

ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ МЕДСЕСТРИНСТВА

У статті проаналізовано перспективні підходи до формування комунікативної компетентності магістрів медсестринства. Підкреслено значення професійної і наукової комунікативної компетентностей як важливих складових підготовки магістрів медсестринства в Україні. Запропоновано нове визначення та нову класифікацію поняття "комунікативна компетентність". Виявлено три рівні комунікативної компетенції: володіння комп'ютерними технологіями підвищення свого фахового рівня засобами Інтернету; використання комп'ютерних технологій у професійній (педагогічній і науковій) діяльності; створення об'єктів інтелектуальної власності (розробка програмного забезпечення для комп'ютерних центрів дистанційної освіти, ноу-хау, винаходів) та їх презентація у засобах масової комунікації.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями. На сьогодні інформатизація всіх сфер людської діяльності призвела до виникнення нової суспільної формації – постіндустріального інформаційного суспільства. Людство провело 3 мільйони років у лісах, 3 тисячі років – на полях, 300 років – у цехах заводів і фабрик і 30 років – за екраном комп'ютера.

Класична педагогіка, починаючи з Яна Коменського, добре обслуговувала індустріальну епоху, але стала неадекватною інформаційному суспільству і тому назріла потреба розробки нової парадигми освіти. Стали явно непридатними такі компоненти освіти індустріального суспільства, як: освіта – для виробництва; здобуті знання в юності – запас на все життя, педагог передає знання, а учень їх засвоює; книга як основний засіб збереження і передачі інформації, стабільна структура учбових дисциплін і ригідність форм організації учбового процесу з акцентом на аудиторні заняття тощо.

Потреба в новій постіндустріальній педагогіці давно назріла і активно розробляється світовою науково-педагогічною спільнотою. Сучасна педагогіка доповнюється новими перспективними підходами, такими, наприклад, як коннективізм, де навчання розглядається як процес створення електронної мережі, вузлами якої є люди, організації, бібліотеки, сайти, книги, журнали, бази даних, або будь-які інші джерела інформації [1].

Доступ до навчання став, по суті, доступом до інформаційних ресурсів і освітніх послуг, що дозволяє тим, хто навчається не тільки споживати освітні ресурси, але й розробляти їх. Навчання, таким чином, еволюціонувало від передачі інформації і знань до виробництва інформації і знань.

Сучасні вимоги розбудови держави ставлять на порядок денний багато проблем, серед яких – реформування сестринської освіти.

Серед психолого-педагогічних аспектів ступеневої медсестринської освіти особливої актуальності набуло опанування магістрами сестринської справи основ комунікативної компетентності.

Формування цілей статті (постановка завдання). Розвиток комунікативної компетентності займає ключове місце в підготовці майбутніх фахівців сестринської справи. Багатоаспектність діяльності медичної сестри висуває певні вимоги до її індивідуальних психологічних особливостей та професійних якостей і особливо до рівня комунікативної компетентності. В українській педагогіці переважає тенденція, згідно з якою професійну освіту майбутніх фахівців визначають через поняття "компетентність", а компетентнісний підхід є провідним методологічним підходом до обґрунтування державних стандартів освіти в Україні.

Однак у педагогічній практиці та теорії мають місце істотні протиріччя, зокрема:

– між визнанням компетентнісного підходу визначальним щодо обґрунтування державних стандартів освіти за медичними напрямками підготовки майбутніх фахівців і недостатнім усвідомленням вимог цього підходу організаторами та суб'єктами освітнього процесу у вищих медичних навчальних закладах;

– між науковим змістом поняття "комунікативна компетентність" і неоднозначним трактуванням його смислу організаторами та суб'єктами освітнього процесу у вищих медичних навчальних закладах.

Мета нашого дослідження полягає у теоретичному аналізі комунікативної компетентності майбутніх медичних сестер із завершеною вищою медсестринською освітою – магістрів медсестринства.

Для досягнення мети використано наступні **методи наукового дослідження**: математичне моделювання, контент-аналіз законодавчих нормативних документів та метод структурного аналізу і логічного узагальнення.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. В українській педагогічній науці проблема професійної підготовки магістрів сестринської справи є відносно новою. Дослідження проблематики завершеної вищої медсестринської освіти зародилось уже в незалежній Україні. Аналіз та узагальнення наукових праць, присвячених цій проблемі, дає змогу виокремити два етапи:

– Перший етап (90-ті роки ХХ ст. – перші роки ХХІ ст.) характеризувався появою інтересу науковців до вищої медсестринської освіти, визначенням її суті, напрямків, змісту, вивченням міжнародного досвіду.

– Другий етап розпочався у 2008 році. Хронологічно він збігається з початком підготовки перших магістрів медсестринства в Україні, відкриттям з цією метою Житомирського інституту медсестринства, Навчально-

наукового інституту медсестринства у складі Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, кафедр медсестринства у Буковинській державній медичній академії та в Харківському національному медичному університеті.

У 2008 році було започатковано випуск низки науково-інформаційних видань: журналів – "Магістр медсестринства" та "Медсестринство України", збірників матеріалів щорічних Всеукраїнських науково-практичних конференцій "Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи", "Вісника Житомирського інституту медсестринства".

Згідно з наказом МОЗ України і НАМН України № 522/51 від 12.09.08 р. "Про концепцію розвитку вищої медичної освіти" Житомирський інститут медсестринства визначено провідним і відповідальним за впровадження ступеневої медсестринської освіти в державі.

Завдяки вищезазначеним організаційним заходам та початку наукових досліджень магістрів медсестринства, на другому етапі стрімко розширюється проблематика досліджень, вивчаються передові технології професійної підготовки, у тому числі педагогічні, медичні та психологічні аспекти комунікативної компетенції в умовах ступеневої медсестринської освіти.

Поняття комунікативної компетенції ввійшло у науковий обіг у 1972 р. завдяки американському лінгвісту Д. Хаймсу (D. Hymes), який новим терміном замінив поняття лінгвістичної компетенції, яке обмежувалось суто лінгвістикою [2].

Після того як Д. Хаймс (D. Hymes) вивів комунікативну компетентність із царини лінгвістики, розширив і доповнив поняття комунікативної компетенції як невід'ємної складової професійної компетенції, було створено цілу низку її галузевих моделей. При цьому кожен дослідник знаходив і звертав увагу на істотні аспекти комунікативної компетентності, які виходять далеко за межі не лише лінгвістики, але й педагогіки. Різні аспекти комунікативної компетенції почали не лише вивчати, але й активно використовувати психологи, медики, журналісти, політики, юристи, військові та представники інших професій, які відкривали особливості професійної комунікативної компетенції, притаманні для своєї галузі.

Комунікативну компетентність як процес можна звести до інформаційної матриці: почуте, побачене, прочитане → запам'ятоване, осмислене, емоційно забарвлене → сказане, показане, написане (рис. 1).

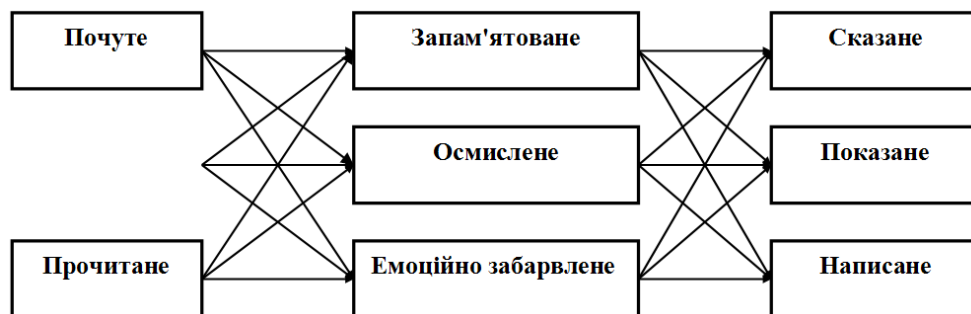


Рис. 1. Комунікативність як процес.

Тому у сферу комунікативної компетентності входять знання закономірностей збору і поширення інформації, а також мистецтво бути зрозумілим і переконливим. На основі такого розширеного розуміння комунікативної компетентності ми пропонуємо власну класифікацію цього поняття.

Відтак, комунікативна компетентність поділяється на такі різновиди:

I. Побутова комунікативна компетентність.

1. Загально-людська комунікативна компетентність.
2. Комунікативна компетентність аферистів і шахраїв.
3. Комунікативна компетентність осіб, що надають сексуальні послуги.

II. Професійна комунікативна компетентність.

1. Педагогічна.
2. Психологічна.
3. Медична.
4. Комунікативна компетентність політиків (дипломатія, ораторське мистецтво, риторика, уміння вести полеміку в прямому ефірі, піар, харизма, дезінформація, фальсифікація історії, ідеологізація та поділ суспільства на партії за інтересами тощо).
5. Комунікативна компетентність військових (криптологія).
6. Релігійна комунікативна компетентність (комунікативна компетентність проповідників – духовна розрада, виховання релігійних моральних цінностей і релігійного світогляду, виокремлення та гуртування віруючих у релігійні общини тощо).
7. Юридична комунікативна компетентність працівників органів правосуддя: слідчих, прокурорів, суддів та адвокатів.
8. Комунікативна компетентність бізнесменів (мистецтво завоювання довіри партнерів).

9. Мистецька комунікативна компетентність (література, музика, театр, естрада, живопис, скульптура, кіно, радіо, телебачення та інші мистецькі жанри, у тому числі масмедіа), визначальною ознакою якої є здатність викликати захоплення і естетичну насолоду.

10. Журналістська комунікативна компетентність (збір і розповсюдження засобами масової інформації не лише правдивої інформації, але й продукування дезінформації, створення і розвінчування ідолів, викриття, піар, формування харизми, звеличення, фальсифікація, наклеп, паплюження).

11. Інші різновиди професійної комунікативної компетентності.

III. Наукова комунікативна компетентність.

Щодо побутової комунікативної компетентності, то її набувають всі люди ще в дитинстві в процесі соціологізації та формування особистості. Побутова комунікативна компетентність значною мірою залежить від освіти, але освіта не є визначальною для цього різновиду комунікативної компетентності, оскільки навіть неграмотні люди завдяки розвинутій комунікативності, здоровому глузду і природженій життєвій мудрості з успіхом вирішують всі свої проблеми.

Побутова комунікативна компетентність поділяється на:

- 1) загально-людську комунікативну компетентність;
- 2) комунікативну компетентність авантюристів і шахраїв;
- 3) комунікативну компетентність осіб, що надають сексуальні послуги.

Загально-людська комунікативна компетентність, характерною особливістю якої є те, що вона ґрунтується на доброзичливості і доброчесності, являється невід'ємною складовою людяності. Незважаючи на те, що в минулому навіть самого поняття "комунікативна компетентність" не існувало, компетентно спілкуватись на побутовому рівні люди завжди вміли. Зразки витонченої загально-людської комунікативної компетентності ми знаходимо ще в древніх клинописних і папірусних текстах. На сьогодні загально-людська комунікативна компетентність розвинулась у чотири поширені переважно усні жанри, що широко використовуються при спілкуванні: прислів'я, афоризми, тости, анекдоти.

На відміну від загально-людської комунікативної компетентності, комунікативна компетентність авантюристів і шахраїв – це мистецтво обману, маніпулювання людьми, розпалювання азарту, зловживання довірою, гра на слабких (чудесне зцілення від хвороб зняття порчі, пристріту, навроків, вразу, корони безшлюбності, безпліддя, поєднання долі яснобачення, навіювання тощо) та темних сторонах людської душі: жадібності, заздрості, марнославстві.

Ще одним поширеним різновидом побутової комунікативної компетентності є комунікативна компетентність осіб, що надають сексуальні послуги з метою наживи: повії, гейші, танцівниці, стриптизерші, жигало, "доярки олігархів" та інші "пилососи" і "чистильники" карманів і гаманців багатіїв. Усі вони в досконалості опанували гру на них інстинкту і потягах людської натури, вербальні (мистецтво спілкування) та невербальні (мова тіла) способи використання людських вад і слабкостей.

Ми не будемо детально зупинятися на цих різновидах побутової комунікативної компетентності. Вони обидва зав'язані на дезінформації, тобто вмінні компетентно видавати бажане за дійсне і навпаки. Наведемо лише зауваження Отто фон Бісмарка з цього приводу: "Найбільше брешуть під час війни, після полювання та перед виборами" та афоризм Артура Шопенгауера: "На жаль, всі негідники напрочуд товариські".

Для нас більш цікавим є феномен побутової комунікативної компетентності, породжений поточним етапом розвитку людської цивілізації – появи "Людини мережі або Інтермена".

На сьогодні явно визначились дві альтернативні тенденції впливу Інтернету на сучасну людину.

1) Позитивний вплив: принципово новий рівень розвитку науки, техніки і культури, що збагачує людство можливістю кожного проявити себе; розширення географічних зон економічної, наукової і культурної співпраці – швидкий доступ до шедеврів світового мистецтва, носіїв та сховищ економічної, наукової, секретної інформації тощо; можливість працювати, не виходячи з дому, що досить актуально для людей з обмеженими фізичними можливостями.

2) Негативний вплив: зміна свідомості сучасної людини, пов'язана зі специфічною залежністю від Інтернету; занепад духовних і моральних цінностей, пов'язаний з анонімністю, вседозволеністю, безкарністю, кіберзлочинністю, мережевим шахрайством тощо; дефіцит поваги до думки віртуальних співрозмовників, ігнорування авторських прав на інтелектуальну власність, тотальний плагіат, нетерпимість до інакомислення, захоплення мережевим хуліганством тощо.

Для інтелектуально розвиненої людини, яка володіє всіма нормами усного й писемного мовлення, Інтернет – безмежна можливість збагачення культурного мовленнєвого рівня (наприклад, засіб опанування іноземною мовою), презентації власних ідей, винаходів, відкриттів.

У той же час у мережі виникають клуби самогубців, наркоманів, терористів-початківців тощо.

Часто-густо спостерігаються порушення адекватності людської поведінки: дереалізація, втрата життєвих орієнтирів, занепад моралі і духовних цінностей, зміщення ядра структури особистості.

Вчені дослідили і встановили, що виникнення патологічної залежності від Інтернету, чи адикції підпорядковується певним закономірностям.

Перша стадія – людина почала працювати в мережі, це її зацікавило і вона намагається використовувати Інтернет для роботи та розваги. Це нормально, якщо зберігається усталена пропорція між роботою і дозволами, яка увійшла в звичку сформованої особистості до знайомства з мережею.

А от друга стадія, коли людина увесь час проводить в Інтернеті у пошуках розваг, викликає тривогу. Добре, якщо вона невдовзі перейде до третьої стадії – спокійного, виваженого ставлення до Інтернету, коли його використовують у разі потреби. Більшість людей швидко проходить перші дві стадії і залишається на третій. Однак деякі користувачі можуть зависнути на другій стадії. Вони стають залежними від сайтів в Інтернеті, від обговорення скандальної, зазвичай сексуальної або кримінальної тематики в чатах або на спеціальних телеконференціях "для дорослих", відчуваючи ейфорію від перебування в мережі. Поза мережею вони стають роздратованими, відчувають спустошеність, депресію. При цьому їх лексичний запас різко зменшується, внаслідок чого зростають труднощі спілкування з іншими людьми поза Інтернетом. Повертаючись у реальне життя, вони навмисно прагнуть відмежуватися від оточуючих. Щоб виправити свій стан, їм уже не обійтися без допомоги психолога, а то й психіатра [3].

Становлення та розвиток людської цивілізації завжди супроводжувались прагненням до аналізу духовного начала в людині, до вивчення її раціональної та ірраціональної сторін. Упродовж віків створювались теоретичні моделі людини, в яких здебільшого увага акцентується на залежності людини від знеособлених соціальних сил. Попри те, що будь-яка модель спрощує й спотворює дійсність, кожна з них є корисною для розуміння тих явищ, які вона відображає.

Ось далеко не повний перелік найбільш відомих моделей людини: "Людина самотня" (Д. Рісмен), "Людина бунтівник" (А. Камю), "Людина – представник класу" (К. Маркс), "Надлюдина" (Ф. Ніцше), "Людина-Швейк" (Я. Гашек), "Людина натовпу" (Г. Ортега-і-Гассет), "Одновимірна людина" (Г. Маркузе), "Людина відчужена" (Н. Еліас), "Людина-споживач" (Е. Фромм), "Втрачена людина" (В. Ядов), "Парадоксальна людина" (Ж. Тоценко), "Катастрофічна людина" (В. Шубкін), "Постлюдина – Homo Post-Soveticus" (Ю. Левада), "Перехідна людина" (С. Смірнов), "Людина-кіборг" (Т. Чеснокова), "Людина-мутант" (С. Хоружий), "Людина-клон" (Р. Курцвайль), "Людина-чаклун" (Д. Роулінг), "Людина-химера" (В. Свиридюк), "Людина мережі або Інтермен" (І. Девтеров) [3].

Поява Інтерменів була зумовлена тим, що віртуальна реальність відкрила нові горизонти для інтерактивності. Сучасне "мережеве" покоління прийшло на зміну "екранному", де гра йшла в одні ворота (з телевізором), настала ера інтерактивності, тобто активної участі у віртуальних мережевих процесах будь-кого з бажаними.

І. Девтеров з цього приводу цілком слушно констатує: "Якщо "екранне" покоління лише пасивно бомбардувалося інформаційними потоками найрізноманітнішого характеру, без можливості якось впливати на зміст останніх, то "мережеве" покоління зростає в інтерактивному режимі, тобто, режимі активних комунікацій і наявності постійного зворотного зв'язку з будь-яким сайтом Інтернету або просто респондентом світової павутини" [3].

Він же поділив "Людину мережі" на наступні підвиди:

- Інтермен-маргінал – користувач інформацією, який лише "живе" в мережі;
- Інтермен-хакер (користувач прихованою інформацією);
- Інтермен-креативщик (творець інноваційних інформаційних проектів).

Віртуальна псевдореальність змінює свідомість та світогляд молоді людини. Підліток, який "повернувся" з віртуального світу, несе з собою іншу шкалу життєвих цінностей та іншу спрямованість діяльності. Згідно з І. Девтеровим: "Інтерменом можна назвати людину XXI століття, життя якої зав'язане на Мережі. Особистість Інтермена формується в Мережі і належить мережевим співтовариствам. Інтермен будує плани, виходячи лише з можливостей, що відкриваються Мережею, інтелектуально і емоційно прив'язаний до неї, залежить від процесів, що відбуваються у кіберпросторі, переживає захват і потрясіння у зв'язку з подіями, що відбуваються в Мережі, закохується і ненавидить через Мережу, шукає допомоги, підтримки через Мережу і лише в Мережі. Психологічно Інтермен прив'язаний до процесів у Мережі, що мають до нього безпосереднє відношення, оскільки лише їх вважає справжніми, вартими його уваги та часу" [3].

Із професійних різновидів комунікативної компетентності для медсестер найбільший інтерес становить медична. Вона має багато аспектів, серед яких у даному дослідженні ми зупинимось лише на основних.

До них належить комунікативна компетентність медичних працівників при зборі інформації, необхідної для постановки діагнозу. Обстеження пацієнтів починають з розпитування, метою якого є отримання від хворого даних про його хворобу та пов'язані з нею відчуття. Розпитування хворого називається також збиранням анамнезу (від грецького *anamnesis* – спогад). Хоча анамнестичні дані носять певною мірою суб'єктивний характер, однак вони відіграють ключову роль у встановленні діагнозу. Необхідно зазначити, що в будь-якій, навіть самій вузькій галузі медицини, на кшталт офтальмології, стоматології чи психіатрії, методологія збору анамнезу відпрацьована до найдрібніших деталей.

У подальшому, у процесі лікування, спілкування між пацієнтом і медичним працівником, зазвичай, встановлюється одна з наступних моделей комунікативної взаємодії: авторитарна, партнерська, контрактна, маніпулятивна, особистісно-орієнтована, чергувально-командна.

1. Авторитарна або модель керівництва залишається основною, найбільш розповсюдженою формою взаємовідносин "медпрацівник – пацієнт". Це – жорстка модель, за якої медпрацівнику належить провідна роль. Медпрацівник домінує у взаєминах, займає активну лідерську позицію, одноосібно визначає стратегію і тактику лікування та догляду. Всі рішення з ключових питань лікувально-діагностичного процесу приймає він сам і бере на себе всю повноту відповідальності – юридичну, моральну, психологічну. Зазвичай, цей стиль взаємин пацієнту медичним працівником не нав'язується. Він встановлюється спонтанно за мовчазною згодою сторін. Справа в тому, що у багатьох випадках (особливо це стосується тяжких травм чи інших гострих захворювань) пацієнт, який до цього особливих проблем зі здоров'ям та контактів з медициною не мав, попадає у незвичну, незрозумілу і неконтрольовану ним ситуацію. Він змушений повністю покладатися на професіоналізм і високі

моральні якості медичних працівників. Пацієнти самі вибирають цей стиль взаємовідносин, оскільки усвідомлюють свою повну залежність. У випадку авторитарної моделі пацієнт є залежним, пасивним об'єктом. Це покладає велику відповідальність на медпрацівника. Він має демонструвати повну впевненість, навіть у тих випадках, коли є підстави сумніватися у правильності діагнозу чи виробленої тактики і стратегії лікування. Не можна радитися з хворим чи пропонувати йому альтернативні варіанти. Він цього від медпрацівника не чекає. У пацієнта немає необхідних знань для оцінки ситуації та правильного вибору. Ні в якому разі неприпустимо скорочення психологічної дистанції. На пацієнта негативно впливає зміна в запланованих та доведених напередодні до його відома дій, наприклад, що намічена на певну дату операція чи маніпуляція відкладається. Якби на то не були об'єктивні причини, вони не виправдовують медичних працівників в очах пацієнта.

За авторитарної моделі пацієнт не має можливості ні вибору лікаря, ні вибору лікувального закладу, він скеровується до найближчого профільного ургентного стаціонару в терміновому порядку, тому в нього нічого не залишається, як повністю довіряти медичним працівникам і надіятися, що тут працюють високоморальні люди, а все що робиться, робиться правильно, своєчасно і на його благо. Така модель притаманна державним стаціонарним закладам охорони здоров'я (лікарням), де в ідеалі має бути забезпечено надання невідкладної медичної допомоги всім, хто її потребує, своєчасно і безкоштовно.

2. Партнерство. Партнерська модель взаємовідносин "медпрацівник-пацієнт" є більш демократична. Як модель неавторитарного співробітництва, вона передбачає активну участь пацієнта в лікувальному процесі. При цьому передбачається певна ступінь відповідальності і самостійності хворого, його участь у прийнятті спільних рішень при визначенні тактики і стратегії лікування. Обговорення альтернативних варіантів організації лікувально-діагностичного процесу не тільки можливе, але й доцільне. Партнерська модель характеризується можливістю торкнутися в бесіді будь-якої теми, поділитись проблемою кожному з учасників взаємодії, не зменшуючи при цьому лікувального ефекту. Взаємодія організується на основі усвідомлення необхідності знаходження спільної мови, угоди стосовно розуміння хвороби, особливостей її перебігу, стратегії лікування. Фахівець враховує особливості клієнта, вік, характер, ситуативні фактори (настрій, місце, умови), виступає як активний суб'єкт взаємодії, надаючи партнеру певний ступінь свободи і відповідальності. Колегіальні відносини характеризуються усвідомленим прагненням до кооперації. Медичний працівник приділяє увагу діагностиці особистості партнера, і таким чином, визначаючи його проблему і вибираючи найнеобхідніші для цього засоби взаємодії, обов'язково дотримується етичних і деонтологічних принципів медичної діяльності, сприймає партнера як незалежного і самостійного, надаючи йому право мати власну думку щодо лікування, а також визначати стиль своєї поведінки. Для встановлення такого типу спілкування потрібен певний, досить високий рівень обізнаності пацієнта з проблемами його здоров'я. Найчастіше такий стиль формується в амбулаторній практиці, коли пацієнтом є медичний працівник або хворий має хронічне захворювання на кшталт цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, подагри тощо, коли пацієнт детально вивчив свою хворобу, та знає все, що з нею пов'язане. В основі спілкування лежить емпатійний підхід з боку медпрацівника. Співпереживання визначає більшу ступінь психологічної близькості, однак і тут особисті дружні стосунки є небажаними. Така модель можлива як у державній, так і в приватній медицині. Якраз саме вона забезпечує задеклароване право пацієнта на вибір лікаря.

3. Контрактна модель. В умовах платної медицини (страхової чи приватної) склалася контрактна (договірна) модель взаємовідносин "медпрацівник-пацієнт". Вона дозволяє контролювати лікувально-діагностичний процес обом учасникам. У межах контрактної моделі медпрацівник і пацієнт приступають до лікування на основі письмової угоди. Невиконання чітко обумовлених в контракті положень і вимог може бути підставою для виникнення конфліктних ситуацій аж до судових тяжб. Це стосується не стільки лікарських помилок, які доказати буває досить важко навіть досвідченим юристам чи медичним експертам, скільки порушень медпрацівником, як довіреною особою пацієнта, конфіденційності (лікарської таємниці). Особливої актуальності конфіденційність набуває при лікуванні так званих VIP-персон. Політики високого рангу, зірки масмедіа, олігархи хворіють не менше, ніж пересічні громадяни. Однак будь-яка інформація щодо їх приватного життя, у тому числі й про перенесені хвороби чи наявні проблеми зі здоров'ям, надзвичайно дорого оплачується власниками таблоїдів, телевізійних каналів та інших засобів масової інформації бульварного гатунку. Звісно, взаємовідносини між медичним працівником і елітним типом пацієнтів ґрунтуються, насамперед, на довірі, однак ніщо так не сприяє її зміцненню, як матеріальна складова, закріплена в контракті.

4. Маніпулятивна модель. Для цієї моделі характерні формальні відносини між суб'єктами за чіткої спрямованості медпрацівника на отримання вигоди. До пацієнта відносяться як до корисного об'єкта, якщо потрібен, то активно вступають в контакт, якщо ні – відштовхують. У межах відносин "медичний працівник – пацієнт", представник сфери охорони здоров'я виявляє невисоку зацікавленість у встановленні та проведенні результативної взаємодії, керується власними потребами і мотивами. Колег розцінює не як партнерів, а як засоби для досягнення кар'єрного росту та високих посад. У сучасних умовах маніпулятивна модель найбільш часто реалізується або у відкритій примітивній формі поборів з пацієнта, або в замаскованій корупційній схемі "відкатів" лікарю з боку аптек і фармацевтичних фірм за виписку рецептів на вартісні ліки конкретної фармацевтичної фірми при наявності в аптечній мережі менш вартісних аналогів. Ще більш неприйнятним для суспільства є зловживання медичними працівниками довірою пацієнтів, коли пацієнту нав'язують непотрібні, а тому шкідливі, оперативні втручання чи вартісну, однак неефективну хіміотерапію. Найчастіше таке трапляється при наданні медичної допомоги невеликим онкологічним хворим, коли замість симптоматичного лікування, яке зменшує страждання пацієнта, йому пропонують неефективну вартісну

хіміотерапію, яка лише подовжує страждання хворого і служить виключно джерелом доходу для медпрацівника. Посередниками в реалізації маніпулятивних схем взаємодії виступають представники фармацевтичних фірм, які проводять агресивну маркетингову політику.

5. Особистісно-орієнтована модель. В основі такого типу взаємовідносин лежить не просто емпатійний підхід до партнера, а повне духовне єднання споріднених душ. Медпрацівник бере на себе всю юридичну і моральну повноту відповідальності за здоров'я пацієнта, демонструючи при цьому найвищі прояви духовності і моралі. Медпрацівник жертвує часом, не рахується з особистими фінансовими витратами, прив'язується до пацієнта як до найближчої людини у своєму житті. Модель розповсюджена серед віруючих медпрацівників, які працюють у будинках дитини, притулках для сиріт, обслуговують немічних літніх людей у закладах соціального забезпечення, при патронажі на дому самотніх осіб, нездатних себе обслуговувати. Любов до Бога у віруючих медпрацівників закономірно трансформується в Любов до ближнього і є основою Милосердя як найвищого прояву людяності і професійності медичного працівника.

Якщо 5 перших моделей взаємодії досліджені досить добре, то остання, чергувально-командна модель, у вітчизняній медичній літературі не має навіть загально прийнятого визначення. У той час, як за кордоном цій проблемі присвячено чисельні наукові дослідження, ключовими словами яких є *hand off* та *hand over*. Лише англійських статей, присвячених цій тематиці, впродовж 20 років, з 1987 по 2007 рр., надруковано 2649 [4].

Hand off у буквальному значенні – пас, передача м'яча в американському футболі. *Hand over* перекладається з англійської як делегування повноважень. Суть же цієї моделі комунікативної взаємодії в медичній практиці полягає в тому, що на противагу особистісно-орієнтованому підході при "хендовері" медперсонал не має змоги встановити теплі, дружні стосунки з пацієнтами, оскільки працює командами позмінно. Зазвичай команда, яка сьогодні мала справу з одним контингентом хворих, на наступному чергуванні опікується зовсім іншими пацієнтами, оскільки попередні хворі або померли, або були переведені до інших відділень. За такою моделлю працюють всі приймальні відділення лікарень, відділення невідкладної, ургентної допомоги, відділення і центри екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, відділення і центри анестезіології та інтенсивної терапії, пологові будинки і перинатальні центри та ще низка інших відділень багатопрофільних лікарень. Найважливішим моментом комунікативної компетентності за цієї моделі є передача повної і достовірної інформації щодо проблем пацієнтів від команди, що здає зміну, команді, що заступає на чергування. Це – досить складна процедура, яка в зарубіжних клініках триває півтори-дві години, оскільки супроводжується аналізом та оцінкою правильності дій або бездіяльності попередньої зміни, тому що успіх чи невдача в роботі заступаючої зміни значною мірою залежить від того, що правильно і вчасно, неправильно, або із запізненням, чи зовсім не зробила попередня команда. У медицині втрата часу варта життя [5].

При цьому вирішального значення набуває інформаційне забезпечення, яке реалізується широким використанням сучасних комп'ютерних систем моніторингу за станом пацієнтів та фіксації дій чи бездіяльності медперсоналу.

При комерційному підході до організації лікувально-діагностичного процесу, в основі якого лежить інтенсифікація праці, або при бажанні влади економити на медицині, діяльність закладів охорони здоров'я може набувати рис конвеєрної системи, за якої немає місця для духовності, а провідну роль відіграє професіоналізм медперсоналу, який досконало володіє сучасними телекомунікаційними технологіями збору, збереження і передачі інформації.

З урахуванням вищевказаних 6-ти моделей, однак, головним чином, залежно від рівня отриманої ступеневої освіти і набутої професійної комунікативної компетентності складаються взаємовідносини медичної сестри і пацієнта.

Для надання ефективної кваліфікованої допомоги дипломована медична сестра повинна не тільки досконало засвоїти необхідну систему фахових знань, умінь і практичних навичок, але й досконало володіти мистецтвом спілкування. До комунікативної компетентності дипломованої медичної сестри варто віднести вміння вести діалог з хворим, здатність до емпатії, спроможність у різних нестандартних ситуаціях займати адекватну позицію, щоб не зруйнувати віру пацієнта в одужання, уміння активно й тактовно співпрацювати з колегами.

Формування комунікативної компетентності нероздільне і повинно відбуватись паралельно з формуванням духовно-ціннісної сфери майбутніх медиків. Найкращі риси медсестри як сестри милосердя особливо необхідні в паліативній медицині приреченим на смерть хворим, життя яким медицина врятувати не може, однак має оточити їх турботою і любов'ю, щоб вони змогли дожити свої останні дні достойно і без страждань.

Варто зазначити, що на початковому етапі навчання студенти-медики, зазвичай не володіють навичками міжособистісного спілкування, по-різному відносяться до тієї чи іншої ситуації, часто проявляють нетерпимість до тих, хто не поділяє їхню точку зору. Частина з них має завищену самооцінку, що також заважає побудові гармонійних міжособистісних відносин, тому не секрет, що студентам перших курсів вищих медичних навчальних закладів притаманний загалом невисокий рівень комунікативної компетентності.

Тому комунікативну компетентність необхідно формувати впродовж всього терміну навчання. Організацію педагогічної діяльності з формування комунікативної компетентності студентів вищих медичних навчальних закладів умовно можна поділити на два етапи: теоретичний і практичний.

Теоретичний етап спрямований на засвоєння студентами знань зі всіх аспектів комунікативної компетентності, а саме: спілкування як особливого та невід'ємного напрямку діяльності медичного працівника; особливостей міжособистісної взаємодії суб'єктів медичної сфери; відношення до пацієнта як об'єкта і суб'єкта комунікативної взаємодії; перцептивних, невербальних, паралінгвістичних, екстралінгвальних механізмів

комунікації; ятрогенії як наслідку порушення комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів; деонтології як етичної основи комунікації тощо. Засвоєння представлених теоретичних елементів формування комунікативної компетентності студентів вищих медичних навчальних закладів відбувається при вивченні навчальних дисциплін "Основи психології та міжособистісного спілкування", "Медсестринська етика та деонтологія", "Основи медсестринства", "Медсестринство в сімейній медицині". Крім того, соціолінгвістична (мовна) складова комунікативної компетентності формується при вивченні гуманітарних дисциплін, а саме: філософії, історії, української мови за професійним спрямуванням тощо.

Практичний етап спрямований на оволодіння студентами вищих медичних навчальних закладів умінь та навичок комунікативної компетентності та формується у процесі виконання студентами завдань з виробничої практики та через залучення їх до виконання професійно орієнтованих завдань при вивченні клінічних дисциплін. Навички спілкування з усіма категоріями хворих мають бути відпрацьовані до автоматизму, тоді медична сестра буде їх застосовувати як у повсякденних, так і в критичних ситуаціях. Для цього доцільно використовувати інноваційні методи інтерактивного навчання, які допомагають розвивати навички комунікації, засвоювати алгоритми вирішення ситуаційних задач; постановку, обговорення проблеми та її колегіальне вирішення; використання ділових ігор, імітаційних тренінгів; моделювання клінічних ситуацій; вироблення стандартів сестринського догляду. Елементи формування комунікативної компетентності мають бути включені у всі алгоритми виконання сестринських маніпуляцій.

Магістр медсестринства за освітньо-кваліфікаційними характеристиками істотно вирізняється від дипломованих медичних сестер та медсестер-бакалаврів. Специфікою магістрів за спеціальністю "Сестринська справа" є те, що вимоги до навчальних програм концептуально мають забезпечувати професійну спрямованість майбутніх викладачів сестринських дисциплін, системне вивчення ними загальної педагогіки, формування комунікативної компетенції, використання сучасних інноваційних технологій освіти для вибору оптимальної стратегії викладання спеціальних сестринських предметів залежно від рівня підготовки студентів.

Магістри медсестринства як майбутні керівники відділень сестринського догляду, хоспісів, професійні менеджери сестринської справи в практичній охороні здоров'я повинні вміти оцінювати, аналізувати дані, контролювати і здійснювати сестринський процес, встановлювати методи і пріоритети сестринських втручань, навчати персонал на робочому місці, вміти спілкуватись, працювати у команді.

Як керівники хоспісів і відділень сестринського догляду магістри медсестринства мають вміти організувати своїм підопічним телеконсультування. Телемедична консультація – це надання медичних послуг з використанням інформаційно-комунікаційних технологій з метою прийняття найбільш оптимального та своєчасного клінічного рішення для тих пацієнтів, відстань знаходження яких від профільних фахівців є критичним фактором [6]

Тому доцільним є запровадження таких навчальних планів і програм, в яких буде враховано всі аспекти формування у студентів комунікативної компетентності як важливої складової професійної компетенції лідера, наставника, керівника, координатора, науковця-дослідника, соціального маркетолога, а саме запровадження спецкурсів "Викладання предметів у вищих медичних навчальних закладах" для майбутніх викладачів сестринських дисциплін та "Лідерство у медсестринстві" для майбутніх менеджерів сестринської справи в практичній охороні здоров'я.

Наступною важливою складовою підготовки магістрів сестринської справи є інтеграція навчального процесу з науково-дослідною роботою, яка передбачає формування у них наукової комунікативної компетентності.

Ми виокремлюємо три рівні наукової комунікативної компетентності: володіння комп'ютерними технологіями підвищення свого фахового рівня засобами Інтернету; використання комп'ютерних технологій у професійній (педагогічній і науковій) діяльності; створення об'єктів інтелектуальної власності (розробка програмного забезпечення для комп'ютерних центрів дистанційної освіти, ноу-хау, винаходів) та їх презентація у засобах масової комунікації.

Набутий нами досвід підготовки магістрів медсестринства в Житомирському інституті медсестринства дозволяє стверджувати, що впродовж двох років навчання всі магістри медсестринства опановують перший рівень, хоча є певні труднощі з прослуховуванням лекцій on-line на іноземних мовах. Якщо з російською проблем не виникає, то навіть з англійською науковою медичною термінологією у більшості магістрів наявні очевидні труднощі, не кажучи вже про китайську, французьку, іспанську чи арабську міжнародні мови.

Щодо використання комп'ютерних технологій для підготовки, організації і проведення навчального заняття за дистанційною формою навчання, розробки електронних підручників, створення власного освітнього Web-сайту з метою поглиблення наукової і викладацької компетентності, участі у віртуальних наукових форумах або вебінарах, на яких обговорення доповідей відбувається on-line, то більшість магістрів медсестринства не досягають цього рівня наукової комунікативної компетентності.

Третій рівень на сьогодні є недосяжним для всіх без винятку магістрів медсестринства.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

1. Невід'ємною складовою підготовки магістрів медсестринства є опанування ними професійною та науковою комунікативною компетентністю.

2. Магістри медсестринства як майбутні керівники відділень сестринського догляду, хоспісів, професійні менеджери сестринської справи в практичній охороні здоров'я повинні вміти оцінювати, аналізувати дані, контролювати і здійснювати сестринський процес, встановлювати методи і пріоритети сестринських втручань, навчати персонал на робочому місці, вміти спілкуватися та працювати в команді.

3. Невід'ємною складовою підготовки магістрів сестринської справи є інтеграція навчального процесу з науково-дослідною роботою, яка передбачає формування у них наукової комунікативної компетентності з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, що передбачає опанування ними 3-х рівнів такої компетентності: володіння комп'ютерними технологіями підвищення свого фахового рівня засобами Інтернету (неперервна освіта впродовж життя); використання комп'ютерних технологій у професійній (педагогічній і науковій) діяльності; створення об'єктів інтелектуальної власності (розробка програмного забезпечення для комп'ютерних центрів дистанційної освіти, ноу-хау, винаходів тощо) та їх презентація).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Siemens George. Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. December 12, 2004 [Електронний ресурс] / George Siemens. – Режим доступу : <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>.
2. Hymes D. H. On communicative competence / D. H. Hymes. – Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1971. – 213 p.
3. Девтеров І. Інтермен як нова особистість / І. Девтеров // Вища освіта. – 2011. – № 9. – С. 83–92.
4. Nursing Handoffs : A Systematic Review of the Literature / [Riesenberg L. A., Leisch R. N., Cunningham J., Janet M.] // American Journal of Nursing. – 2010. – Vol. 110 (4). – P. 24–34.
5. The Joint Commission. National patient safety goals. Handoff communications : standardized approach / NPSG [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09_FAQs/NPSG/Communication/NPSG.02.05.01/hand_off_communications.htm.
6. Наказ МОЗ України від 26.03.2010 р., № 261 "Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я".

REFERENCES (TRANSLATED & TRANSLITERATED)

1. Siemens George. Connectivism : A Learning Theory for the Digital Age. December 12, 2004 [Elektronnyi resurs] / George Siemens. – Rezhym dostupu : <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>.
2. Hymes D. H. On communicative competence / D. H. Hymes. – Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1971. – 213 p.
3. Devterov I. Intermen yak nova osobystist' [An Interman as a New Personality] / I. Devterov // Vyshcha osvita [High Education]. – 2011. – № 9. – S. 83–92.
4. Nursing Handoffs : A Systematic Review of the Literature / [Riesenberg L. A., Leisch R. N., Cunningham J., Janet M.] // American Journal of Nursing. – 2010. – Vol. 110 (4). – P. 24–34.
5. The Joint Commission. National patient safety goals. Handoff communications : standardized approach / NPSG [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu : www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09_FAQs/NPSG/Communication/NPSG.02.05.01/hand_off_communications.htm.
6. Nakaz MOZ Ukrainy vid 26.03.2010 r., № 261 "Pro vprovadzennia telemedytsyny v zakladakh okhorony zdorov'ia" [The Health Ministry Order dated the 26.03.2010, № 261 " On the Telemedicine in the Health Establishments].

Матеріал надійшов до редакції 04.04. 2012 р.

Свиридюк В. В. Инновационные образовательные технологии формирования коммуникативной компетентности магистров медсестринства.

В статье проанализированы перспективные подходы к формированию коммуникативной компетентности магистров медсестринства. Подчеркнуто значение профессиональной и научной коммуникативной компетентностей как важных составляющих подготовки магистров медсестринства в Украине. Предложено новое определение и новая классификация понятия "коммуникативная компетентность". Выявлены три уровня коммуникативной компетенции: владение компьютерными технологиями повышения своего профессионального уровня посредством Интернета; использование компьютерных технологий в профессиональной (педагогической и научной) деятельности; создание объектов интеллектуальной собственности (разработка программного обеспечения для компьютерных центров дистанционного образования, ноу-хау, изобретений) и их презентация в средствах массовой информации.

Svyrydiuk V. V. Innovative Educational Technologies of Forming the Nursing Masters' Communicative Competence.

The article analyzes the perspective approaches to forming nursing masters' communicative competence. The value of the professional and scientific communicative competences as important constituents of nursing masters' preparation in Ukraine is underlined. The new determination and new classification of the "communicative competence" concept are offered. Three levels of the scientific communicative competence are singled out: the computer technologies mastering, upgrading the professional level by means of Internet; the usage of computer technologies in the professional (pedagogical and scientific) activity; the creation of objects of the intellectual property (the design of computer programming for the computer centers of distance learning, know-how, inventions) and their presentation in mass-media.