

ОБ ОПЫТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМПАТИЧЕСКОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖАХ

ON THE EXPERIENCE OF DEVELOPING EMPATHIC COMMUNICATIVE COMPETENCE IN MEDICAL COLLEGES

Ксения БАНУЛ

Государственный педагогический университет им. Иона Крянгэ

докторанд (МОЛДОВА)

E-mail: banulksenia@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-1886-8767

CZU: 377.8.02:61

Аннотация

Современные социальные условия и социальные потребности выявляют необходимость развития эмпатической коммуникативной компетентности у будущих медицинских работников. Эмпатическая коммуникативная компетенция учащихся медицинского колледжа способствует гибкости профессионального мышления, позволяет адаптироваться к новым профессиональным ситуациям, соответствовать требованиям, предъявляемым профессией. В статье отражены результаты наблюдения за опытом педагогических кадров медицинских колледжей в формировании эмпатической коммуникативной компетенции.

Ключевые слова: эмпатическая коммуникативная компетенция, компетентность, профессиональная компетенция.

Abstract

Modern social conditions and social needs reveal the need to develop empathic communicative competence in future medical workers. Empathic communicative competence of medical college students contributes to the flexibility of professional thinking, allows them to adapt to new professional situations, to meet the requirements of the profession. The article reflects the results of observation of the experience of teaching staff of medical colleges in the formation of empathic communicative competence.

Keywords: empathic communicative competence, competence, professional competence.

Введение

На данном этапе развития общества актуальной проблемой является повышение качества медицинских услуг. Эмпатическая коммуникативная компетенция делает специалиста медицинской сферы более успешным и востребованным. Целенаправленно сформированная эмпатическая коммуникативная компетенция учащихся медицинского колледжа способствует гибкости профессионального мышления, позволяет адаптироваться к новым профессиональным ситуациям, соответствовать требованиям, предъявляемым профессией. В условиях очень напряженного приёма пациентов в амбулаторных учреждениях (поликлинике)

формирование эмпатической коммуникативной компетенции необходимо рассматривать как очень серьезный фактор и как стратегию, призванную облегчить эти трудности [6]. Именно поэтому так важна целенаправленная работа по формированию эмпатической коммуникативной компетентности будущих медицинских работников.

1. Особенности формирования эмпатической коммуникативной компетенции в медицинских колледжах

Перед преподавателями медицинского колледжа стоит задача формирования нравственно и духовно развитой личности будущего специалиста. Активное включение учащихся медицинского колледжа в учебно-воспитательную деятельность создает условия для самореализации, успешного взаимодействия с одноклассниками и преподавателями. Необходимым является использовать методами, которые направлены на совершенствование техники речи, вербальных и невербальных способов общения, обратной связи, навыков активного слушания [2]. Методы, способствующие самоубеждению, самоощущению, самовнушению способствуют развитию у учащихся навыков саморегуляции своего психо-эмоционального состояния.

Изучив зарубежный опыт формирования эмпатической коммуникативной компетенции в медицинских колледжах мы проанализировали различные модели и методики. Они послужили концептуальной основой для формирования коммуникативных навыков. Исследования показали эффективность применения такого обучения в изменении поведения учащихся.

В Великобритании до разработки новой программы по сестринскому делу в 2010 году обучение коммуникативным навыкам ограничивалось лекционным стилем. С 2012 года формирование коммуникативных навыков проводится с помощью симуляций, для которых приглашается актер, играющий роль по заданному сценарию, взятому из клинических упражнений. Также роль симулятивного пациента может играть преподаватель, медицинский персонал, другие учащиеся. Данное изменение программы способствует формированию более сложных коммуникативных навыков на практике с поддержанием клинического опыта учащихся. Сравнение метода ролевой игры и симуляций с использованием симулятивного пациента, доказывает эффективности второго метода. Перед тем как приступить к практической отработке коммуникативных навыков всем участникам предоставляется инструкция, основные правила коммуникации с пациентом и структурирование стратегии обратной связи.

К коммуникативной компетенции медсестры стандарты предъявляют следующие требования:

- Построение эффективной коммуникации с пациентом.
- Построение коммуникации с учетом возможностей и потребностей пациента.
- Уметь оказать участие и поддержку пациенту.
- Уметь использовать ряд коммуникативных навыков и технологий.
- Уметь применять вербальную, невербальную и письменную коммуникацию.
- Уважать и защищать конфиденциальную информацию [4].

2. Модели формирования коммуникативной компетенции средних медицинских работников

В рамках ассоциации медицинских колледжей Америки Brown RF. и Bylund CL. Описали концептуальную модель обучения коммуникативной компетенции будущих медицинских работников [1]. Целью данной модели является передача информации пациенту таким образом, чтобы это способствовало пониманию, запоминанию и оказанию эмоционального отклика пациенту. Данная модель включает следующие фазы:

1. Контактная фаза. Установление невербального контакта с пациентом, знакомство, обозначение цели визита и повестки.

2. Адаптация к потребностям пациента. Выяснение предпочтений пациента, проверка правильности понимания переданной пациентом информации.

3. Предоставление информации в доступной для пациента форме. Проверка понимания пациентом переданной ему информации, ответ на вопросы, пояснение с возможным иллюстрированием и записью информации.

4. Предоставление информации в легко запоминающейся форме. Для этого можно использовать запись, повторение, использование порядковых числительных, запись алгоритма действий.

5. Эмпатично реагировать на проявление эмоций пациентом. Поощряйте выражение чувств, валидация эмоций пациента, осознавать эмоциональное состояние пациента, поддерживать зрительный контакт.

6. Проверять готовность пациента к обсуждению дальнейших действий и принятия решений, предпочтений пациента, предоставить пациенту дополнительную информацию и литературу для ознакомления.

Для обучения разрешения сложных коммуникативных ситуаций с пациентом или его семьей был разработан краткий модуль. Обучение включает в себя дидактическую презентацию (30–45 минут), за которой следует практическая часть занятия, проходящая в виде ролевой игры с использованием симуляций в большой группе. Каждому участнику предлагается отработать определенные коммуникативные стратегии с симулятивным пациентом или семьей пациента. При прохождении модуля делаются паузы для обсуждения правильности и последовательности действий. Таким образом, приобретённые навыки реализуются в безопасном, поддерживающей обучению окружающей среде, с обратной связью других учащихся для устранения общих коммуникативных барьеров.

В программе Comskil будущих средних медицинских работников обучают набору стратегий, ориентированных на поставленные цели коммуникации, навыкам вербальной и невербальной коммуникации, которое способствуют эффективной коммуникации с пациентом и его семьей.

В 1998 г. в Швейцарии был разработан курс формирования коммуникативных навыков CST для врачей-онкологов. В 1999 г., на основе его концепции, был разработан курс для будущих средних медицинских работников. Обучение основано на формировании элементах коммуникации. Данные элементы коммуникации взаимосвязаны и формируются совместно:

• Структура. Модель CST показывает возникающие трудности будущих медицинских работников следовать определенной структуре и алгоритму

коммуникации с пациентом, также трудности возникают при смене темы и коммуникативной ситуации.

- **Обмен информацией.** Учащиеся знакомятся с различными типами вопросов (закрытые, открытые и наводящие вопросы) и их функцией в коммуникации с пациентом, с ролью невербальных средств коммуникации при обмене информацией. Учащиеся изучают вербальные средства коммуникации, обеспечивающие понимание пациента, учатся передавать доступный для понимания пациента объем информации, а также проверять понимание пациентом.

- **Эмоции.** Модель CST учит, как можно воспринимать эмоции пациента при их вербальном и невербальном выражении, а также проявить их понимание с помощью эмпатии. Учащиеся учатся различать когнитивные и эмоциональные проявления состояний пациента, и реагировать на них соответствующим образом, выражая эмпатию.

- **Отношения.** Данный аспект формируется при просмотре и анализе видеофрагментов и ролевых игр.

Модель E4 разработанная в институте Байер по коммуникациям в сфере здравоохранения. Эта модель описывает четыре важных элемента коммуникации, такие как:

- **Вовлечение** включает в себя выяснение истории пациента и определение повестки дня.

- **Сопереживание** обеспечивает осознание и принятие чувств и ценностей пациента.

- **Обучение** направлено на оценку понимания пациента, ответы на вопросы, и обеспечение объективной оценки.

- **Присоединение** устанавливает процесс принятия решений и поощрение приверженности; сохранение понимания и участия пациента, придание ему центральной позиции.

Трехфункциональная модель или Контрольный список интервью Брауна. В этой модели делается акцент на трех функциях эффективного медицинского опроса: построение отношений; оценка проблемы пациента; решение проблемы пациента. Отношения установлены с базовыми навыками, такими как сопереживание, поддержка и уважение. Медицинский работник собирает информацию используя приемы активного слушания, задавая открытые вопросы, помогающие и уточняющие. Медицинский работник проверяет понимание пациента, описывает цели и планы, проверяет готовность действовать.

Путеводитель по наблюдению Калгари – Кембриджская модель. Эта модель делит консультацию на пять этапов, в которых решаются определенные задачи:

- 1) Начало консультации.
- 2) Сбор информации.
- 3) Физикальное исследование.
- 4) Разъяснения и планирование.
- 5) Завершение консультации.

Модель предлагает структурированный подход к ведению приема как надежный способ построения партнерских отношений с пациентом и ясной оценки

эффективности приема. Данная модель является наиболее эффективной при проведении консультаций.

Пациент-ориентированный клинический метод. Клинический метод, ориентированный на пациента, основан на шести интерактивных компонентах: изучение болезни, а также переживания болезни; понимание пациента в целом; прийти к общему соглашению при организации действий; проводить профилактику и укрепление здоровья; улучшение отношений между пациентом и медицинским работником; быть реалистичным. Эти компоненты используются медицинским работником, как гибкая подвижная система элементов [7].

SEGUE Framework модель для формирования и оценки навыков коммуникации. Данная модель представляет собой последовательность, состоящую из следующих этапов: установочная фаза; получение информации; предоставление информации; понять точку зрения пациента; завершить встречу. Для каждого этапа определены коммуникационные задачи.

Модель Ask-Tell-Ask (спроси-скажи-спроси) используется для облегчения раскрытия и передачи информации пациенту, что способствует снижению эмоционального напряжения, барьеров и конфликтов в коммуникации с пациентом и сохранению доверия. Данная модель состоит из трех этапов:

Ask - спроси

- Запрос разрешения (по) говорить.
- Спросить, что пациент знает об этом.
- Хочет ли он знать больше.
- Tell - скажи
- Коротко и ясно предоставить информацию (то, что уже знает пациент - отправная точка для информирования).
- Ask-спроси
- Спросить что пациент думает о полученной информации.
- Попросить повторить/коротко резюмировать, что он узнал/понял.

Существует три наиболее известных протокола сообщения плохих новостей пациенту и его родственникам: SPIKES, Fine и ABCDE. Их основная задача - структурировать сложный разговор, разбивая его на этапы. Протокол представляет собой фундамент, на котором строится коммуникация с пациентом и его родственниками. Протокол является достаточно гибким, последовательность этапов можно менять в зависимости от реакции пациента.

Модель SPIKES первоначально была разработана для обучения медицинских работников, работающих с онко-больными пациентами. Модель представляет собой формирование коммуникативных навыков, образующих последовательность и помогающих справиться с проблемами обсуждения «плохих новостей». Впоследствии модель была расширена, чтобы охватить другие коммуникативные проблемы. Модель SPIKES состоит из шести этапов: подготовка интервью; оценка состояния пациента; перцепция; получение от пациента сигнала для начала коммуникации; предоставление пациенту информации; эмпатический ответ на эмоции пациента; выбор стратегии и подведение выводов. На каждом этапе реализуются определенные коммуникативные

навыки, и решается поставленная задача. Сформированные навыки коммуникации реализуются достаточно гибко и носят пациент-ориентированный характер.

Также для сообщения пациенту плохих новостей был Fine RL. предложил протокол Fine, состоящий из пяти этапов:

1. Подготовка места проведения встречи, оповещение пациента о временных ограничениях и цели встречи с учетом потребностей пациента, его культурных и религиозных ценностей;
2. Получение информации, включая такие вопросы как степень осведомленности пациента о болезни, какую дополнительную информацию он хочет получить, что он думает о своем состоянии;
3. Обмен информацией с целью пересмотра дальнейших планов и обучения пациента;
4. Получение информации: оценка восприятия информации пациентом, разъяснение ошибочно понятой информации, тактичное разрешение разногласий;
5. Реакция пациента: оценка реакции пациента на полученную информацию и завершение беседы [3].

Для сообщения плохих новостей пациенту и его родственникам Rebow M.W. и McPhee S.J. предложили модель ABCDE [5]:

- A. (advance) - предварительная подготовка;
- B. (build) - создание терапевтической атмосферы;
- C. (communicate) - качественная коммуникация;
- D. (deal) – быть в контакте с пациентом и его родственниками после сообщения плохих новостей;
- E. (encourage) – поддержка и признание права пациента и его близких выражать любые эмоции.

Модель 5's A была разработана для применения в коммуникации с пациентами с эмоционально тяжело переносимыми заболеваниями, такими как ВИЧ, онкология, туберкулез, и другими заболеваниями меняющими уклад и стиль жизни пациента.

1. Assess – оценивать ситуацию и состояние пациента
2. Advise – использовать советы
3. Agree – соглашаться
4. Assist – помогать
5. Arrange – договариваться, приходиться к соглашению.

Мнемоническая схема для выражения эмпатии N.U.R.S.E (нянчить, обхаживать, сиделка/медсестра)

Name - идентификация эмоции пациента.

Understand - понять эмоцию - подтверждение понимания эмоционального состояния пациента.

Respect - проявить уважение – вербально и невербально показывать пациенту, что его состояние важно.

Support - поддержать - предоставить различные источники помощи, возможности для участия пациента в принятии решений, подчеркивая партнерство с пациентом.

Explore - раскрыть эмоции подробнее – использовать уточняющие вопросы о том, что пациент говорил ранее, и демонстрировать явный интерес к его эмоциям.

Модель эмпатии CARE была описана в 1996 г.. Для ее представления был выбран акроним (забота):

C - Comfort (комфорт) – создание комфортной атмосферы при обсуждении эмоциональных аспектов и сложных для пациента тем.

A - Acceptance (принятие) – признание и понимание чувств пациента, даже если они являются неуместными.

R - Responsiveness (отзывчивость) – понимание даже неочевидных проявлений эмоций пациентом, придавая значение невербальной коммуникации.

E - Empathy (сочувствие) - вербальное и невербальное реагирование с сочувствием, как правило, является наиболее эффективным способом справиться с эмоциями пациента.

Исходя из модели CARE, наилучшим ответом станет тот, который позволит: произвести диагностику – распознать обстоятельства и эмоции; подтвердить свое понимание для пациента; прояснить пациенту текущую ситуацию и объяснить, что должно произойти дальше.

Коммуникативная компетенция будущего медицинского работника предполагает освоение следующих основных навыков:

1. Навык консультирования.
2. Навыки организации передачи информации.
3. Навык проверки и контроля.
4. Навыки задавать вопросы.
5. Навыки эмпатической коммуникации.
6. Навыки принятия решений.

ВЫВОДЫ

Анализ педагогического опыта формирования эмпатической коммуникативной компетенции учащихся медицинских колледжей показывает определенные недостатки, в частности, которые связаны с созданием соответствующих контекстов для реализации номинированной компетенции. На этапе внедрения государственных образовательных стандартов педагогические коллективы медицинских колледжей столкнулись с рядом сложностей. Это отсутствие единой нормативно-методической базы, необходимость самостоятельного определения структуры и содержания некоторых общих компетенций для дисциплин и профессиональных модулей из вариативной части часов. Потребовалась разработка модели формирования эмпатической коммуникативной компетенции, а также систематизация компетентностно-ориентированных образовательных технологий и разработка оценочных материалов. Мы столкнулись с необходимостью пересмотра принципов организации учебного процесса, и качества подготовки средних медицинских работников.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. BROWN RF, BYLUND CL (2008). Communication skills training: Describing a new conceptual model. Acad. Med. 83, p.37–44.
2. CALLO Tatiana Pedagogia practică a atitudinilor. Chişinău: Litera, 2014.
3. FINE RL. Personal choices-communication among physicians and patients when confronting critical illness. Tex Med 1991; 87(9): p. 76–82.

4. Nursing and Midwifery Council (NMC), Standards of Proficiency for Pre- registration Nursing Education, Nursing and Midwifery Council, Copyright. 2013
5. RABOW MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med 1999; 171(4): p. 260–263.
6. ЖУКОВСКАЯ Нина Технология развития нравственных качеств в профессиональной подготовке студентов медицинского колледжа: дис. канд. пед. наук. Саратов, 2007. с 177.
7. ХЕТАГУРОВА Алла Сестринская профессия: гуманность и профессиональная компетентность / А. Хетагурова // Сестринское дело. 2001. - № 6. с. 4-5.