

Ю. В. Михайлюк

Минский инновационный университет, Минск

Y. V. Mikhailiuk

Minsk Innovative of University, Minsk

УДК 159.9+159.9.072

СТРУКТУРА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

STRUCTURE OF COMMUNICATIVE COMPETENCE STUDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES

Статья посвящена актуальной проблеме изучения структуры коммуникативной компетентности в психологии. Представлены результаты исследования структуры коммуникативной компетентности у студентов медицинских специальностей как важной составляющей их профессиональной деятельности.

Ключевые слова: профессиональная коммуникативная компетентность; коммуникативная компетентность; общительность; коммуникативная толерантность; коммуникативная установка; эмпатия.

This article is devoted to the actual problem of studying the structure of communicative competence in domestic psychology. The article presents the results of the study of the structure of communicative competence among students of medical specialties as an important component of their professional activity.

Key words: professional communicative competence; communicative competence; sociability; communicative tolerance; communicative attitude; empathy.

Коммуникативная компетентность является сложным образованием, включающим в себя различные структурные компоненты. Существует множество подходов в рассмотрении структуры коммуникативной компетентности.

Согласно первому подходу, акцент делается на когнитивной составляющей коммуникативной компетентности, то есть на знаниях и способностях, необходимых для построения эффективного общения. Е. В. Руденский считает, что коммуникативная компетентность личности складывается из способностей «давать социально-психологический прогноз ситуации, в которой предстоит общаться; социально-психологически программировать процесс общения, опираясь на своеобразие коммуникативной ситуации; осуществлять социально-психологическое управление и коррекцию процессов общения в коммуникативной ситуации». Важным элементом, помимо коммуникативных умений, традиционно включаемых в ее состав, В. П. Захаров и Н. Ю. Хрящева считают знания о психологии личности, группы, общения.

Представители второго подхода дают описание структуры коммуникативной компетентности через коммуникативные умения. Так, А. В. Захарова и А. В. Мудрик говорят о совокупности коммуникативных умений, раз-

витие которых приводит к повышению коммуникативной компетентности. Это: свободное владение речью, умение использовать вербальные и невербальные средства общения, находить новое решение для коммуникативной ситуации, умение воздействовать на партнера по общению.

Третий подход представлен в работах Е. В. Сидоренко. В качестве структурных элементов коммуникативной компетентности он выделяет коммуникативные умения, коммуникативные способности и коммуникативные знания. Коммуникативная способность трактуется как «природная одаренность человека в общении и коммуникативная производительность». Коммуникативное знание включает специфику закономерностей развития общения, знание коммуникативных методов и приемов, их возможностей и ограничений, а также адекватную оценку степени развития своих коммуникативных умений [1].

Следует отметить, что ряд исследователей выделяет в структуре коммуникативной компетентности следующие компоненты: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (операционный, технический) (Л. Н. Васильева); личностная плоскость, плоскость поведения, плоскость самовосприятия и оценки людей (А. А. Кидрон); мотивационно-личностный, когнитивный и поведенческий компоненты (Л. М. Эррера, Е. А. Капустина); психофизиологический, индивидуально-психологический и социально-психологический уровни (Н. В. Буртовая); когнитивный, эмоциональный и поведенческий (Н. Г. Жарких, О. В. Михайлова); психологические знания, умения и навыки, коммуникативные качества субъекта профессионального общения, субъективный профессиональный контроль (И. А. Кипиани); гностический, поведенческо-процессуальный, индивидуально-личностный (О. В. Кудашкина).

Исследование с целью выявления структуры коммуникативной компетентности у студентов проводилось на базе Белорусского государственного медицинского университета. В нем приняли участие 713 студентов I–VI курсов, обучающихся по специальностям «Стоматология», «Педиатрия», «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело» в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст – 19,98 лет. Из них 88 юношей и 625 девушек.

При осуществлении эмпирического исследования применялись следующие методики: «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста); «Исследование самооотношения» (С. Р. Пантелеев); «Диагностика оценки самоконтроля в общении» (М. Снайдер); «Диагностика коммуникативной установки» (В. В. Бойко); Тест «Уровень общительности» (В. Ф. Ряховский); «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» (Н. П. Фетискин, Г. М. Мануйлов, В. В. Козлов); «Исследования особенностей реагирования в конфликтной ситуации» (К. Томас); тест «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н. В. Яковлева); «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В. В. Бойко); «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В. В. Бойко); «Диагностика коммуникативной толерантности» (В. В. Бойко).

Методы обработки и интерпретации полученных данных в виде количественного анализа осуществлялись с использованием апостериорного критерия Дункана, кластерного анализа, однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA): критерия F-Фишера и рассчитаны с помощью статистического пакета SPSS 17.

При определении структуры коммуникативной компетентности мы руководствовались концепцией динамической функциональной структуры личности (К. К. Платонов). Опираясь на научные позиции Ю. Н. Емельянова, Ю. М. Жукова, В. А. Лабунской, А. А. Бодалева, Л. П. Урванцева, Л. Н. Васильевой, В. А. Ташлыкова, Б. Д. Карвасарского, а также используя кластерный анализ, были выделены следующие компоненты коммуникативной компетентности у студентов медицинских специальностей: коммуникативно-установочный, эмоционально-оценочный, коммуникативно-инструментальный, личностно-оценочный и индивидуально-типологический.

В статье представлены данные по коммуникативно-установочному компоненту коммуникативной компетентности у студентов медицинских специальностей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что важной составляющей коммуникативно-установочного компонента коммуникативной компетентности является профессиональная коммуникативная компетентность врача (ПККВ). В рамках данного компонента анализу подверглись такие блоки, как профессионально-инструментальный, коммуникативно-инструментальный, коммуникативные и профессиональные умения (таблица 1).

Коммуникативно-инструментальный блок определяет выраженность общих коммуникативных ценностей, а профессионально-инструментальный – степень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность показывает каково значение коммуникативных компонентов в профессиональной Я-концепции.

Статистический анализ результатов по указанным выше блокам позволяет говорить, что значимых различий между студентами различных факультетов не существует. Это свидетельствует о том, что студенты данных факультетов имеют высокую потребность в общении и ориентированы на социальные контакты. В то же время необходимо отметить, что коммуникативно-инструментальный блок наиболее выражен у студентов стоматологического факультета, а наименее – у студентов медико-профилактического факультета. Профессионально-инструментальный блок наиболее представлен у студентов лечебного факультета, а наименее – у студентов стоматологического факультета.

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий по вышеперечисленным блокам, можно говорить о том, что у студентов всех факультетов преобладает средний уровень общих коммуникативных и профессиональных умений, который свидетельствует о том, что эти студенты хорошие собеседники, умеют слушать, понять, оценить и принять позицию другого,

выбрать вербальные и невербальные средства общения в соответствии с его целями и задачами, доброжелательны, эмоционально отзывчивы и коммуникабельны.

Таблица 1

Результаты однофакторного дисперсионного анализа для коммуникативно-установочного компонента коммуникативной компетентности

Шкалы	Факультеты (среднее арифм.)				Критерий (F)	Значимость (p)
	СФ	ПФ	МПФ	ЛФ		
Коммуникативно-инструментальный блок	52,87	52,77	52,37	52,73	0,29	0,835
Профессионально-инструментальный блок	53,95	55,27	55,13	55,39	1,91	0,127
Коммуникативные умения	53,07	53,28	52,87	51,99	1,91	0,127
Профессиональные умения	48,79	49,21	48,04	48,75	1,73	0,159
Уровень коммуникативной толерантности	45,87	45,02	47,47	43,23	1,78	0,15
Доминирование негативных эмоций	1,52	1,6	1,64	1,43	1,083	0,355
Соперничество	4,23	4,39	4,55	3,58	3,68	0,012*
Негативный опыт общения	9,3	9,66	9,7	8,39	2,19	0,088
Негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	1,97	1,86	2,12	2,01	1,16	0,324
Нежелание сближаться с людьми на эмоциональной снове	1,75	1,9	1,94	1,67	2,14	0,094
Завуалированная жестокость	12,95	12,28	13,0	11,29	5,09	0,002*
Открытая жестокость	22,96	25,38	26,07	21,4	7,60	0,000*
Обоснованный негативизм	2,35	2,65	2,69	2,46	2,20	0,087
Брюзжание	4,53	4,67	5,03	4,04	4,27	0,005*

Примечание. В таблице 1* отмечены уровни значимости различий (по критерию F-Фишера, при $p \leq 0,05$) у студентов различных факультетов.

Кроме того, коммуникативные и профессиональные умения наиболее выражены у студентов педиатрического факультета, а наименее – у студентов лечебного факультета по блоку «Коммуникативные умения» и на медико-профилактическом факультете по блоку «Профессиональные умения».

Полученные данные о том, что на педиатрическом факультете наиболее выражены коммуникативные и профессиональные умения, можно объяснить тем, что студенты ПФ имеют наиболее длительное и регулярное общение с детьми и их родителями в процессе профессионального взаимодействия в сравнении с другими специалистами в сфере оказания медицинских услуг. К данной категории врачей предъявляются высокие требования к коммуникативной компетентности.

Вместе с тем может вызвать некоторую настороженность тот факт, что показатели уровня коммуникативных умений у студентов лечебного факультета ниже, чем у их коллег с педиатрического факультета. Кажется парадоксальным, что среди будущих специалистов, от которых требуется более высокий уровень коммуникативных умений, он ниже, чем у студентов остальных факультетов. Одной из причин этого следует считать широкое использование лечебно-диагностического оборудования и, как следствие, замену межличностного общения врача и пациента на инструментальное.

Ряд переменных, представленных в таблице 1, показывает существование значимых различий между студентами различных факультетов по трем показателям методики диагностики коммуникативной установки В. В. Бойко: «Завуалированная жестокость» ($F(3, 709) = 5,09; p = 0,002$), «Открытая жестокость» ($F(3, 709) = 7,60; p = 0,000$) и «Брвозжание» ($F(3, 709) = 4,27; p = 0,005$), а также по такому стилю поведения в конфликте, как «Соперничество» ($F(3, 709) = 3,68; p = 0,012$).

На рисунке 1 представлены результаты расчета апостериорного критерия Дункана, которые показали, что по шкале «Завуалированная жестокость» студенты лечебного факультета значимо меньше, чем студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов, проявляют завуалированную жестокость в отношениях к окружающим, в суждениях о них.

Полученные результаты можно объяснить спецификой будущей профессиональной деятельности студентов лечебного факультета, чрезвычайно важным компонентом которой является позитивная коммуникативная установка при выстраивании взаимодействий с пациентами.

Наличие у людей открытой жестокости подразумевает, что личность не скрывает и не смягчает свои негативные оценки и переживания по поводу большинства окружающих: выводы о них резкие, однозначные и сделаны, возможно, навсегда.

Анализ результатов диагностики по шкале «Открытая жестокость» выявил, что существуют значимые различия между студентами различных факультетов по уровню проявления данной характеристики. По степени от-

крытой жестокости стоматологический и лечебный факультеты статистически значимо отличаются от педиатрического и медико-профилактического факультетов.

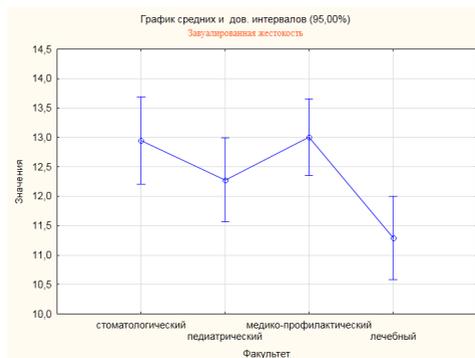


Рис. 1. График средних значений по шкале «Завуалированная жестокость» у студентов различных факультетов

На рисунке 2 показано, что студенты стоматологического факультета реже проявляют открытую жестокость по отношению к людям, чем студенты педиатрического и медико-профилактического факультетов. В то же время студенты лечебного факультета реже проявляют открытую жестокость по отношению к людям, чем студенты педиатрического и медико-профилактического факультетов.

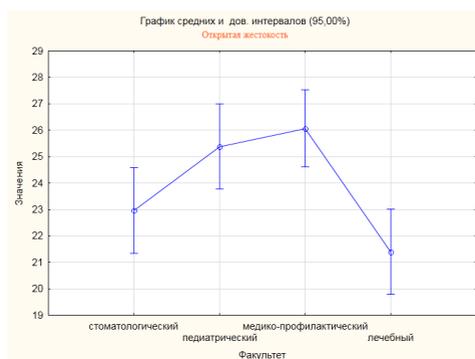


Рис. 2. График средних значений по шкале «Открытая жестокость» у студентов различных факультетов

Полученные результаты позволяют говорить о том, что умение открыто и откровенно высказывать свои негативные оценки является наиболее важным для студентов медико-профилактического и педиатрического факультетов. Подобный стиль поведения позволяет врачу своевременно влиять на изменение ситуации, стимулирует положительные изменения у пациентов.

Брюзжание характеризуется склонностью личности делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью. На рисунке 3 представлены результаты по показателю «Брюзжание», которые установили, что статистически значимые различия были выявлены между, с одной стороны, лечебным факультетом и, с другой стороны, педиатрическим и медико-профилактическим факультетами. Студенты лечебного факультета, по сравнению с двумя последними, менее склонны делать необоснованные обобщения во взаимоотношениях с людьми.

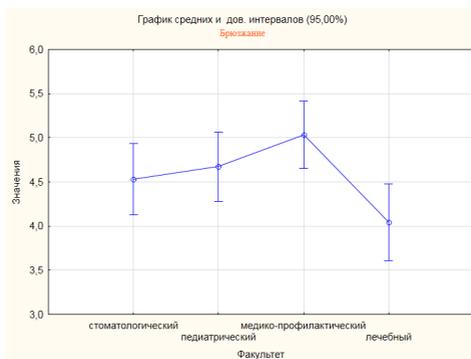


Рис. 3. График средних значений по шкале «Брюзжание» у студентов различных факультетов

Так, в дополнение к проявлениям открытой жестокости к окружающим у студентов педиатрического и медико-профилактического факультетов отмечается высокий уровень брюзжания – обобщать негативные факты в области коммуникации с партнерами и пациентами, которые они с высокой вероятностью высказывают окружающим. Можно предположить, что у студентов данных факультетов, таким образом, работают механизмы защиты личности, позволяющие снизить внутреннее напряжение и в результате сохранить трудоспособность.

Результаты общего среднего значения выше 33 % свидетельствуют о наличии выраженной негативной коммуникативной установки. У студентов всех факультетов была выявлена негативная коммуникативная установка. В меньшей степени она свойственна студентам лечебного факультета, в большей – студентам медико-профилактического факультета. При выраженной негативной коммуникативной установке проблемы появятся даже в том случае, если врач старается тщательно маскировать свой негативный настрой по отношению к окружающим, например, на работе. Это можно объяснить тем, что когда человек заставляет себя сдерживаться, быть корректным, возникает постоянное напряжение. Расплачиваться за это приходится высокой психологической ценой: рано или поздно состоя-

ние напряжения приведет к стрессу, нервному срыву, профессиональному выгоранию. Не исключено, что разрядка время от времени происходит за пределами работы – в семье, в общении с приятелями или в общественных местах. Таким образом, необходимо отметить тревожный симптом наличия негативной коммуникативной установки как предпосылки для профессионального эмоционального выгорания у студентов, которые ещё даже не начали свою профессиональную деятельность.

Анализ данных по шкале «Соперничество», который понимается как стиль конкуренции, при котором человек весьма активен и предпочитает идти к разрешению конфликта своим собственным путем. Он не очень заинтересован в сотрудничестве с другими людьми, но зато способен на волевые решения. Как в трех предыдущих случаях, обучающиеся на лечебном факультете также имеют более низкие значения по переменной «Соперничество», по сравнению с теми, кто учится на трех остальных факультетах.

Было установлено, что у студентов медико-профилактического факультета показатели по данной шкале выше, чем у студентов лечебного факультета (рис. 4).

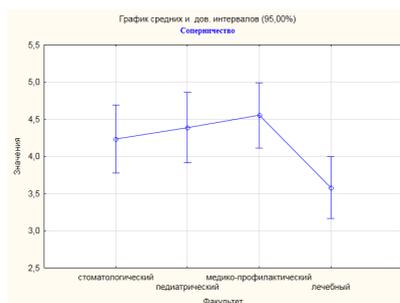


Рис. 4. График средних значений по шкале «Соперничество» у студентов различных факультетов

В структуру коммуникативно-установочного компонента коммуникативной компетентности включается такой показатель, как коммуникативная толерантность, указывающая на то, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Коммуникативная толерантность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли. Значимых различий между студентами различных факультетов по уровню выраженности коммуникативной толерантности не выявлено (см. таблицу 1).

Уровень коммуникативной толерантности наиболее выражен у студентов медико-профилактического факультета: они демонстрируют более толерантное отношение к физическому или психологическому дискомфорту, в котором оказался партнер, не стремятся переделать его и перевоспитать. Наименее выражен данный показатель у студентов лечебного факультета.

Студенты различных факультетов в целом демонстрируют средний уровень коммуникативной толерантности, проявляющийся в том, что испытываемые достаточно уравновешены, предсказуемы в своих отношениях к партнерам и совместимы с очень разными людьми. Благодаря этим качествам создается психологически комфортная обстановка для совместной профессиональной деятельности во взаимодействии «врач – пациент».

В качестве составляющей коммуникативно-установочного компонента выступает общительность. Значимых различий между студентами различных факультетов по уровню общительности не выявлено (см. таблицу 1).

Кроме того, общительность является одной из профессионально значимых характеристик современного специалиста медицинского профиля и выступает важным показателем мотивационно-потребностного компонента коммуникативной компетентности. Низкие баллы по данному показателю говорят о высоком уровне коммуникабельности, а высокие – о низком уровне. Сравнение студентов различных факультетов позволяет говорить, что самый высокий уровень общительности был выявлен у студентов лечебного факультета, а самый низкий – у студентов педиатрического факультета, тем не менее, данные различия не являются статистически значимыми.

В целом проведенное эмпирическое исследование показало, что у студентов различных факультетов преобладает средний уровень общительности, свидетельствующий о том, что эти студенты не теряются в новой обстановке, быстро находят новых друзей, постоянно стремятся расширить круг своих знакомых, занимаются общественной деятельностью, помогают близким, друзьям, проявляют инициативу в общении, способны принять самостоятельное решение в трудной ситуации. Все это они делают не по принуждению, а согласно внутренним устремлениям.

Анализ психолого-педагогических исследований позволил выделить когнитивный, поведенческий и эмоциональный компоненты, которые современные исследователи рассматривают в качестве составляющих структуры коммуникативной компетентности. При этом поведенческий компонент обычно рассматривается в современных исследованиях как имеющий операционно-деятельностную и мотивационно-потребностную направленность. В качестве структурных компонентов коммуникативной компетентности в настоящем исследовании можно выделить: коммуникативно-установочный, эмоционально-оценочный, коммуникативно-инструментальный, личностно-оценочный и индивидуально-типологический.

Следует выделить следующие особенности структуры коммуникативной компетентности студентов учреждений высшего медицинского об-

разования: многокомпонентность, где базовым является коммуникативно-установочный компонент, обеспечивающий коммуникативную готовность будущего врача к профессиональной коммуникации; выраженность эмоциональной составляющей коммуникативной компетентности у студентов-медиков, представленной эмоционально-оценочным и коммуникативно-инструментальными компонентами; самоотношение впервые рассматривается как предпосылка становления коммуникативной компетентности будущего врача, образуя однородный личностно-оценочный компонент; отдельные аспекты самоотношения входят в содержание эмоционально-оценочного компонента; впервые в структуре коммуникативной компетентности у студентов-медиков выделен индивидуально-типологический компонент.

Список использованных источников

1. *Васильева, Л. Н.* Исследование коммуникативной компетентности студентов-медиков на стадии завершения обучения в вузе / Л. Н. Васильева // Личность в современных исследованиях: материалы VIII Междунар. науч.-практ. конф. «Проблемы развития личности: психологическое консультирование и психотерапия»: сб. науч. тр. – Рязань: ООО «Копи Принт», 2008. – Вып. 11. – С. 159–164.

(Дата подачи: 28.02.2018 г.)

Л. В. Мороз, Е. И. Медведская

Брестский государственный университет
имени А. С. Пушкина, Брест

L. V. Moroz, A. I. Medvedskaya

Brest State University named after A. S. Pushkin, Brest

УДК 159.922

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЕЙ ПОДГОТОВКИ ДИССЕРТАЦИИ У МАГИСТРАНТОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ МЫШЛЕНИЯ

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL DIFFICULTIES IN PREPARATION OF POSTGRADUATE THESIS WITH DIFFERENT TYPES OF THINKING

В статье рассматриваются психологические трудности магистрантов как проблем развития, успешность/неуспешность решения которых является одним из факторов последующего профессионально-личностного становления обучающихся. Представлены результаты эмпирического исследования трудностей магистрантов со знаковым и образным типами мышления, проведен их сравнительный анализ. На основе полученных данных обоснованы рекомендации для научных руководителей.

Ключевые слова: психологическая трудность; научно-исследовательская деятельность; магистерская диссертация; тип мышления; ресурс развития.