально-психологических умений и навыков, умений самопрезентации и саморегуляции, а также тренингов сензитивности, уверенного поведения [30].

В качестве критериев сформированности коммуникативной компетентности при моделировании ее развития могут рассматриваться уровень мотивации компетентности, психологическая готовность быть компетентным, признание себя компетентным сотрудником, уровень компетентности, успешность реализации компетентного индивидуального стиля и качественные показатели дея-

тельности.

Таким образом, можно сделать вывод, что коммуникативная компетентность заключается в умении быть внимательным, вежливым, искренне доброжелательным по отношению к собеседнику, в умении слушать и понимать собеседника, готовности поступиться своими целями ради достижения взаимоприемлемого компромисса. Умение слушать и понимать, ответная реакция на информацию коммуникатора зависит от мотивов коммуникации, убеждений, цели, намерений, настроения, особенностей характера и многих других факторов, действующих на содержание и характер передаваемой и принимаемой информации, а также на поведение партнеров по общению.

2 ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С РАЗНЫМ СТАЖЕМ РАБОТЫ

2.1 Организация и методы исследования

Исследование особенностей коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы было организовано на базе государственного автономного учреждения здравоохранения Амурской области «Городская поликлиника № 3» г. Благовещенска. В исследовании приняли участие 28 медицинских сестер поликлиники. Возраст испытуемых от 25 до 49 лет. В соответствии с целью исследования все испытуемые были разделены на 2 группы в зависимости от стажа работы. Первую группу составили 12 медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет. Вторую группу составили 16 медицинских сестер со стажем работы более 10 лет.

Задачи исследования:

- определить уровень развития коммуникативных и организаторских склонностей медицинских сестер с разным стажем работы;
- определить ведущую коммуникативную направленность медицинских сестер;
- выявить ведущий стиль коммуникативного взаимодействия испытуемых;
- сравнить результаты исследования разных групп, используя статистические процедуры.

В исследовании проверялось предположение о том, что коммуникативная компетентность медицинских сестер с разным стажем работы имеет свои особенности. Медицинские сестры с небольшим стажем работы имеют более высокий уровень развития коммуникативных и организаторских умений, в общении направлены на другого человека, при соблюдении собственных интересов. Их стиль коммуникативного взаимодействия более эффективен, чем стиль взаимодействия медицинских сестер с большим стажем работы.

Этапы исследования.

На первом этапе были уточнены цели и задачи, в соответствии с которыми были подобраны методики для исследования.

Для решения поставленных задач были отобраны психодиагностические методики, которые отвечают определенным требованиям:

- высокая надёжность и валидность методики, подтверждённая, в том числе, частотой и количеством её применения на практике;
- возможность получения по одной методике широкого диапазона личностных характеристик, что позволяет сократить количество самих применяемых методик;
- возможность использования методики при групповом обследовании.

Для определения уровня развития коммуникативных и организаторских склонностей испытуемых в работе использовалась методика «Коммуникативные и организаторские склонности» Б.А. Федоришина (приложение А).

Для определения ведущей коммуникативной направленности испытуемых использовалась методика «Диагностика коммуникативной направленности личности» С.Л. Братченко (приложение Б).

Для выявления ведущего стиля коммуникативного взаимодействия был использован «Тест коммуникативных умений» Л. Михельсона, в адаптации Ю.З. Гильбуха (приложение В).

Второй этап исследования состоял в сборе диагностической информации. Опрос был проведен в индивидуальной форме. Каждому испытуемому были розданы тексты опросников, бланки ответов к ним. Был разъяснен порядок работы с методикой, объяснена инструкция, а также даны ответы на возникшие у испытуемых вопросы. На заполнение бланков ответов испытуемые затрачивали в среднем от 20 до 35 минут.

Третий этап исследования состоял в обработке и интерпретации полученных данных. На этом этапе подсчитывались результаты, как для каждого испытуемого, так и для группы испытуемых в целом. Составлялись описания результатов по каждой из методик, проводилась статистическая обработка результатов исследования, оформлялся текст работы.

Для статистической обработки результатов проведенного исследования был использован критерий U Манна – Уитни. Данный критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню выраженности какого-либо количественно измеренного признака. Использование критерия Манна – Уитни позволило выявить именно те особенности коммуникативной компетентности испытуемых, которые присущи только группе медицинских сестер со стажем работы менее 5 лет и со стажем работы более 10 лет.

Алгоритм расчета критерия U Манна – Уитни выглядит следующим образом:

- перенести все данные испытуемых на индивидуальные карточки;
- пометить карточки испытуемых выборки 1 одним цветом, а все карточки из выборки 2 – другим;
- разложить все карточки в единый ряд по степени нарастания признака, не считаясь с тем, к какой выборке они относятся, как если бы работа велась с одной большой выборкой;
- проранжировать значения на карточках, приписывая меньшему значению меньший ранг. Всего рангов получится столько, сколько испытуемых в обеих группах (n_1+n_2);
- вновь разложить карточки на две группы, ориентируясь на цветные обозначения;
- подсчитать сумму рангов отдельно для выборки 1 и для выборки 2. Проверить, совпадает ли общая сумма рангов с расчетной;
- определить большую из двух ранговых сумм;
- определить значение U по формуле:

$$U = (n_1 \times n_2) + \frac{n_x \times (n_x + 1)}{2} - T_x \quad (1)$$

где n_1 – количество испытуемых в выборке 1;

n_2 – количество испытуемых в выборке 2;

T_x – большая из двух ранговых сумм;

n_x – количество испытуемых в группе с большей суммой рангов.

Опишем использованные в работе методики.

«Коммуникативные и организаторские склонности» (Федоришин Б.А.).

Опросник состоит из 40 утверждений, 20 из которых направлены на определение уровня развития коммуникативных способностей и 20 – на определение уровня развития организаторских способностей. Испытуемых просят выразить свое согласие или несогласие с приведенными утверждениями.

Обработка полученных результатов проводится в три этапа:

- ответы испытуемого, сравниваются с ключом, и подсчитывается количество совпадений отдельно по коммуникативным и организаторским способностям;

- вычисляются оценочные коэффициенты коммуникативных (K_k) и организаторских (K_o) способностей как отношение количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений;

- качественная оценка результатов проводится путем сопоставления полученных коэффициентов со шкальными оценками.

Данная методика позволяет распределить испытуемых по уровню развития коммуникативных и организаторских способностей на пять групп:

- испытуемые с низким уровнем проявления коммуникативных и организаторских способностей;

- испытуемые с уровнем проявления коммуникативных и организаторских способностей ниже среднего;

- испытуемые со средним уровнем проявления коммуникативных и организаторских способностей;

- испытуемые с уровнем проявления коммуникативных и организаторских способностей выше среднего;

- испытуемые с высоким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей.

Методика «Диагностика коммуникативной направленности личности (Братченко С.Л.) предназначена для изучения направленности личности в общении, понимаемой как совокупность более или менее осознаваемых личност-

ных смысловых установок и ценностных ориентаций в сфере межличностного общения, включающая представления о смысле общения, его целях, средствах, желательных и допустимых способах поведения в общении.

Методика относится к проективным, в ее основе – метод неоконченных предложений. С ее помощью могут изучаться индивидуальные особенности коммуникативной компетентности, этического сознания, важные аспекты профессионального сознания представителей коммуникативно насыщенных профессий (педагогов, врачей, продавцов, менеджеров и представителей многих других профессий относящихся к соционическим профессиям). Базовая форма методики не имеет профессиональной спецификации и может быть использована для получения более общей характеристики направленности в общении.

Теоретической основой методики является концепция диалога (Бахтин М.М., Бубер М., Хараш А.У. и др.), на базе которой автором в специальном исследовании (Братченко С.Л.) были выделены шесть основных видов направленности в общении: диалогическая коммуникативная направленность (Д), авторитарная (АВ), манипулятивная (М), альтероцентристская (АЛ), конформная (К), индифферентная (И). Эти виды коммуникативной направленности характеризуются основными признаками (которые служат одновременно и для оценки проективного материала).

Диалогическая направленность (Д) – ориентация на равноправное общение, основанное на уважении и доверии.

Авторитарная направленность (АВ) – ориентация на доминирование в общении, стремление подавить личность собеседника, подчинить его себе, «коммуникативная агрессия».

Манипулятивная направленность (М) – ориентация на использование собеседника и всего общения в своих целях, для получения разного рода выгоды, отношение к собеседнику как к средству, объекту своих манипуляций.

Альтероцентристская направленность (АЛ) – добровольная «центрация» на собеседнике, ориентация на его цели, потребности и т. д., жертвование своими интересами, целями, стремление понять запросы другого с целью их

наиболее полного удовлетворения.

Конформная направленность (К) – отказ от равноправия в общении в пользу собеседника, ориентация на подчинение силе авторитета, уход от противодействия;

Индифферентная направленность (И) – отношение к общению, при котором игнорируется оно само со всеми его проблемами, «уход» от общения как такового.

На выявление степени выраженности у респондентов каждого из шести видов направленности в общении и нацелена данная методика. Методика прошла соответствующие психометрические процедуры и показала достаточную ретестовую надежность и конструктивную валидность.

Испытуемым предлагается следующая инструкция: «Ниже перечислены варианты поведения в различных ситуациях общения. Вам предлагается выбрать для каждой ситуации тот вариант, который в наибольшей степени соответствует предпочитаемому Вами стилю общения с людьми (с друзьями, знакомыми и т.п.). Предложенные пять вариантов не исчерпывают всё многообразие общения. Поэтому, если ни один из предложенных вариантов не соответствует Вашему представлению об общении, то сформулируйте свой вариант и впишите его под номером 6. Номер выбранного Вами (или сформулированного самостоятельно) варианта для каждой ситуации выпишите на отдельный лист.

Будьте внимательны и аккуратны. Отвечать следует строго в порядке предъявления ситуаций; добавлять или исправлять ответы после ознакомления с последующими ситуациями не допускается. Постарайтесь быть искренними – помните, что здесь не может быть «хороших» или «плохих» ответов, важно лишь, чтобы они отражали Ваше мнение».

После того как испытуемые заполняют бланки ответов, экспериментатор в соответствии с ключом методики проводит обработку полученных данных. Максимальное количество баллов по каждой из типов направленностей составляет 20. Ведущей коммуникативной направленностью испытуемого является та направленность, по которой было набрано самое большое количество баллов.

При одинаковом количестве баллов по разным направленностям, можно говорить, что они выражены в одинаковой степени, а испытуемый имеет широкий ценностно-мотивационный репертуар коммуникативного поведения.

Тест коммуникативных умений Л. Михельсона (в адаптации Гильбуха Ю.З.). Тест предназначен для определения уровня коммуникативной компетентности и качества сформированности основных коммуникативных умений.

Испытуемому предлагается следующая инструкция: «Мы просим Вас внимательно прочитать каждую из описанных ситуаций и выбрать один вариант поведения в ней. Это должно быть наиболее характерное для Вас поведение, то, что Вы действительно делаете в таких случаях, а не то, что, по вашему, следовало бы делать».

Данный тест представляет собой разновидность теста достижений, то есть, построен по типу задачи, у которой есть правильный ответ. В тесте предполагается некоторый эталонный вариант поведения, который соответствует компетентному, уверенному, партнерскому стилю. Степень приближения к эталону можно определить по числу правильных ответов. Неправильные ответы подразделяются на неправильные «снизу» (зависимые) и неправильные «сверху» (агрессивные).

Опросник содержит описание 27 коммуникативных ситуаций. К каждой ситуации предлагается 5 возможных вариантов поведения. Надо выбрать один, присущий именно ему способ поведения в данной ситуации. Нельзя выбирать два или более вариантов или приписывать вариант, не указанный в опроснике.

Для обработки результатов предлагается ключ, с помощью которого можно определить, к какому типу реагирования относится выбранный вариант ответа: уверенному, зависимому или агрессивному.

В итоге предлагается подсчитать число правильных и неправильных ответов в процентном отношении к общему числу выбранных ответов. Все вопросы разделены авторами на 5 типов коммуникативных ситуаций:

- ситуации, в которых требуется реакция на положительные высказывания партнера;

- ситуации, в которых требуется реагировать на отрицательные высказывания;
- ситуации, в которых к испытуемому обращаются с просьбой;
- ситуации беседы;
- ситуации, в которых требуется проявление эмпатии (понимание чувств и состояний другого человека).

Обработка и анализ результатов проводится в несколько этапов. Сначала определяют, какой способ общения был выбран в каждой предложенной ситуации в соответствии с ключом. Затем необходимо проанализировать, какие умения сформированы у испытуемого, какой тип поведения у него преобладает.

Методика позволяет выделить ряд коммуникативных умений:

- умение оказывать и принимать знаки внимания (комплименты);
- реагирование на справедливую критику;
- реагирование на несправедливую критику;
- реагирование на задевающее, провоцирующее поведение со стороны собеседника;
- умение обратиться к окружающим с просьбой;
- умение ответить отказом на чужую просьбу, сказать «нет»;
- умение самому оказать сочувствие, поддержку;
- умение самому принимать сочувствие и поддержку со стороны;
- умение вступить в контакт с другим человеком, контактность;
- реагирование на попытку вступить с тобой в контакт.

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

Для определения уровня выраженности коммуникативных и организаторских склонностей использовалась методика Б.А. Федоришина «Коммуникативные и организаторские склонности». Полученные данные представлены на рисунках 1 – 2. На рисунке 1 представлена частота встречаемости в исследуемых группах различных уровней выраженности коммуникативных склонностей. Данные рисунка 1 показывают, что уровень развития коммуникативных склонностей испытуемых разных групп отличается.

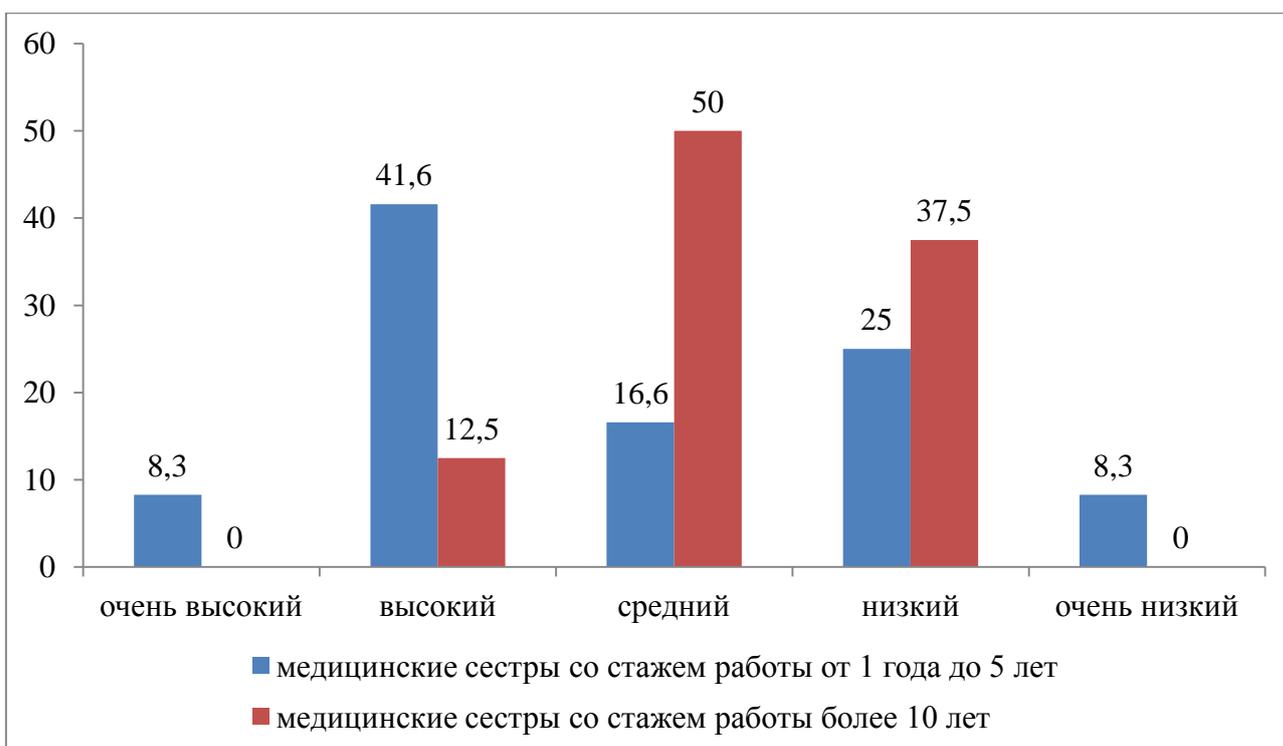


Рисунок 1 – Уровень выраженности коммуникативных склонностей медицинских сестер с разным стажем работы

Из рисунка 1 видно, что в группе медицинских сестер со стажем работы более 10 лет не выявлено испытуемых с очень высоким или очень низким уровнями выраженности коммуникативных склонностей. Это связано с определенностью их жизненной позиции как в личной так и в профессиональной сфере. Они не занимают крайних позиций, понимая, что такое поведение деструктивно по своей природе и мало результативно.

В группе медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет большая часть испытуемых имеет высокий уровень выраженности коммуникативных склонностей (41,6 % – высокий и 8,3 % – очень высокий). Данный уровень выраженности коммуникативных склонностей предполагает, что они быстро ориентируются в трудных ситуациях, непринужденно ведут себя в новом коллективе, инициативны, отстаивают свое мнение и добиваются, чтобы оно было принято товарищами. Они сами ищут такие дела, которые бы удовлетворяли их потребности в коммуникативной деятельности. Часто первые проявляют инициативу в общении.

Средний уровень развития коммуникативных способностей имеют 16,6 %

медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет. Такие испытуемые характеризуются не высокой устойчивостью коммуникативного потенциала. Они стремятся к контактам с людьми, к общественной работе, однако часто делают это по принуждению.

Значительная часть испытуемых этой группы продемонстрировала низкий (25 %) и очень низкий (8,3 %) уровень выраженности коммуникативных склонностей. Эти испытуемые характеризуются отсутствием стремления к общению, скованностью, предпочитают проводить время наедине с самим собой. Они испытывают трудности в установлении контактов с людьми и в выступлениях перед аудиторией.

Такой уровень развития коммуникативных склонностей затрудняет деятельность в профессиональной сфере «человек – человек». В такой ситуации, когда профессия испытуемых предъявляет высокие требования к их коммуникативной компетентности, а с другой стороны выраженный низкий уровень развития коммуникативных умений позволяет предположить и наличие у них высокого уровня выраженности профессионального стресса.

В группе медицинских сестер со стажем работы более 10 лет было выявлено несколько иное распределение испытуемых по уровням выраженности коммуникативных склонностей.

Только 12,5 % испытуемых в данной группе обладают высоким уровнем выраженности коммуникативных склонностей. Такие люди легко устанавливают контакт с окружающими. Им легко взаимодействовать, они не испытывают неловкости при общении с малознакомыми людьми.

Испытуемые с таким уровнем выраженности коммуникативных склонностей активно принимают участие в различных корпоративных мероприятиях, способны принять трудное самостоятельное решение. Все это получается у них легко, без принуждения. У них есть внутренний мотив, побуждающий вести себя именно таким образом.

Большая часть испытуемых этой группы (50 %) продемонстрировали средний уровень выраженности коммуникативных склонностей. Это характери-

зует данную часть выборки как испытуемых с нестабильным коммуникативным потенциалом. Они только в хорошо знакомых для себя ситуациях, в которых чувствуют себя комфортно, проявляют высокую коммуникативную активность.

У 37,5 % медицинских сестер со стажем работы более 10 лет коммуникативные склонности имеют низкий уровень выраженности. Для них характерно отсутствие стремления к общению, скованность. С большим удовольствием проводят время наедине с самим собой. Им сложно устанавливать контакты с другими людьми.

Данный уровень выраженности коммуникативных склонностей является противопоказанием для деятельности в сфере «человек – человек». Профессия медицинской сестры предъявляет высокие требования и к уровню развития коммуникативных навыков специалистов. Это связано с тем, что их деятельность напрямую зависит от коммуникативной уверенности, умения убедить, рассказать о том или ином товаре. Найти подход к пациентам, испытывающим отрицательные эмоциональные состояния. Люди с неустойчивым и низким коммуникативным потенциалом в таких условиях деятельности больше подвержены воздействиям профессиональных стрессов, выгорания. Они чаще испытывают желание сменить работу, реже бывают удовлетворены своим трудом.

Для медицинских сестер со стажем работы более 10 лет низкий уровень выраженности коммуникативных склонностей может быть связан и с их ориентацией на профессиональное мастерство, на выполнение своих обязанностей.

Использованная методика позволяет измерить не только уровень развития непосредственно коммуникативных склонностей испытуемых, но и уровень развития организаторских склонностей. Организаторские склонности в данном контексте выступают как прямое отражение коммуникативных умений. Высокий уровень развития как коммуникативных, так и организаторских склонностей позволяет говорить о наличии коммуникативной компетентности, т.е. не только о склонности, но и о способности эффективно осуществлять коммуникативную деятельность. На рисунке 2 представлены данные об уровне развития организаторских склонностей испытуемых обеих групп.

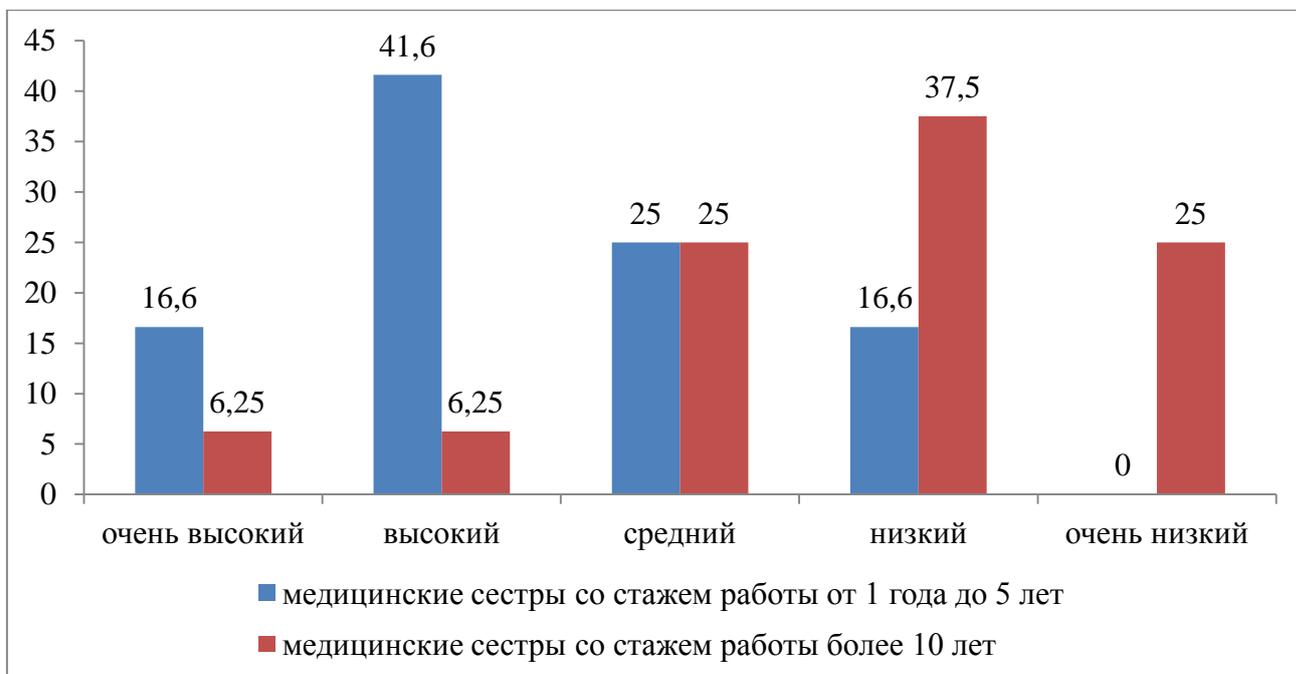


Рисунок 2 – Уровень выраженности организаторских склонностей медицинских сестер с разным стажем работы

Организаторские склонности выступают как непосредственное выражение коммуникативных навыков в профессиональной деятельности. Согласно исследованиям Б.А. Федоришина, как правило, испытуемые с низким уровнем выраженности коммуникативных склонностей обладают и низким уровнем выраженности организаторских склонностей.

Очень высокий (16,6 %) и высокий (41,6 %) уровень выраженности организаторских склонностей в целом продемонстрировали 58,2 % медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет. Такие испытуемые не теряются в новой обстановке, занимаются общественной деятельностью, принимают участие в организации различных мероприятий, способны принимать самостоятельные решения. Они активно стремятся к такой активной деятельности, т.к. это отвечает их внутренним потребностям и связано с необходимостью адаптироваться к коллективу, занять свое место в нем. Их активная позиция также привлекает внимание руководителя, что также способствует успешному построению карьеры.

Испытуемых со средним уровнем организаторских склонностей в группе 25 %. Они способны отстаивать свое мнение, планируют свою работу, однако

потенциал их организаторских склонностей не отличается высокой устойчивостью.

Низкий уровень организаторских склонностей продемонстрировали 16,6 % медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет. Они стараются избегать принятия самостоятельных решений. Общественная активность снижена. Такие испытуемые могут испытывать существенные трудности в профессиональной деятельности, которая требует от них быстрой реакции, хорошей ориентации и умения принимать взвешенные решения в условиях дефицита времени.

В группе медицинских сестер со стажем работы более 10 лет было выявлено расхождение между уровнем выраженности коммуникативных и организаторских склонностей. Уровень выраженности их коммуникативного потенциала выше, чем уровень организаторского потенциала. Скорее всего, это связано с влиянием профессиональной деятельности. Так при первично невысоком коммуникативном потенциале испытуемые обладают и невысоким организаторским потенциалом. Однако в процессе профессиональной деятельности специалисты сталкиваются с необходимостью совершенствовать свои коммуникативные навыки, что постепенно приводит и к развитию организаторских склонностей.

Только 6,25 % медицинских сестер со стажем работы более 10 лет обнаружили очень высокий уровень выраженности организаторского потенциала, и еще 6,25 % – высокий уровень. Такой уровень организаторских склонностей позволяет им легко ориентироваться в любых условиях деятельности. Они активны, как правило, активно участвуют в общественной жизни своей организации.

Средний уровень выраженности организаторских склонностей выявлен у 25 % медицинских сестер со стажем работы более 10 лет. Такой уровень говорит о том, что стремление активно участвовать в жизни организации достаточно сильно зависит от настроения и других факторов. Организаторский потенциал этой части группы неустойчив. Он оказывается ярче выраженным в лич-

ностнозначимых ситуациях и совсем не выражен в тех ситуациях, которые требуют от испытуемых напряжения волевых, эмоциональных, личностных, интеллектуальных усилий. На таких сотрудников сложно положиться. Иногда они испытывают психологический дискомфорт от своей активности.

Большая часть испытуемых этой группы продемонстрировала низкий (37,5 %) и очень низкий (25 %) уровень выраженности организаторских склонностей. Это значит, что типичной формой поведения для этих медицинских сестер является избегание всякой ответственности. Действия по заранее заданному алгоритму делают невозможным для них принятие самостоятельных решений. Им сложно ориентироваться в незнакомых обстоятельствах. Любые нестандартные условия деятельности могут вызвать у этих испытуемых желание не выполнять эту деятельность вообще. Такое поведение в профессиональной деятельности медицинских сестер является достаточно опасным, так как неспособность быстро принять решение, желание не выполнять деятельность может привести к необратимым последствиям для субъектов их профессионального труда.

Достоверность выявленных различий проверялась с помощью U-критерия Манна – Уитни. Данный критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню выраженности какого-либо количественно измеренного признака. Использование данного критерия позволило определить, насколько случайны те различия в уровнях выраженности коммуникативных и организаторских склонностей, которые были выявлены в ходе данного исследования. В таблице 1 представлены значения критерия и уровень их значимости.

Таблица 1 – Итоговые значения U-критерия Манна – Уитни

	Сумма рангов 1 группы	Сумма рангов 2 группы	Значения U - критерия	Уровень значимости	Кол-во 1 гр.	Кол-во 2 гр.
Коммуникативные склонности	194,500 0	211,500 0	75,50000	0,353161	12	16
Организаторские склонности	231,000 0	175,000 0	39,00000	0,008718	12	16

Из таблицы 1 видно, что статистически достоверными являются только различия по шкале организаторские склонности. Медицинские сестры со стажем работы от 1 года до 5 лет обладают более выраженными организаторскими склонностями, чем медицинские сестры со стажем работы более 10 лет.

Согласно таблице 1, статистически достоверных различий в уровне выраженности коммуникативных склонностей обнаружено не было. Это значит, что испытуемые обеих групп обладают примерно одинаковым уровнем выраженности коммуникативных склонностей, а описанные различия являются случайными.

Таким образом, в группе медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет большая часть испытуемых имеет высокий уровень выраженности как коммуникативных, так и организаторских склонностей. Данный уровень выраженности коммуникативных и организаторских склонностей предполагает, что они быстро ориентируются в трудных ситуациях, непринужденно ведут себя в новом коллективе.

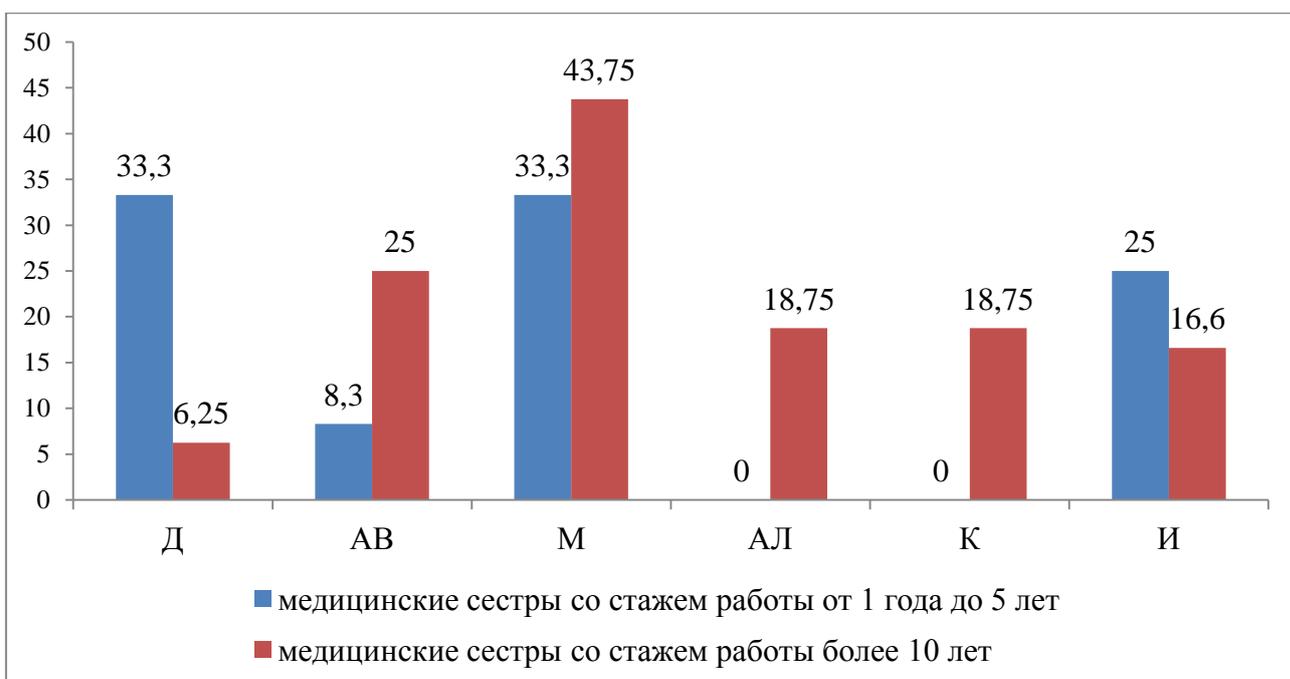
Медицинские сестры со стажем работы более 10 лет продемонстрировали средний уровень выраженности коммуникативных склонностей и низкий уровень выраженности организаторских склонностей. Им сложно ориентироваться в незнакомых обстоятельствах. Любые нестандартные условия деятельности могут вызвать у этих испытуемых желание не выполнять эту деятельность вообще.

Статистически достоверными являются различия в уровне выраженности организаторских склонностей (39 при $p=0,008$).

После определения уровня выраженности коммуникативного и организаторского потенциала испытуемых была определена доминирующая направленность в общении медицинских сестер с разным стажем.

Направленность характеризует ценностные ориентиры в общении. Для этого использовалась методика диагностики направленности личности в общении (С. Л. Братченко).

Результат исследования представлен на рисунке 3.



Д – диалогическая;

АВ – авторитарная;

М – манипулятивная;

АЛ – альтероцентристская;

К – конформная;

И – индифферентная

Рисунок 3 – Результаты диагностики направленности испытуемых в общении

На рисунке 3 представлено частотное распределение данных исследования. При обработке результатов выяснялось для каждого испытуемого какой тип направленности является ведущим. Ведущим считается тот тип коммуникативной направленности, по которому было набрано наибольшее количество баллов. Затем подсчитывалось, сколько раз каждый тип направленности оказался ведущим в каждой из групп. Эти значения были переведены в проценты и представлены на гистограмме. Кроме того, у одного испытуемого могли оказаться в качестве ведущих несколько направленностей одновременно, поэтому общая сумма частот по каждой группе отдельно могла превышать сто процентов.

Данные рисунка 3 показывают, что существуют различия в частоте использования испытуемыми с разным стажем тех или иных коммуникативных направленностей. Так, для медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет наиболее предпочтительными оказались такие ориентации как диалогическая (33,3 %), манипулятивная (33,3 %), индифферентная (25 %).

Испытуемые, имеющие в качестве ведущей манипулятивную коммуникативную направленность, ориентированы на получение разного рода выгоды. Они используют собеседника в своих целях, относятся к другому человеку как средству. Такая направленность в общении деструктивна по своей природе. При такой ориентации человек стремится понять собеседника, чтобы получить нужную информацию. Любые качества партнера приобретают для человека значимость постольку, поскольку они пригодны «для дела» и могут быть использованы для достижения цели. При этом сам человек, как правило, остается «закрытым», скрывает свои истинные цели и чувства или же использует определенные способы самоподачи, ориентированные на то, чтобы продемонстрировать качества и особенности, которые могут быть выгодными в данной ситуации и принести успех при взаимодействии с данным конкретным партнером.

Таким образом, личность, для которой характерна данная направленность в общении, склонна рассматривать любую ситуацию как «целевую» и для достижения цели способна манипулировать не только партнером, но и собой. Манипулятивная направленность предполагает ориентацию человека на развитие и даже на творчество в общении, но одностороннюю – только для себя за счет другого.

Следующей по частоте встречаемости выступает диалогическая направленность. Это одна из наиболее конструктивных форм межличностного взаимодействия. Такие испытуемые ориентируются на равноправное общение, основанное на уважении и доверии. В профессиональной деятельности такая партнерская позиция может принести большую пользу, как для установления новых контактов, так и для поддержания уже существующих. Наиболее существенной особенностью данной направленности является соответствие, которое определяет более ясную коммуникацию, отсутствие необходимости защищать себя, а, следовательно, большую свободу для слушания чужой позиции, для понимания партнера. Необходимым условием диалогического общения выступает высокая степень доверия личности к себе и к партнеру; такое общение детерминируется не столько снаружи (целью, условиями, ситуацией, стереотипами),

сколько изнутри (индивидуальностью, настроением человека, его отношением к партнеру).

Наличие индифферентной направленности испытуемых в общении свидетельствует о тенденции к «уходу». Такие испытуемые стараются минимизировать свое взаимодействие с клиентами. Для них более важным становится выполнение своих обязанностей, не вступая при этом в коммуникативное взаимодействие. Они игнорируют само общение, не обращают внимания на проблемы коммуникативного характера, возникающие в процессе выполнения деятельности. При такой направленности и партнер как личность, и само общение со всеми его проблемами по существу игнорируются, любые ситуации воспринимаются, прежде всего, как «деятельностные».

Наименьшую значимость для медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет имеют такие типы направленности как авторитарная (8,3 %). Такие типы направленности как альтероцентристская и конформная в данной группе обнаружены как ведущие не были.

Для медицинских сестер со стажем работы более 10 лет иерархия ценностей в коммуникативной деятельности оказалась иная. В этой группе чаще всего ведущими оказывались такие типы направленности как манипулятивная (43,75 %) и авторитарная (25 %).

Наличие манипулятивной направленности в общении предполагает ориентацию человека на какую-либо выгоду. Они используют собеседника в своих целях, относятся к другому человеку как средству. Такая направленность в общении деструктивна по своей природе. Манипулятивная направленность предполагает ориентацию человека на развитие и даже на творчество в общении, но одностороннюю – только для себя за счет другого.

Для людей с доминирующим авторитарным типом направленности характерно стремление доминировать в общении, стремление подавить личность собеседника. Их стиль межличностного взаимодействия весьма агрессивен, что также не способствует повышению эффективности выполнения профессиональных обязанностей. С таким людьми тяжело взаимодействовать не только

руководству и сослуживцам, но и пациентам.

Достоверность различий в частоте использования различных коммуникативных направленностей была рассчитана с помощью критерия U Манна – Уитни. Результаты расчета отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Итоговые значения U-критерия Манна – Уитни

	Сумма рангов 1 группы	Сумма рангов 2 группы	Знач-ия U - критерия	Уровень знач-сти	Кол-во 1 гр.	Кол-во 2 гр.
Диалогическая	217,500	188,500	52,50000	0,045910	12	16
Авторитарная	131,000	275,000	53,00000	0,048495	12	16
Манипулятивная	187,500	218,500	82,50000	0,546170	12	16
Альтероцентристская	124,000	282,000	46,00000	0,021564	12	16
Конформная	149,000	257,000	71,00000	0,255379	12	16
Индифферентная	198,000	208,000	72,00000	0,275291	12	16

Из таблицы 2 видно, что статистически достоверные различия выявлены по таким типам коммуникативной направленности как диалогическая, авторитарная и альтероцентристская. Диалогический тип коммуникативной направленности чаще используют медицинские сестры со стажем работы от 1 года до 5 лет. Медицинские сестры со стажем работы более 10 лет достоверно чаще пользуются авторитарным типом коммуникативной направленности. Кроме того, альтероцентрический тип направленности характерен только для медицинских сестер со стажем работы более 10 лет. Несмотря на их авторитарную позицию, предполагающую подавление партнера по общению, они способны сконцентрироваться на его целях и потребностях, при этом бескорыстно жертвовать своими интересами. Это связано со спецификой профессиональной деятельности, когда здоровье, а иногда и жизнь пациента зависят от деятельности испытуемых.

Манипулятивный тип направленности одинаково часто используют как испытуемые с маленьким, так и с большим стажем работы. Статистически достоверных различий по данному типу направленности выявлено не было.

Таким образом, испытуемые разных групп ориентированы в общении, как на сходные, так и на отличные аспекты взаимодействия. Так для медицинских сестер со стажем работы от 1 года до 5 лет наиболее характерными являются такие направленности как манипулятивная, диалогическая, индифферентная. Медицинским сестрам со стажем работы более 10 лет присущи такие ориентации в общении как манипулятивная и авторитарная.

Статистически достоверными оказались различия в таких типах направленности как диалогическая, авторитарная и альтероцентристская. Манипулятивная коммуникативная ориентация, являющаяся ведущей в обеих группах испытуемых, используется ими одинаково часто. Статистически значимых различий в частоте использования данной направленности выявлено не было.

Раскрывая особенности коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы нельзя не сказать о стилях коммуникативного взаимодействия, которые определялись при помощи теста коммуникативных умений Л. Михельсона. Данный опросник позволил определить стиль коммуникативного взаимодействия испытуемых и сформированные умения, составляющие основу для эффективной профессиональной коммуникации и социальных контактов вообще. Полученный результат отражен на рисунке 4.

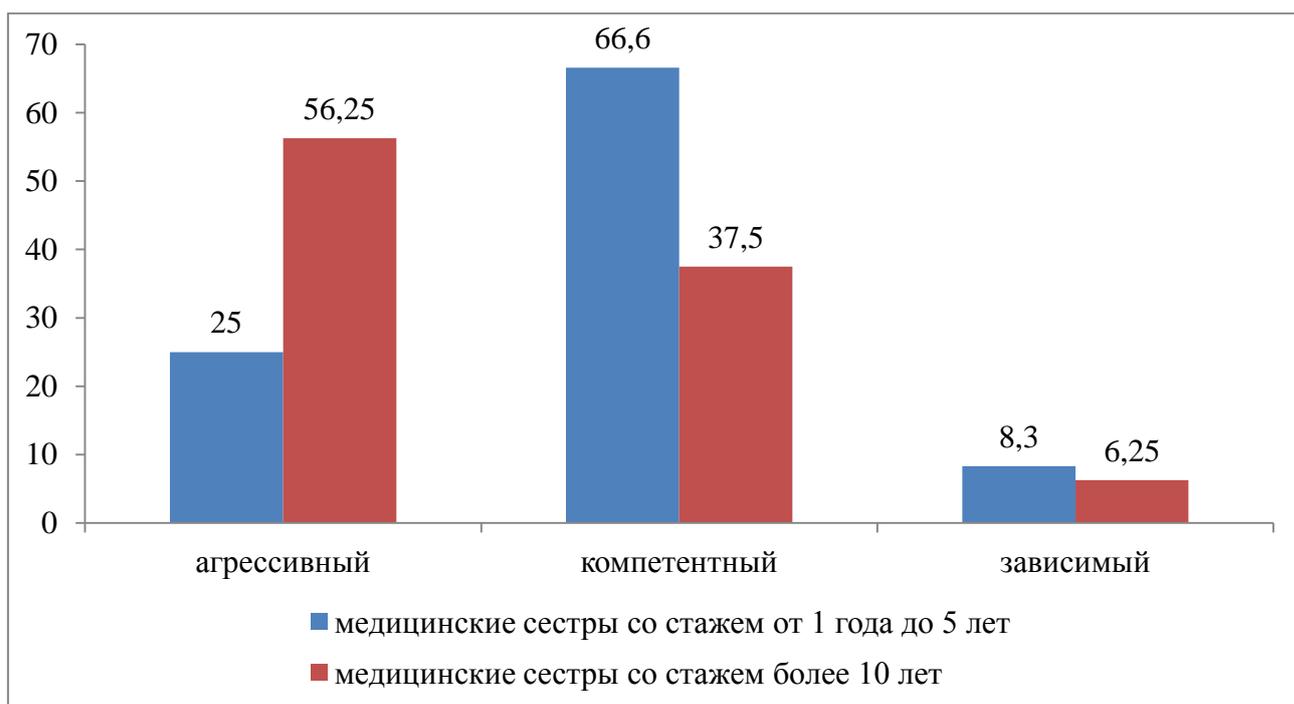


Рисунок 4 – Стили коммуникативного взаимодействия испытуемых

Испытуемые медицинские сестры со стажем работы от 1 года до 5 лет в большинстве случаев используют такой стиль коммуникативного взаимодействия как компетентный (66,6 %). Этот результат согласовывается и с данными по предыдущей методике, где выявлено, что эти испытуемые статистически достоверно чаще используют диалогический тип коммуникативной направленности. Компетентный стиль взаимодействия является наиболее эффективным, оптимальным. Его использование человеком свидетельствует о сформированности у него различных коммуникативных умений. Они умеют оказывать и принимать знаки внимания (комплименты) от других, адекватно реагируют на различную критику. Эти испытуемые умеют и обратиться с просьбой к окружающим и умеют отказать в просьбе, если ее выполнение влечет за собой нарушение их интересов, т.е. такая группа испытуемых в общении проявляет здоровый эгоизм. В то же время они способны оказать сочувствие и поддержку нуждающимся в этом людям. Они легче, чем медицинские сестры со стажем работы более 10 лет, вступают в контакты с другими людьми и поддерживают инициативу других людей при попытке установить с ними контакт. Во второй группе испытуемых с данным стилем коммуникативного взаимодействия лишь 37,5 %.

Агрессивный стиль коммуникативного взаимодействия является характерным для 56,25 % медицинских сестер со стажем работы более 10 лет и 25 % испытуемых со стажем работы от 1 года до 5 лет. Такие испытуемые прямо говорят то, о чем думают. Они не заботятся о том, какое впечатление это произведет. Часто они ранят словами других людей. Они берут инициативу в общении на себя. Отметим, также, что эти испытуемые обычно болезненно реагируют на критику как справедливую, так и несправедливую. Она вызывает у них стремление оправдаться. Они легко могут ответить отказом на просьбу другого человека.

Зависимый стиль коммуникативного взаимодействия предпочитают 8,3 % испытуемых со стажем от 1 года до 5 лет и 6,25 % испытуемых со стажем работы более 10 лет. Их отличает неспособность отказать другому человеку. Они умеют оказывать знаки внимания, но не принимать их. Критика также ранит

испытуемых с таким стилем взаимодействия, но на справедливую критику они реагируют менее болезненно, чем испытуемые с агрессивным стилем коммуникативного взаимодействия. Эти испытуемые обладают развитым умением оказывать сочувствие и поддержку окружающим.

Результаты проверки достоверности выявленных различий представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Итоговые значения критерия U Манна – Уитни

	Сумма рангов 1 руппы	Сумма рангов 2 руппы	Значения U - критерия	Уровень значимости	Кол-во 1 гр.	Кол-во 2 гр.
агрессивный	128,5000	277,5000	50,50000	0,036702	12	16
компетентный	228,5000	177,5000	41,50000	0,012180	12	16
зависимый	199,5000	206,5000	70,50000	0,245807	12	16

Из таблицы 3 видно, что статистически достоверные различия выявлены по шкалам «агрессивный стиль коммуникативного взаимодействия», «компетентный стиль коммуникативного взаимодействия». Медицинские сестры со стажем работы более 10 лет чаще используют агрессивный стиль взаимодействия, тогда как медицинские сестры со стажем работы от 1 года до 5 лет чаще используют компетентный стиль коммуникативного взаимодействия.

Таким образом, испытуемые с разным стажем работы имеют разные стили коммуникативного взаимодействия. Испытуемые со стажем более 10 лет склонны в общении брать инициативу на себя, прямолинейны, не задумываются о чувствах других людей. Испытуемые со стажем от 1 года до 5 лет в общении используют компетентный стиль, который является наиболее эффективным и оптимальным.

Гипотеза исследования подтвердилась. Медицинские сестры с небольшим стажем работы имеют более высокий уровень развития организаторских умений, в общении направлены на другого человека, при соблюдении собственных интересов. Их стиль коммуникативного взаимодействия более эффективен, чем стиль взаимодействия медицинских сестер с большим стажем работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коммуникативная компетентность это нравственно-психологическая категория, регулирующая всю систему отношений человека к природному и социальному миру, а также к самому себе как синтезу обоих миров.

В структуре коммуникативной компетентности выделяют социально-психологический, индивидуально-психологический и психофизиологический, аспекты, поведенческие, аффективные, когнитивные, регулятивные, информационные составляющие. А ядро коммуникативной компетентности составляют направленность, установки, ценностные ориентации, мировоззрение человека. Коммуникативная компетентность представляет собой совокупность знаний, опыта, качеств, способностей человека, позволяющие эффективно выполнять коммуникативные функции. На формирование коммуникативной компетентности личности оказывают влияние индивидуально-психологические и социально-психологические факторы. Они обусловлены высшей нервной деятельностью, потребностями, интересами, мотивацией, способностями, индивидуально-психологическими характеристиками человека, а также условиями жизни в социальной среде, социальным опытом индивида.

Коммуникативная компетентность медицинской сестры обладает нюансами, соответствующими сфере применения профессиональных навыков. Она предполагает также наличие у медицинских работников определенных профессиональных взглядов и убеждений, установки на эмоционально-положительное отношение к пациенту, независимо от его личностных качеств. Поэтому понятие коммуникативной компетентности вбирает в себя целый комплекс коммуникативных навыков и умений, необходимых для эффективного взаимодействия с теми, кто обращается за медицинской или фармацевтической помощью.

В настоящем исследовании были выявлены особенности коммуникативной компетентности медицинских сестер с разным стажем работы.

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы:

Медицинские сестры с разным стажем работы имеют разные стили ком-

муникативного взаимодействия. Испытуемые со стажем более 10 лет склонны в общении брать инициативу на себя, прямолинейны, не задумываются о чувствах других людей. Испытуемые со стажем от 1 года до 5 лет в общении используют компетентный стиль, который является наиболее эффективным и оптимальным.

Гипотеза исследования подтвердилась. Медицинские сестры с небольшим стажем работы имеют более высокий уровень развития организаторских умений, в общении направлены на другого человека, при соблюдении собственных интересов. Их стиль коммуникативного взаимодействия более эффективен, чем стиль взаимодействия медицинских сестер с большим стажем работы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абакирова, Т.П. Социально-психологические факторы формирования коммуникативных свойств личности: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Т.П. Абакирова. – Новосибирск, 2009. – 191 с.
- 2 Абульханова-Славская, К.А. Деятельность и психология личности / К.А. Абульханова-Славская. – М., 2009. – 240 с.
- 3 Аверченко, Л.К. Управление общением: Теория и практикумы для социального работника / Л.К. Аверченко. – М. : Смысл, 2008. – 216 с.
- 4 Алексеева, Л.Ф. Коммуникативная деятельность в учебном процессе / Л. Ф. Алексеева // Известия ТПУ. – Т. 305. – Вып. 3. – Томск, 2011. – С. 19–24.
- 5 Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – СПб.: Изд-во «Питер», 2008. – 339 с.
- 6 Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект-Пресс, 2009. – 348 с.
- 7 Андриенко, Е.В. Социальная психология / Е.В. Андриенко. – М.: Академия, 2012. – 263 с.
- 8 Андрущенко Н.В. Медицинская психология в работе практикующего врача. Синдром эмоционального выгорания [Электронный ресурс] / Н.В. Андрущенко. – Режим доступа: www.spb.ru. – 21.10.2017.
- 9 Анциферова, Л.И. Методологические и теоретические проблемы психологии / Л.И. Анциферова. – М., 2009. – 280 с.
- 10 Асмолов, А.Г. Основные принципы психологического анализа в теории деятельности / А.Г. Асмолов // Вопросы психологии. – 2009. – № 2. – С. 14–27.
- 11 Батаршев, А.В. Психодиагностика способностей к общению / А.В. Батаршев. – М. : ВЛАДОС, 2010. – 174 с.
- 12 Белинская, Е.П. Социальная психология личности / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М. : Аспект Пресс, 2012. – 300 с.
- 13 Беляцкий, Н.П. Управление персоналом: учеб. пособие / Н.П. Беляц-

кий, С.Е. Велесько, П. Ройш. – Минск : Интерпрессервис, 2009. – 350 с.

14 Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Э. Берн. – СПб, 2009. – 400 с.

15 Блинова, И.Л. Повышение эффективности общения у студентов / И.Л. Блинова // Ежегодник Российского психологического общества «Психология и практика». – Ярославль, 2013. – Т. 4. – Вып. 2. – С. 67-69.

16 Богданов, В.В. Коммуникативная компетенция и коммуникативное лидерство / В.В. Богданов // Язык, дискурс, личность. – Тверь, 2012. – С. 55-64.

17 Бодалев, А.А. Восприятие и понимание человека человеком / А.А. Бодалев. – М. : Изд-во МГУ, 2009. – 188 с.

18 Бодров, В.А. Психология профессиональной пригодности : учеб. пособие для вузов / В.А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2009. – 530 с.

19 Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М. : Филинь, 2009. – 472 с.

20 Борисова, Е.М. Индивидуальность и профессия / Е.М. Борисова, Г.П. Логинова. – М. : Знание, 2013. – 340 с.

21 Вендров, Е.Е. Психологические проблемы управления / Е.Е. Вендров. – М. : Экономика, 2011. – 257 с.

22 Вердербер, Р. Психология общения / Р. Вердербер, К. Вердербер. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 614 с.

23 Веснин, В.Р. Менеджмент / В.Р. Веснин. – М. : Проспект: Велби, 2010. – 502 с.

24 Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение [Электронный ресурс] / В.А. Винокур. – Режим доступа: www.forums.rusmedserv.com. – 20.11.2017.

25 Виханский, О.С. Поведение человека в организации. Организационная психология / сост. и общ. ред. Л.В. Винокурова, И.И. Скрипюка. – СПб. : Питер, 2009. – 360 с.

26 Дмитриева, М.В. Психологический анализ системы «человек – про-

фессиональная среда» / М.В. Дмитриева // Вестник ЛГУ. – Серия 6. – 2009. – Вып. 1. – № 6. – С. 82-90.

27 Душков, Б.А. Психология труда, профессиональной, информационной и организаторской деятельности / Б.А. Душков. – М. : Академ. проект, 2009. – 340 с.

28 Жмыриков, А.Н. Психология профессионального общения / А.Н. Жмыриков. – Н. Новгород, 2009. – 348 с.

29 Кабаченко, Т.С. Психология управления / Т.С. Кабаченко. – М.: Российское педагогическое агентство, 2010. – 410 с.

30 Карпов, А.В. Психология менеджмента: учебное пособие / А.В. Карпов. – М. : Гардарики, 2011. – 584 с.

31 Коломенский, Я.Л. Психология взаимоотношений в малых группах (общие и возрастные особенности): учеб. пособие / Я.Л. Коломенский. – Минск : ТетраСистемс, 2013. – 432 с.

32 Красовский, Ю.Д. Коммуникация в системе межличностного общения / Ю.Д. Красовский. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 762 с.

33 Кузнецов, Ю.В. Основы менеджмента / Ю.В. Кузнецов, В.И. Подлесных. – СПб. : Олбис, 2010. – 340 с.

34 Кулагин, Б.В. Коммуникативные способности и методы их развития / Б.В. Кулагин. – СПб. : Питер, 2012. – 418 с.

35 Лаврова, Н.А. Влияние личностных особенностей на успешность профессиональной деятельности в системе «человек – человек» / под ред. М.Ю. Карелиной. – М. : МИССО. – 2012. – С. 45–47.

36 Ладанов, И.Д. Мастерство делового общения / И.Д. Ладанов. – М. : Дело, 2011. – 314 с.

37 Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М., 2008. – 304 с.

38 Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М. : Наука, 2009. – 444 с.

39 Маркова, А.К. Психология профессионализма / А.К. Маркова. – М.,

2009. – 134 с.

40 Наумова, Н.Ф. Удовлетворенность трудом как социальная характеристика / Н.Ф. Наумова. – М., 2010. – 264 с.

41 Обозов, Н.Н. Психология делового общения / Н.Н. Обозов. – СПб., 2013. – 332 с.

42 Обозов, Н.Н. Психология менеджмента / Н.Н. Обозов. – СПб. : Северо-Запад, 2010. – 340 с.

43 Панасюк, А.Ю. Управленческое общение / А.Ю. Панасюк. – М., 2011. – 112 с.

44 Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Изд-во СПб. Университета, 2012. – 450 с.

45 Психология / И.В. Дубровина [и др.]. – М. : Издательский центр Академия, 2013. – 464с.

46 Пушкина Т.П. Медицинская психология / Т.П. Пушкина. – Новосибирск : Изд-во научно-учебного центра психологии НГУ, 2011. – 138 с.

47 Семечкин, Н.И. Социальная психология: учебник для вузов / Н.И. Семечкин. – СПб. : Питер, 2014. – 376 с.

48 Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2009. – 350 с.

49 Хлызова, Н.Ю. Интерпретация понятий «компетентность» и «компетенция»: к проблеме систематизации научной терминологии / Н.Ю. Хлызова // Медиаобразование: от теории – к практике: сборник материалов II Всероссийской научно–практической конференции «Медиаобразование в развитии науки, культуры, образования и средств массовой коммуникации», Томск, 4-6 декабря, 2011 г. / сост. И.В. Жилавская. – Ч. 2. – Томск: НОУ ВПО ТИИТ, 2008. – С. 45-49

50 Якунина, Ю.Е. Субъективные критерии эффективности профессиональной деятельности в профессиях типа «человек – человек» : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Ю.Е. Якунина. – М., 2009. – 175 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Методика Б.А. Федоришина

«Коммуникативные и организаторские склонности»

Инструкция. Вам необходимо ответить на все предложенные вопросы. Свободно выражайте свое мнение по каждому вопросу и отвечайте так: если Ваш ответ на вопрос положителен (Вы согласны), то в соответствующей клетке листа ответов поставьте плюс, если же Ваш ответ отрицателен (Вы не согласны) – поставьте минус.

Имейте в виду, что вопросы носят общий характер и не могут содержать всех необходимых подробностей. Поэтому представьте себе типичные ситуации и не задумывайтесь над деталями. Не следует тратить много времени на обдумывание, отвечайте быстро.

1. Много ли у Вас друзей, с которыми Вы постоянно общаетесь?
2. Часто ли Вам удается склонить большинство своих товарищей к принятию ими Вашего мнения?
3. Долго ли Вас беспокоит чувство обиды, причиненное Вам кем-то из ваших товарищей?
4. Всегда ли Вам трудно ориентироваться в создавшейся критической ситуации?
5. Есть ли у Вас стремление к установлению новых знакомств с разными людьми
6. Нравиться ли Вам заниматься общественной работой?
7. Верно ли, что Вам приятнее и проще проводить время с книгами или за какими-либо другими занятиями, чем с людьми?
8. Если возникли какие-либо помехи в осуществлении Ваших намерений, то легко ли Вы отступаете от них?
9. Легко ли Вы устанавливаете контакты с людьми, которые значительно старше Вас по возрасту?

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Методика Б.А. Федоришина

«Коммуникативные и организаторские склонности»

10. Любите ли Вы придумывать и организовывать со своими товарищами различные игры и развлечения?
11. Трудно ли Вы включаетесь в новую для Вас компанию
12. Часто ли Вы откладываете на другие дни те дела, которые нужно было бы выполнить сегодня?
13. Легко ли Вам удается устанавливать контакты с незнакомыми людьми?
14. Стремитесь ли Вы добиваться, чтобы Ваши товарищи действовали в соответствии с Вашим мнением?
15. Трудно ли Вы осваиваетесь в новом коллективе?
16. Верно ли, что у Вас не бывает конфликтов с товарищами из-за невыполнения ими своих обязанностей, обязательств?
17. Стремитесь ли Вы при удобном случае познакомиться и побеседовать с новым человеком?
18. Часто ли в решении важных дел Вы принимаете инициативу на себя?
19. Раздражают ли Вас окружающие люди, и хочется ли Вам побыть одному?
20. Правда ли, что Вы обычно плохо ориентируетесь в незнакомой для Вас обстановке?
21. Нравиться ли Вам постоянно находиться среди людей?
22. Возникает ли у Вас раздражение, если Вам не удастся закончить начатое дело?
23. Испытываете ли Вы чувство затруднения, неудобства или стеснения, если приходится проявлять инициативу, чтобы познакомиться с новым человеком?
24. Правда ли, что Вы утомляетесь от частого общения с товарищами?

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Методика Б.А. Федоришина

«Коммуникативные и организаторские склонности»

25. Любите ли Вы участвовать в коллективных играх?
26. Часто ли Вы проявляете инициативу при решении вопросов, затрагивающих интересы Ваших товарищей?
27. Правда ли, что Вы чувствуете себя неуверенно среди малознакомых Вам людей?
28. Верно ли, что Вы редко стремитесь к доказательству своей правоты?
29. Полагаете ли Вы, что Вам не доставляет особого труда внести оживление в малознакомую компанию?
30. Принимаете ли Вы участие в общественной работе в школе?
31. Стремитесь ли Вы ограничить круг своих знакомых небольшим количеством людей?
32. Верно ли, что Вы не стремитесь отстаивать свое мнение или решение, если оно не было сразу принято Вашими товарищами?
33. Чувствуете ли Вы себя непринужденно, попав в незнакомую Вам компанию?
34. Охотно ли Вы приступаете к организации различных мероприятий для своих товарищей?
35. Правда ли, что Вы не чувствуете себя достаточно уверенно и спокойно, когда приходится говорить что-либо большой группе людей?
36. Часто ли Вы опаздываете на деловые встречи, свидания?
37. Верно ли, что у Вас много друзей?
38. Часто ли Вы оказываетесь в центре внимания своих товарищей?
39. Часто ли Вы смущаетесь, чувствуете неловкость при общении с малознакомыми людьми?
40. Правда ли, что Вы не очень уверенно чувствуете себя в окружении большой группы своих товарищей?

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методика диагностики коммуникативной направленности личности С.Л. Братченко

Инструкция: Ниже перечислены варианты поведения в различных ситуациях общения. Вам предлагается выбрать для каждой ситуации тот вариант, который в наибольшей степени соответствует предпочитаемому Вами стилю общения с людьми (с друзьями, знакомыми и т.п.). Предложенные пять вариантов не исчерпывают всё многообразие общения. Поэтому, если ни один из предложенных вариантов не соответствует Вашему представлению об общении, то сформулируйте свой вариант и впишите его под номером 6. Номер выбранного Вами (или сформулированного самостоятельно) варианта для каждой ситуации выпишите на отдельный лист.

Будьте внимательны и аккуратны. Отвечать следует строго в порядке предъявления ситуаций; добавлять или исправлять ответы после ознакомления с последующими ситуациями не допускается. Постарайтесь быть искренними – помните, что здесь не может быть "хороших" или "плохих" ответов, важно лишь, чтобы они отражали Ваше мнение.

Текст опросника

1) Чтобы собеседник правильно понял меня, ...

1 - я должен говорить о том, что его волнует и интересует

2 - у него должна быть со мной одинаковая точка зрения

3 - главное, чтобы он хорошо разбирался в обсуждаемом вопросе

4 - я должен говорить то, что ему понятно и с чем он согласен

5 - я не всегда буду стараться достичь этого

6 - ...

2) Я ожидаю от собеседника...

1 - четкой и твердой позиции

2 - согласия со мной

3 - какой-либо пользы для себя

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б
Методика диагностики коммуникативной
направленности личности С.Л. Братченко

- 4 - участия в решении деловых вопросов
- 5 - открытости, готовности принять мою помощь
- 6 - ...
- 3) То, что чувствует и переживает собеседник ...
 - 1 - я принимаю близко к сердцу
 - 2 - может влиять на мое поведение
 - 3 - может представлять интерес
 - 4 - не должно мешать делу
 - 5 - не следует показывать окружающим
 - 6 - ...
- 4) Я хотел бы, чтобы собеседник занимал в общении со мной позиции...
 - 1 - удобную для меня
 - 2 - все равно какую
 - 3 - лидера
 - 4 - сочувствующего слушателя
 - 5 - удобную для него
 - 6 - ...
- 5) Доверие собеседника ко мне...
 - 1 - не имеет существенного значения для дела
 - 2 - нужно, если мне важен этот человек
 - 3 - должно быть полным
 - 4 - сделает общение более спокойным и легким
 - 5 - мне очень дорого и я буду стараться оправдать его
 - 6 -
- 6) Если в общении между нами назревает конфликт, собеседник...
 - 1 - должен уступить

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б
Методика диагностики коммуникативной
направленности личности С.Л. Братченко

2 - может рассчитывать на мою готовность помочь, уступить

3 - не должен делать того, чего я не хочу

4 - лучше пусть займется делом

5 - должен его не допустить

6 - ...

7) Когда собеседник меня не понимает, ...

1 - значит я плохо объясняю и должен ему помочь

2 - я должен выслушать его точку зрения

3 - меня это не волнует, если это не мешает делу

4 - я прекращаю с ним общаться

5 - я буду ему объяснять, если мне это надо

6 - ...

8) Для меня важно, чтобы собеседник в общении со мной исходил из...

1 - моих интересов

2 - желания не обострять отношения

3 - того, что приятно для меня

4 - того, что его волнует

5 - интересов дела

6 -

9) Если собеседник перестает меня слушать ...

1 - меня это не волнует

2 - я обижаюсь и прекращаю разговор

3 - значит, в этом виновен я

4 - я попробую повлиять на него по другому

5 - я буду слушать его

6 -

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б
Методика диагностики коммуникативной
направленности личности С.Л. Братченко

10) Мне нравится такое общение, когда...

1 - оно проходит спокойно, и я согласен с собеседником

2 - я получаю от него пользу

3 - я чувствую, что нужен собеседнику

4 - когда есть практический результат

5 - когда я получаю удовольствие

6 - ...

11) Чтобы я правильно понял собеседника...

1 - он должен быть моим единомышленником

2 - надо меньше разговоров, а больше дела

3 - я должен согласиться с его точкой зрения

4 - надо внимательно за ним понаблюдать

5 - мне надо полностью сосредоточиться на его проблемах

6 - ...

12) Я считаю правильным, если собеседник ожидает от меня...

1 - согласия

2 - того, что я намерен ему предложить

3 - ничего не ожидает

4 - помощи, участия

5 - четкой и твердой позиции

6 - ...

13) То, что я чувствую и переживаю...

1 - зависит от переживаний собеседника

2 - не должно быть заметно собеседнику

3 - не должно мешать делу

4 - должно быть важно для собеседника, и он тоже должен переживать

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б
Методика диагностики коммуникативной
направленности личности С.Л. Братченко

5 - не должно беспокоить собеседника

6 - ...

14) Я стараюсь занять в общении позицию...

1 - удобную для собеседника

2 - все равно какую

3 - сочувствующего слушателя

4 - удобную для меня

5 - лидера

6 - ...

15) Доверять собеседнику...

1 - можно только в очень редких случаях /если в этом есть смысл/

2 - надо, если это в интересах дела

3 - можно, если его позиция убедительна

4 - можно, если наши взгляды совпадают

5 - надо, потому что это поможет ему

6 - ...

16) Если в общении назревает конфликт, я...

1 - займусь делом

2 - постараюсь его сгладить

3 - буду действовать в соответствии со своими интересами

4 - уступлю, чтобы помочь собеседнику

5 - буду доказывать свою правоту

6 - ...

17) В общении я исхожу из...

1 - стремления утвердить свою точку зрения

2 - желания получить максимум пользы для себя

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б
Методика диагностики коммуникативной
направленности личности С.Л. Братченко

3 - необходимости решить проблемы другого человека, помочь ему

4 - необходимости избежать конфликта

5 - интересов дела

6 - ...

18) Когда я не понимаю собеседника...

1 - меня это не беспокоит

2 - я очень переживаю и ищу свою ошибку

3 - пересматриваю свою точку зрения

4 - значит, он плохо объясняет

5 - буду стараться понять, если мне это надо

6 - ...

19) Для меня главная цель общения

1 - помочь, поддержать собеседника

2 - решить деловой вопрос

3 - получить удовольствие

4 - избежать конфликта

5 - извлечь какую-нибудь пользу

6 - ...

20) Если я считаю, что собеседник не прав, то...

1 - я теряю к нему интерес

2 - думаю, чем могу ему помочь

3 - буду добиваться, чтобы он признал и исправил свою ошибку

4 - не буду обострять ситуацию

5 - меня это не беспокоит - это его проблема

6 - ...

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

Мы просим Вас внимательно прочитать каждую из описанных ситуаций и выбрать один вариант поведения в ней. Это должно быть наиболее характерное для Вас поведение, то, что Вы действительно делаете в таких случаях, а не то, что, по-вашему, следовало бы делать.

Тестовый материал:

1. Кто-либо говорит Вам: «Мне кажется, что Вы замечательный человек».

Вы обычно в подобных ситуациях:

а) Говорите: «Нет, что Вы! Я таким не являюсь».

б) Говорите с улыбкой: «Спасибо, я действительно человек выдающийся».

в) Говорите: «Спасибо».

г) Ничего не говорите и при этом краснеете. д) Говорите: «Да, я думаю, что отличаюсь от других и в лучшую сторону».

2. Кто-либо совершает действие или поступок, которые, по Вашему мнению, являются замечательными. В таких случаях Вы обычно:

а) Поступаете так, как если бы это действие не было столь замечательным, и при этом говорите: «Нормально!»

б) Говорите: «Это было отлично, но я видел результаты получше».

в) Ничего не говорите.

г) Говорите: «Я могу сделать гораздо лучше».

д) Говорите: «Это действительно замечательно!»

3. Вы занимаетесь делом, которое Вам нравится, и думаете, что оно у Вас получается очень хорошо. Кто-либо говорит: «Мне это не нравится!» Обычно в таких случаях Вы:

а) Говорите: «Вы - болван!»

б) Говорите: «Я все же думаю, что это заслуживает хорошей оценки».

в) Говорите: «Вы правы», хотя на самом деле не согласны с этим.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

г) Говорите: «Я думаю, что это выдающийся уровень. Что Вы в этом понимаете».

д) Чувствуете себя обиженным и ничего не говорите в ответ.

4. Вы забыли взять с собой какой-то предмет, а думали, что принесли его, и кто-то говорит Вам: «Вы такой растяпа! Вы забыли бы и свою голову, если бы она не была прикреплена к плечам». Обычно Вы в ответ:

а) Говорите: «Во всяком случае, я толковее Вас. Кроме того, что Вы в этом понимаете!»

б) Говорите: «Да, Вы правы. Иногда я веду себя как растяпа».

в) Говорите: «Если кто-либо растяпа, то это Вы».

г) Говорите: «У всех людей есть недостатки. Я не заслуживаю такой оценки только за то, что забыл что-то».

д) Ничего не говорите или вообще игнорируете это заявление.

5. Кто-либо, с кем Вы договорились встретиться, опоздал на 30 минут, и это Вас расстроило, причем человек этот не дает никаких объяснений своему опозданию. В ответ Вы обычно:

а) Говорите: «Я расстроен тем, что Вы заставили меня столько ожидать».

б) Говорите: «Я все думал, когда же Вы придете».

в) Говорите: «Это был последний раз, когда я заставил себя ожидать Вас».

г) Ничего не говорите этому человеку.

д) Говорите: «Вы же обещали! Как Вы смели так опаздывать!»

6. Вам нужно, чтобы кто-либо сделал для Вас одну вещь. Обычно в таких случаях Вы:

а) Никого ни о чем не просите.

б) Говорите: «Вы должны сделать это для меня».

в) Говорите: «Не могли бы Вы сделать для меня одну вещь?», после этого объясняете суть дела.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

г) Слегка намекаете, что Вам нужна услуга этого человека.

д) Говорите: «Я очень хочу, чтобы Вы сделали это для меня».

7. Вы знаете, что кто-то чувствует себя расстроенным. Обычно в таких ситуациях Вы:

а) Говорите: «Вы выглядите расстроенным. Не могу ли я помочь?»

б) Находясь рядом с этим человеком, не заводите разговора о его состоянии.

в) Говорите: «У Вас какая-то неприятность?»

г) Ничего не говорите и оставляете этого человека наедине с собой.

д) Смеясь говорите: «Вы просто как большой ребенок!»

8. Вы чувствуете себя расстроенным, а кто-либо говорит: «Вы выглядите расстроенным». Обычно в таких ситуациях Вы:

а) Отрицательно качаете головой или никак не реагируете.

б) Говорите: «Это не Ваше дело!»

в) Говорите: «Да, я немного расстроен. Спасибо за участие».

г) Говорите: «Пустяки».

д) Говорите: «Я расстроен, оставьте меня одного».

9. Кто-либо порицает Вас за ошибку, совершенную другими. В таких случаях Вы обычно:

а) Говорите: «Вы с ума сошли!»

б) Говорите: «Это не моя вина. Эту ошибку совершил кто-то другой».

в) Говорите: «Я не думаю, что это моя вина».

г) Говорите: «Оставьте меня в покое, Вы не знаете, что Вы говорите».

д) Принимаете свою вину или не говорите ничего.

10. Кто-либо просит Вас сделать что-либо, но Вы не знаете, почему это должно быть сделано. Обычно в таких случаях Вы:

а) Говорите: «Это не имеет никакого смысла, я не хочу это делать».

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

б) Выполняете просьбу и ничего не говорите.

в) Говорите: «Это глупость; я не собираюсь этого делать».

г) Прежде чем выполнить просьбу, говорите: «Объясните, пожалуйста, почему это должно быть сделано».

д) Говорите: «Если Вы этого хотите...», после чего выполняете просьбу.

11. Кто-то говорит Вам, что по его мнению, то, что Вы сделали, великолепно. В таких случаях Вы обычно:

а) Говорите: «Да, я обычно это делаю лучше, чем большинство других людей».

б) Говорите: «Нет, это не было столь здорово».

в) Говорите: «Правильно, я действительно это делаю лучше всех».

г) Говорите: «Спасибо».

д) Игнорируете услышанное и ничего не отвечаете.

12. Кто-либо был очень любезен с Вами. Обычно в таких случаях Вы:

а) Говорите: «Вы действительно были очень любезны по отношению ко мне».

б) Действуете так, будто этот человек не был столь любезен к Вам, и говорите: «Да, спасибо».

в) Говорите: «Вы вели себя в отношении меня вполне нормально, но я заслуживаю большего».

г) Игнорируете этот факт и ничего не говорите.

д) Говорите: «Вы вели себя в отношении меня недостаточно хорошо».

13. Вы разговариваете с приятелем очень громко, и кто-либо говорит Вам: «Извините, но Вы ведете себя слишком шумно». В таких случаях Вы обычно:

а) Немедленно прекращаете беседу.

б) Говорите: «Если Вам это не нравится, проваливайте отсюда».

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

в) Говорите: «Извините, я буду говорить тише», после чего ведется беседа приглушенным голосом.

г) Говорите: «Извините» и прекращаете беседу.

д) Говорите: «Все в порядке» и продолжаете громко разговаривать.

14. Вы стоите в очереди, и кто-либо становится впереди Вас. Обычно в таких случаях Вы:

а) Негромко комментируете это, ни к кому не обращаясь, например: «Некоторые люди ведут себя очень нервно».

б) Говорите: «Становитесь в хвост очереди!»

в) Ничего не говорите этому типу.

г) Говорите громко: «Выйди из очереди, ты, нахал!»

д) Говорите: «Я занял очередь раньше Вас. Пожалуйста, станьте в конец очереди».

15. Кто-либо делает что-нибудь такое, что Вам не нравится и вызывает у Вас сильное раздражение. Обычно в таких случаях Вы:

а) Выкрикиваете: «Вы болван, я ненавижу Вас!»

б) Говорите: «Я сердит на Вас. Мне не нравится то, что Вы делаете».

в) Действуете так, чтобы повредить этому делу, но ничего этому типу не говорите.

г) Говорите: «Я рассержен. Вы мне не нравитесь».

д) Игнорируете это событие и ничего не говорите этому типу.

16. Кто-либо имеет что-нибудь такое, чем Вы хотели бы пользоваться. Обычно в таких случаях Вы:

а) Говорите этому человеку, чтобы он дал Вам эту вещь.

б) Воздерживаетесь от всяких просьб.

в) Отбираете эту вещь.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

г) Говорите этому человеку, что Вы хотели бы пользоваться данным предметом, и затем просите его у него.

д) Рассуждаете об этом предмете, но не просите его для пользования.

17. Кто-либо спрашивает, может ли он получить у Вас определенный предмет для временного пользования, но так как это новый предмет, Вам не хочется его одалживать. В таких случаях Вы обычно:

а) Говорите: «Нет, я только что достал его и не хочу с ним расставаться; может быть когда-нибудь потом».

б) Говорите: «Вообще-то я не хотел бы его давать, но Вы можете попользоваться им».

в) Говорите: «Нет, приобретайте свой!»

г) Одалживаете этот предмет вопреки своему нежеланию.

д) Говорите: «Вы с ума сошли!»

18. Какие-то люди ведут беседу о хобби, которое нравится и Вам, и Вы хотели бы присоединиться к разговору. В таких случаях Вы обычно:

а) Не говорите ничего.

б) Прерываете беседу и сразу же начинаете рассказывать о своих успехах в этом хобби.

в) Подходите поближе к группе и при удобном случае вступаете в разговор.

г) Подходите поближе и ожидаете, когда собеседники обратят на Вас внимание.

д) Прерываете беседу и тотчас начинаете говорить о том, как сильно Вам нравится это хобби.

19. Вы занимаетесь своим хобби, а кто-либо спрашивает: «Что Вы делаете?» Обычно Вы:

а) Говорите: «О, это пустяк». Или: «Да ничего особенного».

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

б) Говорите: «Не мешайте, разве Вы не видите, что я занят?»

в) Продолжаете молча работать.

г) Говорите: «Это совсем Вас не касается».

д) Прекращаете работу и объясняете, что именно Вы делаете.

20. Вы видите споткнувшегося и падающего человека. В таких случаях

Вы:

а) Рассмеявшись, говорите: «Почему Вы не смотрите под ноги?»

б) Говорите: «У Вас все в порядке? Может быть я что-либо могу для Вас сделать?»

в) Спрашиваете: «Что случилось?»

г) Говорите: «Это все колдобины в тротуаре».

д) Никак не реагируете на это событие.

21. Вы стукнулись головой о полку и набили шишку. Кто-либо говорит:

«С Вами все в порядке?» Обычно Вы:

а) Говорите: «Я прекрасно себя чувствую. Оставьте меня в покое!»

б) Ничего не говорите, игнорируя этого человека.

в) Говорите: «Почему Вы не занимаетесь своим делом?»

г) Говорите: «Нет, я ушиб свою голову, спасибо за внимание ко мне».

д) Говорите: «Пустяки, у меня все будет о'кей».

22. Вы допустили ошибку, но вина за нее возложена на кого-либо друго-

го. Обычно в таких случаях Вы:

а) Не говорите ничего.

б) Говорите: «Это их ошибка!»

в) Говорите: «Эту ошибку допустил Я».

г) Говорите: «Я не думаю, что это сделал этот человек».

д) Говорите: «Это их горькая доля».

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

23. Вы чувствуете себя оскорбленным словами, сказанными кем-либо в Ваш адрес. В таких случаях Вы обычно:

- а) Уходите прочь от этого человека, не сказав ему, что он расстроил Вас.
- б) Заявляете этому человеку, чтобы он не смел больше этого делать.
- в) Ничего не говорите этому человеку, хотя чувствуете себя обиженным.
- г) В свою очередь оскорбляете этого человека, называя его по имени.
- д) Заявляете этому человеку, что Вам не нравится то, что он сказал, и что он не должен этого делать снова.

24. Кто-либо часто перебивает, когда Вы говорите. Обычно в таких случаях Вы:

- а) Говорите: «Извините, но я хотел бы закончить то, о чем рассказывал».
- б) Говорите: «Так не делают. Могу я продолжить свой рассказ?»
- в) Прерываете этого человека, возобновляя свой рассказ.
- г) Ничего не говорите, позволяя другому человеку продолжать свою речь.
- д) Говорите: «Замолчите! Вы меня перебили!»

25. Кто-либо просит Вас сделать что-либо, что помешало бы Вам осуществить свои планы. В этих условиях Вы обычно:

- а) Говорите: «Я действительно имел другие планы, но я сделаю то, что Вы хотите».
- б) Говорите: «Ни в коем случае! Поищите кого-нибудь еще».
- в) Говорите: «Хорошо, я сделаю то, что Вы хотите».
- г) Говорите: «Отойдите, оставьте меня в покое».
- д) Говорите: «Я уже приступил к осуществлению других планов. Может быть, когда-нибудь потом».

26. Вы видите кого-либо, с кем хотели бы встретиться и познакомиться. В этой ситуации Вы обычно:

- а) Радостно окликаете этого человека и идете ему навстречу.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Тест коммуникативных умений» (Михельсон Л.)

б) Подходите к этому человеку, представляетесь и начинаете с ним разговор.

в) Подходите к этому человеку и ждете, когда он заговорит с Вами.

г) Подходите к этому человеку и начинаете рассказывать о крупных делах, совершенных Вами.

д) Ничего не говорите этому человеку.

27. Кто-либо, кого Вы раньше не встречали, останавливается и окликает Вас возгласом «Привет!» В таких случаях Вы обычно:

а) Говорите: «Что Вам угодно?»

б) Не говорите ничего

в) Говорите: «Оставьте меня в покое».

г) Произносите в ответ «Привет!», представляетесь и просите этого человека представиться в свою очередь.

д) Киваете головой, произносите «Привет!» и проходите мимо.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таблицы данных по исследованию

Таблица Г.1 – Результаты исследования по методике «Коммуникативные и организаторские склонности» (Федоришин Б.А.)

№	Коммуникативные склонности		Организаторские склонности	
	Медицинские сестры со стажем от 1 года до 5 лет	Медицинские сестры со стажем более 10 лет	Медицинские сестры со стажем от 1 года до 5 лет	Медицинские сестры со стажем более 10 лет
1	0,36	0,5	0,8	0,53
2	0,47	0,47	0,7	0,55
3	0,5	0,5	0,65	0,65
4	0,5	0,6	0,8	0,71
5	0,58	0,47	0,74	0,65
6	0,6	0,58	0,9	0,81
7	0,8	0,62	0,8	0,62
8	0,66	0,61	0,68	0,7
9	0,72	0,61	0,7	0,64
10	0,7	0,58	0,94	0,7
11	0,68	0,47	0,56	0,7
12	0,68	0,73	0,78	0,65
13		0,59		0,5
14		0,57		0,7
15		0,48		0,51
16		0,72		0,65

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г
Таблицы данных по исследованию

Таблица Г.2 – Результаты исследования по методике «Направленность личности в общении»

№	Диалогическая	Авторитарная	Манипулятивная	Альтероцентристская	Конформная	Индифферентная
Медицинские сестры со стажем работы от 1 года до 5 лет						
1	3	1	6	0	2	8
2	3	1	3	4	3	6
3	4	3	6	1	2	3
4	1	4	6	3	2	4
5	1	2	9	2	5	1
6	1	1	5	3	3	6
7	6	2	2	3	2	4
8	9	5	1	2	2	1
9	7	1	3	0	3	6
10	4	2	7	2	2	4
11	2	6	3	5	1	3
12	7	1	3	3	1	6
Медицинские сестры со стажем работы более 10 лет						
1	2	2	6	3	2	4
2	2	6	3	5	1	3
3	1	3	5	3	2	4
4	2	2	3	4	3	3
5	3	3	4	2	4	2
6	1	4	6	3	2	4
7	2	4	2	7	3	2
8	2	2	5	4	2	4
9	2	6	3	5	1	3
10	2	5	1	2	5	3
11	1	2	4	6	3	4
12	2	3	3	3	5	6
13	1	5	4	4	4	3
14	3	2	3	4	3	6
15	4	3	4	3	4	2
16	1	4	5	3	2	4

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Таблицы данных по исследованию

Таблица Г.3 – Результаты исследования по тесту «Коммуникативные умения»

(Михельсон Л.)

№ п/п	Стили коммуникативного взаимодействия		
	агрессивный	компетентный	зависимый
Медицинские сестры со стажем работы от 1 года до 5 лет			
1	5	16	8
2	11	10	5
3	4	18	8
4	6	6	13
5	8	16	1
6	10	9	7
7	7	14	4
8	10	5	10
9	3	19	5
10	8	16	5
11	6	18	6
12	3	19	8
Медицинские сестры со стажем работы более 10 лет			
1	18	4	7
2	9	4	12
3	16	3	8
4	19	3	5
5	10	14	1
6	6	10	8
7	16	9	4
8	7	9	4
9	14	5	10
10	16	9	5
11	18	11	4
12	14	9	4
13	3	16	5
14	3	14	5
15	3	13	5
16	14	11	4