

ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛАДОВИХ ПРОФЕСІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В СИТУАЦІЯХ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 316.6: 355.23

О. В. Булаєвська

Екстремальна комунікативна компетентність передбачає наявність у середнього медичного персоналу вміння швидкого обміну необхідною діагностичною інформацією, емпатійного сприймання і розуміння, а також терапевтичної взаємодії з пацієнтами.

Аналіз наукової літератури і практики надав змогу виокремити основні напрямки формування екстремальної комунікативної компетентності студентів – майбутніх медичних працівників середньої ланки.

Комунікативній стороні спілкування майбутнього медичного працівника середньої ланки і пацієнта властиві, на нашу думку, наявність зворотного зв'язку, комунікативних бар'єрів, вербального і невербального рівнів передачі інформації. Поняття соціального зворотного зв'язку ми знаходимо у Е. Дюркгейма [1]. Зміст цього поняття подано таким чином: однією з необхідних умов взаємодії людей, що відповідають сформованим у них уявленням про нормальний перебіг цього процесу і про досягнення в його процесі бажаних цілей, є безперервне одержання людиною інформації про результати її власних дій у цьому процесі. Це управління людиною своєю поведінкою досягається за допомогою механізму зворотного зв'язку. Е. Дюркгейм відмічає, що зворотний зв'язок, який добре функціонує, є однією з умов успішної роботи фахівця [1].

Мета статті – розглянути, проаналізувати й охарактеризувати вияви професійного спілкування середнього медичного персоналу (як складову його професійної діяльності) загалом та у ситуаціях невідкладної допомоги, зокрема.

У контексті спілкування медичного персоналу і пацієнта зворотний зв'язок – це реакція пацієнта на поведінку фахівця. Зворотний зв'язок

покликаний допомогти, наприклад, медичному персоналу середньої ланки зрозуміти, як він сам, його поведінка та інформація, що ним надається, сприймаються та оцінюються пацієнтом. У науковій літературі йдеться про два основні види зворотного зв'язку у процесі спілкування медичного персоналу і пацієнта: прямий і непрямий. У першому випадку інформація, що надходить від медичного персоналу, у відкритій формі містить реакцію на поведінку пацієнта. Такий зворотний зв'язок забезпечує адекватне розуміння її пацієнтом і створює умови для ефективного спілкування. Непрямий зворотний зв'язок – це завуальована форма передачі партнерові зі спілкування інформації. Для цього використовуються, наприклад, риторичні запитання, іронічні зауваження, вербальні та невербальні реакції. У цьому випадку той, хто “слухає”, повинен сам здогадуватись, що мав на увазі той, хто “говорить”, а це, природно, ускладнює процес спілкування, особливо, наприклад, у ситуаціях невідкладної допомоги.

Відомо, що спонтанний прийом сигналів зворотного зв'язку є недостатньо повним та інтерпретується людиною через власну систему координат. І. Островська вважає, що система координат медичного персоналу середньої ланки детермінується його професійними обов'язками і ґрунтується, у більшості випадків, на безоцінному позитивному ставленні до пацієнта. Коли йдеться про більшість випадків, І. Островська має на увазі, що іноді медичний персонал середньої ланки може поведінково оцінювати некоректну, з його точки зору, поведінку пацієнта, наприклад, дещо фамільярну. З іншого боку, описуючи феномен зворотного зв'язку, не можна не помітити, що подібна поведінка пацієнта, можливо, є відповіддю на поведінку медичного персоналу середньої ланки, який надав йому можливість поводити себе таким чином [2].

Адекватне сприйняття інформації медичним персоналом середньої ланки залежить також від наявності або відсутності в процесі його спілкування труднощів або бар'єрів. З численних термінів, що визначають труднощі спілкування, можна перерахувати такі: бар'єри, ускладнення, труднощі, порушення, дефекти, збої, розлади, перешкоди. Ці аспекти процесу спілкування

висвітлюються в роботах О. Бодальова, В. Кан-Калика, О. Леонтєва, Б. Ломова, Б. Паригіна, М. Обозова та ін. [3–10].

У широкому сенсі до бар'єрів спілкування належить усе те, що перешкоджає ефективному спілкуванню. Досліджуючи психологічні бар'єри міжособистісного спілкування, Б. Паригін вказує на їх складну сутність, що ґрунтується на складнощах і суперечливостях людського спілкування. На думку Б. Паригіна, потрібно розрізняти такі поняття, як “бар'єри в спілкуванні” і власне “бар'єри спілкування”. Бар'єри спілкування породжено самим процесом спілкування – ідентифікація, стереотипізація чи гра. До другого виду бар'єрів можна віднести бар'єри особистості, її психічного стану або предметної діяльності [7].

Щодо спілкування середнього медичного персоналу та пацієнта доречно говорити про наявність комунікативних бар'єрів. У цьому випадку, як зазначає І. Островська, може йтись як про існування у пацієнтів психологічного захисту від інформації про стан здоров'я і прогнози щодо цього, так і про можливі перешкоди на шляху адекватного сприйняття інформації у медичного персоналу [2]. М. Бітянова виокремлює бар'єри нерозуміння (фонетичний, семантичний, стилістичний, логічний – за Б. Поршневим) і бар'єри соціально-культурної відмінності та стосунків [11].

Фонетичний бар'єр може виникати, коли медичний персонал і пацієнт говорять швидко та невиразно, різними мовами (чи різними діалектами однієї мови), мають дефекти мовлення чи дикції.

Семантичний (смысловий) бар'єр пов'язано з проблемою жаргонів, що властиві людям певних вікових груп, професій або соціального стану (наприклад, мова підлітків, наркоманів, моряків, хакерів, жителів віддалених місцевостей тощо). Зняття такого бар'єру – актуальна проблема для представників медичної професії, оскільки від його подолання залежить успішність терапевтичного контакту. Тому у фахівця мають бути навички засвоєння чужих семантичних систем. Особливо це важливо, на наш погляд, для організації ефективного спілкування з підлітками. З іншого боку, буває, що

медичний персонал сам провокує виникнення смислового бар'єру у пацієнтів, без потреби використовуючи професійні терміни. Надалі це може призвести до розвитку патологічних реакцій унаслідок несприятливої дії медичного персоналу на психіку пацієнта.

Виникнення стилістичного бар'єру є можливим при невідповідності мови середнього медичного персоналу ситуації спілкування, наприклад, під час його фамільярної поведінки, коли він усіх пацієнтів старших певного віку називає "бабуся" чи "дідусь", не враховуючи психологічних особливостей людей та їх психологічного стану (зміна свідомості внаслідок захворювання чи прийому лікарських препаратів).

Коли медичний працівник проводить психопрофілактичні бесіди з пацієнтами перед будь-якими хірургічними втручаннями, навчає їх навичок прийому лікарських препаратів, використання апаратури, знайомить з різними методиками здорового способу життя, може виникнути бар'єр логічного нерозуміння. Тобто, логіка міркувань медичного персоналу може бути або занадто складною для пацієнта, або здаватися невірною чи непереконливою. Логіка доказів пацієнта також може бути помилковою з точки зору фахівця-медика.

Причиною виникнення соціально-культурних бар'єрів може бути сприйняття пацієнта як особи певної професії, національності, статі, віку, соціального статусу.

У процесі спілкування медичного працівника і пацієнта можуть виникати і бар'єри стосунків. Йдеться про негативні емоції, які викликає людина, причому причину формування до неї негативного ставлення, яке поширюється і на інформацію, яку вона передає, часто важко усвідомити.

І. Островська вважає, що будь-який із комунікативних бар'єрів – це, передусім, захист, який вибудовує пацієнт на шляху інформації, яку пропонує йому медичний персонал.

Отже, проблема вербальної комунікації або мовного спілкування за своєю природою є досить складною. Це обумовлюється тим, що засобом спілкування

в цьому випадку є мова як складна й високодинамічна система. Існує низка психологічних теорій формування мови, що пояснюють цей процес. Основними з них є теорія мовного розвитку та теорія Ж. Годфруа [12].

Важливо зазначити, що у межах нашої статті мовна комунікація розглядається як культурно-специфічне явище. “Мовне спілкування, що відбувається в суспільстві осіб, вихованих в умовах одного соціокультурного середовища, є фактом культури, за яким ми можемо ідентифікувати багато важливих культурних змін, як у житті цілого суспільства, так і в житті окремо взятого її суб’єкта” [13].

Існує безліч визначень поняття мовлення. “Мовлення слід розглядати як компонент активної, цілеспрямованої, комунікативної поведінки, продукт та елемент комунікації, оскільки за допомогою мовлення людина здатна вступати в чисельні контакти, у процесі яких вона розширює свій світогляд, встановлює взаємозв’язок із природним, предметним і соціальним світом, що її оточує. Мовлення, отже, є специфічною єдністю смислового і чуттєвого змісту, що надає змогу суб’єктові спілкування якнайповніше сприймати і бути сприйнятим” [13].

Для практичної діяльності середнього медичного персоналу характерною є своя специфіка вербального спілкування. Характеризуючи вербальну передачу інформації, В. Kozier і G. Erb вважають ефективним просте, ясне, доречне повідомлення, яке заслуговує на довіру та було передане у вдало вибраний час з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Під простотою спілкування розуміється стислість, закінченість фраз, що містять зрозумілі слова. З іншого боку, стисла інформація може потребувати її неодноразового повторення або уточнення, оскільки при цьому розуміння може бути неповним. Критерій ясності інформації передбачає, що після отримання повідомлення пацієнт може однозначно відповісти на запитання “що, як, скільки, де, коли, чому” щодо його подальших дій [14].

Буває, що повідомлення залишається неясним і у разі якісного незбігу вербального і невербального способів спілкування. В. Kozier і G. Erb називають

критерій “заслуговує на довіру” найбільш важливим для ефективного спілкування і вважають, що на довіру пацієнта до медичного персоналу впливають: ставлення колег; знання ним предмета обговорення і, одночасно, розуміння обмеженості своїх знань і вміння признатися в цьому; дотримання конфіденційності стосунків [14].

Критерій “доцільність повідомлення”, “вдалий вибір часу” можна об’єднати, на думку авторів, в один – “доцільність”. Урахування індивідуальних особливостей пацієнтів у цілому та їх зміни під час перебування останніх у лікарні В. Kozier і G. Erb вважають найважливішим критерієм вербальної адекватності передачі інформації [14]. Саме цей критерій є мірою простоти, ясності, доцільності, міри довіри стосунків для конкретного пацієнта.

Комунікативна компетентність передбачає опанування медичним працівником культури мовлення. Б. Головін виокремлює такі комунікативні якості гарної мови: правильність, точність, логічність, доцільність, чистота, багатство, виразність [15].

Щодо проблеми виховання правильної та гарної мови О. Леонтєв відмічає два моменти: по-перше, потрібно відпрацьовувати мовні навички, мовні автоматизми, необхідні для будь-якої мови незалежно від її призначення і способу побудови; по-друге, формувати мовні вміння, тобто якраз те, що робить мову такою, яка відповідає певній меті, що придатна для вирішення певного завдання [5].

Аналіз наукової літератури і практики надав нам змогу виокремити необхідний перелік умінь професійного вербального спілкування для середнього медичного персоналу: будувати свою мову відповідно до норм усної та письмової української літературної мови; розпізнавати і виправляти помилки та неточності у своїй промові; використовувати лінгвістичні засоби, що сприяють створенню точної мови; стилістично правильно виражати свої думки; уникати використання мовних засобів, що руйнують чистоту мови; застосовувати вербальні і невербальні засоби виразності; будувати її відповідно до комунікативних якостей “гарної мови”; впливати на людей словом;

відпрацьовувати прийоми раціональної мовної поведінки; грамотно використовувати у своїй промові професійну лексику.

Проте слід зазначити, що вербальна комунікація є не лише процесом мовлення, але й процесом “слухання”. На думку відомого фахівця з проблеми слухання І. Атватера, з усіх умінь, що визначають спілкування, вміння слухати є найбільш необхідним [16].

М. Берклі-Ален умінням слухати називає: сприйняття інформації від того, хто говорить (під час якого людина утримується від вираження своїх емоцій); заохочувальне ставлення до того, хто говорить (яке “підштовхує” акт спілкування); незначний вплив на того, хто говорить (сприяє розвитку думки останнього “на один крок уперед”) [17].

Ю. Гіппенрейтер вважає, що активно слухати – означає “повертати” людині у бесіді те, що вона нам розповіла, при цьому позначивши його почуття [18].

У зв’язку з цим слід згадати про два види слухання: критичне і емпатійне. При спільній меті в обох – зрозуміти партнера і поставитись певним чином до його повідомлення – шляхи досягнення цілі є різними. У першому випадку той, хто слухає, спочатку критично аналізує повідомлення, а потім вже його розуміє. У другому навпаки – той, хто слухає, спочатку намагається зрозуміти, про що говорить партнер, а вже потім здійснює критичний аналіз.

У спілкуванні медичного працівника і пацієнта (особливо у ситуаціях невідкладної допомоги) наявним повинно бути емпатійне слухання. Але, перш ніж виховувати у студентів медичних училищ навичок емпатійного слухання, їм необхідно надати змогу уявити поняття “емпатія” і прищепити почуття професійної емпатії до майбутнього пацієнта.

Проблема невербальної комунікації досліджувалася низкою психологів [19–21]. Так, Т. Гэмбл і М. Гэмбл відмічають, що, розмовляючи з іншими людьми, ми відправляємо два види послань: по-перше, однозначні, вербальні символи (слова) і, по-друге, продовжені, фігуральні, невербальні сигнали [21].

Отже, процес комунікації може бути подано в двох планах: “видимому” (вербальному) і прихованому (невербальному) плані. У культурі складаються, в основному, вимоги, що стосуються мовної поведінки. Як справедливо зазначає В. Лабунська, людина відповідає за сказане слово, а не за свою невербальну поведінку, яка залишається “невидимою” для суб’єкта, але при цьому здійснює помітний вплив на всі боки спілкування [22].

У практичному аспекті своєї професійної діяльності середній медичний персонал в основному контактує з ослабленими людьми (особливо – у ситуаціях невідкладної допомоги), яким важко спілкуватися за допомогою слів, тобто вербально. Тому він повинен мати навички кодування та декодування невербальних сигналів, що мають свою специфіку у процесі спілкування з пацієнтами.

На думку, І. Островської, вкрай важливо навчити середній медичний персонал читати невербальну складову у процесі спілкування з пацієнтами [2]. По-перше, це пов’язано з тим, що кожен невербальний код має для медичного працівника діагностично важливу інформацію про стійкі і динамічні фізичні та психологічні особливості пацієнта. Спеціальним чином підготовлений середній медичний персонал може довіряти цій інформації, оскільки елементи невербальної поведінки складно відтворювати за власним бажанням. По-друге, специфіка діяльності середнього медичного персоналу передбачає використання в його практиці невербальних компонентів, прийнятних для спілкування в основному тільки близьких людей, тому він має бути удвічі чутливим до невербальної інформації, що надходить від пацієнта. По-третє, за допомогою невербальних компонентів медичний працівник може здійснювати “якоріння” як позитивних, так і негативних реакцій пацієнта.

М. Шевандрін виокремлює такі види невербальних засобів спілкування: візуальні (кінесика; вираз обличчя, очей; пози, осанка, положення голови; напрямок погляду, візуальні контакти; проксемика; допоміжні засоби спілкування; засоби перетворення природної статури); акустичні; тактильні; ольфакторні [23].

Таким чином, одними з основних первинних умінь, що необхідні середньому медичному персоналу в його професійній діяльності, є:

уміння визначати внутрішній стан пацієнта за допомогою оцінювання його невербальної поведінки;

уміння самому використовувати невербальні засоби спілкування для покращання взаємин з пацієнтом.

Отже, спілкування як один з основних видів діяльності є наявним практично в усіх сферах професійної діяльності середнього медичного персоналу. Особливо актуальним є вміння використовувати ним невербальну складову професійного спілкування в ситуаціях невідкладної допомоги для здійснення плідної терапевтичної взаємодії з пацієнтами. Формування цього вміння середнього медичного персоналу на належному рівні є можливим лише за допомогою відповідного його навчання та тренінгу. Визначення особливостей цього процесу і є перспективою подальших розвідок у цьому напрямку.

Список використаної літератури

1. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Э. Дюркгейм ; [пер. с фр.] ; составление, послесловие и примечания А. Б. Гофмана. – М. : Канон, 1995. – 352 с.
2. Островская, И. В. Медсестра и пациент: общение для обмена полезной информацией / И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2000. – № 6. – С. 31–33.
3. Бодалев, А. А. Личность и общение: избранные психологические труды / А. А. Бодалев. – М. : Междунар. пед. академия, 1995. – 273 с.
4. Кан-Калик, В. А. Учителю о педагогическом общении: книга для учителя / В. А. Кан-Калик. – М. : Просвещение, 1987. – 190 с.
5. Леонтьев, А. А. Педагогическое общение / А. А. Леонтьев. – Нальчик : Изд. центр “Эль-Фа”, 1996. – 234 с.
6. Ломов, Б. Ф. Проблемы общения в психологии / Б. М. Ломов. – М. : Просвещение, 1981. – 344 с.

7. Парыгин, Б. Д. *Анатомия общения : учебное пособие* / Б. Д. Парыгин. – СПб. : Питер, 1999. – 300 с.
8. Обозов, Н. Н. *Психология межличностных отношений* / Н. Н. Обозов. – К. : Либідь, 1990. – 191 с.
9. Філоненко, М. М. *Психологія спілкування : підручник* / М. М. Філоненко. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 224 с.
10. Кайдалова, Л. Г. *Психологія спілкування : навчальний посібник* / Л. Г. Кайдалова, Л. В. Пляка. – Х. : НФаУ, 2011. – 132 с.
11. Битянова, М. Р. *Социальная психология* / М. Р. Битянова. – М. : Международная педагогическая академия, 1994. – 56 с.
12. Годфруа, Ж. *Что такое психология : в 2-х томах* / Ж. Годфруа ; [пер. с франц.]. – М. : Наука, 1992. – Ч. 1. – 211 с.
13. Косенко, Ю. В. *Основы теории мовної комунікації : навч. посіб.* / Ю. В. Косенко. – Суми : Сумський державний університет, 2011. – 187 с.
14. *Fundamentals of nursing / d(eds) Kozier and Erb's.* – Pearson, Frenchs Forest, Australia, 2008.
15. Головин, Б. Н. *Основы культуры речи : учеб. для вузов по специальности “Русский язык и литература”* / Б. Н. Головин. – М. : Высшая школа, 1988. – 117 с.
16. Атватер, И. *Я вас слушаю* / И. Атватер. – М. : Наука, 1982. – 143 с.
17. Беркли-Ален, М. *Забытое искусство слушать* / М. Беркли-Ален ; пер. Д. Рапопорт. – СПб : Питер, 1997. – 248 с.
18. Гиппенрейтер, Ю. Б. *Общаться с ребенком. Как?* / Ю. Б. Гиппенрейтер. – М. : Масс медиа, 1995. – 146 с.
19. Гоффман, Э. *Представление себя другим* / Э. Гоффман // *Современная зарубежная социальная психология.* – 1984. – № 1. – С. 15–21.
20. Матеюк, О. А. *Професійний психологічний вплив військового керівника на підлеглих в особливих умовах діяльності : монографія* / О. А. Матеюк. – Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2006. – 387 с.
21. Gamble, T. *Communication works* / T. Gamble, M. Gamble. – N.Y. : Progress, 1990. – 150 p.

22. Лабунская, В. А. Психология затрудненного общения. Теория. Методы. Диагностика. Коррекция : учебное пособие для студ. вузов / В. А. Лабунская. – М. : Академия, 2001. – 288 с.

23. Шевандрин, Н. И. Социальная психология в образовании / Н. И. Шевандрин. – М. : Наука, 1995. – 222 с.

Рецензент: доктор психологічних наук, професор Матеюк О. А.