

На правах рукописи

Васильева Любовь Николаевна

**КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОМ СТАНОВЛЕНИИ
БУДУЩЕГО ВРАЧА**

Специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Кострома - 2010

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Костромской государственный университет имени Н. А. Некрасова» на кафедре социальной психологии

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Крюкова Татьяна Леонидовна

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Кашапов Мергаляс Мергалимович

кандидат психологических наук, доцент
Голубева Марина Сергеевна

Ведущая организация: Институт психологии
Российской академии наук

Защита состоится 25 декабря 2010 г. в 14 часов на заседании диссертационного совета ДМ 212.094.03 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата психологических наук при ГОУ ВПО «Костромской государственный университет им. Н.А. Некрасова» по адресу: 156691, г. Кострома, ул. 1 Мая, д. 14-а, ауд. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова.

Автореферат разослан 24 ноября 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Миронова Т.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы: Профессиональному становлению личности в последние годы уделяется все большее внимание. Основные причины этого связаны с расширением сфер мобильности личности: профессиональной, социальной и политической, где профессиональная сфера является основной. Сегодня есть достаточно оснований рассматривать профессиональное становление субъекта труда как двуединый процесс, включающий формирование совокупности знаний, умений и навыков - с одной стороны, и профессионально значимых личностных качеств - с другой (Б.А.Ясько,2004). Первой из названных составляющих традиционно уделяется существенное внимание, подтверждением чего в последнее время стала реализация в стране концепции непрерывного медицинского образования, однако проблема методологии психолого-акмеологического сопровождения личности врача на всех этапах его профессионального развития разработана, к сожалению, слабо.

Проблемы психологии профессионализма и профессионала, выявление условий, при которых обеспечивается профессиональный рост и достижение человеком профессионального «акме», разрабатываются в исследованиях продуктивного личностно-профессионального роста, профессионализма личности, субъективных условий и факторов развития профессионала. Большой вклад в разработку теоретических положений принадлежит О.С.Анисимову, В.Г.Асееву, А.А.Бодалеву, А.А. Деркачу, В.Г.Зазыкину, Н.В.Кузьминой, А.К.Марковой, В.Г.Михайловскому, Л.С.Подымовой, А.А.Реану, В.А.Сластенину и др.

Н.В.Кузьмина (1993), определяя профессионализм, как меру овладения человеком современными содержаниями и средствами решения профессиональных задач, продуктивными способами ее осуществления, выделяет три общих признака профессионализма: 1) владение специальными знаниями о целях, содержании, объекте и средствах труда; 2) владение специальными умениями на подготовительном, исполнительском, итоговом этапах деятельности; 3) овладение специальными свойствами личности и характера, позволяющими осуществлять процесс деятельности и получать искомые результаты.

Как известно, профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей. С одной стороны, врачебная деятельность характеризуется тем, что в ней существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с больными и их родственниками (С.Л.Соловьева и др., 1994; Л.А.Цветкова, 1994; М.М.Кабанов, 1995). С другой стороны, работа врача связана с психо-эмоциональными перегрузками, высокой степенью напряженности, с необходимостью принимать решения в условиях дефицита времени. Ее успешность определяется не только, и не столько собственно профессиональными знаниями и навыками, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счет развития профессиональных качеств личности (Л.И.Вассерман и др., 1997;

В.П.Дуброва, 2000; Л.П.Урванцев, 2002; Б.А.Ясько, 2005; А.И.Кипиани, 2006; Т.В.Константинова, 2006, Доника А.В., 2010 и др.), а ее эффективность трудно оценить однозначно. В работах, посвященных анализу основных признаков, по которым пациенты оценивают уровень квалификации врача, отмечается, что на первое место выдвигается показатель «отношение к пациентам», на второе – «результаты лечения больных», затем опыт работы, отзывы пациентов, личные качества врача (порядочность, трудолюбие, вежливость и др.). Такой показатель, как образование врача (в т.ч., глубина специализации), оказался на седьмом месте среди перечисляемым признаков (А.В.Решетников, 2003).

Для медицины сегодняшнего дня характерны ситуация большого выбора лечебных тактик и отсутствие одного общепризнанного средства, кардинально решающего проблему заболевания. В свою очередь, эта тенденция способствует чувству растерянности, тревожности, неопределенности у пациентов. В этих случаях все большее значение приобретает эффективность взаимодействия в диаде врач — больной (Н.И.Коршунов, Н.В.Яльцева, 1997; А.Е.Сахарова, 2009). К больному человеку многие студенты-медики относятся как к объекту, и даже у врачей, желающих сделать общение с пациентами эффективным, часто не хватает для этого коммуникативных умений (С.А.Ефименко, 2007; Ю.П.Лисицын, М.Н.Сахно, 1988). Выпускники медицинских вузов нередко испытывают коммуникативные трудности в своей профессиональной деятельности, недостаточно владеют необходимым арсеналом коммуникативных знаний, не всегда готовы к современному и эффективному использованию многообразных коммуникативных средств воздействия. Это требует особого внимания к подготовке врачей, развитие их коммуникативной грамотности на всех этапах профессионализации.

Вузовский этап профессионализации является сензитивным периодом формирования необходимых профессионально важных качеств врача, основных новообразований индивидуального стиля профессиональной деятельности (Б.А.Ясько, 2005). В профессиональном становлении врача особую значимость имеет додипломная стадия, на которой закладываются не только базовые компетенции, но и возможные предпосылки девиаций в профессиональной роли (А.В.Доника, 2010).

Таким образом, с учетом выше изложенного, данное исследование представляется весьма актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношениях.

В то же время проблема формирования коммуникативной компетентности врача в его профессиональном становлении недостаточно изучена в психологии. Вне поля зрения остался вопрос о сущности и содержании коммуникативной компетентности как одного из важнейших профессионально важных качеств личности современного врача, а также мало изучены факторы, определяющие степень ее развития. Можно констатировать наличие определенного противоречия между растущей потребностью в

полной и эффективной реализации врачом коммуникативного потенциала при осуществлении лечебно-профилактического процесса и недостаточной разработанностью теории коммуникативной компетентности врача, а также незначительному количеству исследовательских работ, посвященных этой проблеме. Единой концепции в понимании профессиональной коммуникативной компетентности врача до сих пор не существует, а исследования касаются частных вопросов проблемы.

Выявленное противоречие привело к необходимости выяснения сущности и особенностей коммуникативной компетентности в профессиональном становлении будущего врача в зависимости от профиля медицинской специальности, выявлению личностных характеристик, определяющих степень ее развития, что и явилось основным содержанием **проблемы** диссертационного исследования.

Объект исследования: профессионально-личностное становление врача.

Предмет исследования: коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача.

Цель исследования: выявить особенности коммуникативной компетентности в профессионально-личностном становлении будущего врача, обусловленные профилем врачебной специальности («педиатрия» и «лечебное дело»); установить ее связи со стилевыми личностными характеристиками, в частности, стилями защитного и совладающего поведения.

Объект, предмет и цель исследования определяют его **задачи:**

1. Теоретические:

- провести теоретический анализ современных исследований профессионального становления врача, определить место и роль общей и профессиональной коммуникативной компетентности врача в его личностно-профессиональной подготовке, рассмотрев основные методологические, теоретические, эмпирические и практические подходы к ее пониманию;

- осуществить структурный анализ коммуникативной компетентности в профессиональном становлении будущего врача как сложного многокомпонентного психологического явления.

2. Эмпирические:

- изучить и оценить степень развитости коммуникативной компетентности в профессиональном становлении будущих врачей разных специальностей («педиатрия» и «лечебное дело»);

- проверить наличие / отсутствие связей между уровнями коммуникативной компетентности будущего врача;

- исследовать выраженность эмпатии будущих врачей разных специальностей («педиатрия» и «лечебное дело») как показателя базового (ценностного) уровня коммуникативной компетентности;

- выявить наличие / отсутствие связи между стилевыми личностными характеристиками защитного поведения (механизмами психологической защиты), совладающего поведения (копинг-стилями) и уровнями коммуникативной компетентности будущего врача.

3. Методические:

- отбор и создание комплекса методик, адекватных целям и задачам эмпирического исследования.

Общая гипотеза исследования заключается в том, что особенности коммуникативной компетентности в профессионально-личностном становлении будущего врача опосредованы профилем врачебной специальности («педиатрия» и «лечебное дело»).

Частные гипотезы исследования:

1. Между профилем медицинской специальности и развитостью коммуникативной компетентности в профессионально-личностном становлении будущего врача существуют взаимосвязи, при этом врачи специальности «педиатрия» имеют более высокий уровень коммуникативной компетентности, чем представители специальности «лечебное дело».

2. Степень выраженности коммуникативной компетентности будущих врачей разной специальности имеет тождественные значения (т.е. не различается) на базовом (ценностном) уровне, в том числе, по такому его значимому показателю как эмпатия.

3. Показатели содержательного и инструментального (технического, операционного) уровней коммуникативной компетентности будущего врача характеризуются различной выраженностью. У будущих врачей специальности «педиатрия» они выше, чем у специалистов лечебного дела.

4. Силевые личностные характеристики будущего врача защитного (механизмы психологической защиты) и совладающего (копинг-стили) поведения, - являются предикторами и имеют корреляции с уровнями его коммуникативной компетентности.

Научная новизна исследования. Впервые осуществлен сравнительный анализ особенностей коммуникативной компетентности в профессиональном становлении будущих врачей разной специальности в рамках трехуровневой ее структуры. Получены данные о том, что структурные элементы коммуникативной компетентности будущего врача имеют корреляции с его стилевыми личностными характеристиками защитного (механизмами психологической защиты) и совладающего (копинг-стилями) поведения, которые выступают ее предикторами. Создана специальная программа развития коммуникативной компетентности будущего врача, составленная по модульному принципу. Каждый из модулей является отражением определенного уровня коммуникативной компетентности будущего врача. Программа также содержит тренинговую обучающую часть, в которую включены упражнения по развитию общих и профессиональных коммуникативных навыков и умений.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении и систематизации теоретических представлений о коммуникативной компетентности в профессиональном становлении будущего врача. Выделены ее структурные элементы в рамках системогенетического подхода, представляющего собой процесс формирования системы, в ходе которого определяется компонентный состав системы, устанавливаются функциональные взаимосвязи между ее компонентами и происходит развитие отдельных компонентов в плане обеспечения достижения цели. Предложено авторское понимание феномена коммуникативной компетентности будущего врача как сложного конструкта, включающего три уровня: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (технический, операционный), содержащий два подуровня: общих и профессиональных коммуникативных умений и навыков. Кроме того, выявлено, что стилевые личностные характеристики защитного и совладающего поведения выступают ее предикторами.

Практическая значимость работы определяется тем, что:

- полученные результаты использованы в контексте преподавания психологии в курсах «Психология общения» при подготовке будущих врачей в вузе;

- проведенное исследование позволяет по-новому взглянуть на комплектование программы психологической подготовки студентов медицинских вузов с введением отдельного модуля по проведению тренингов коммуникативной компетентности;

- материалы исследования включены в спецкурс «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» для врачей-преподавателей, повышающих квалификацию на факультете последипломной обучения, а также составили основу спецсеминара «Общение с больным» для слушателей цикла профессиональной переподготовки по специальности «Преподаватель высшей школы».

- на основании результатов исследования создана комплексная программа по развитию профессиональной коммуникативной компетентности для будущих врачей специальностей «лечебное дело» и «педиатрия».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Выраженность коммуникативной компетентности в профессиональном становлении будущего врача опосредуется профилем его медицинской специальности: педиатры (специальность «педиатрия») имеют более высокую степень коммуникативной компетентности по сравнению с врачами специальности «лечебное дело».

2. Коммуникативная компетентность в профессиональном становлении будущего врача разных специальностей отличается на содержательном и инструментальном уровнях, но не имеет различий на базовом (ценностном) уровне, в том числе, по такому его показателю как эмпатия.

3. Существует связь между уровнями коммуникативной компетентности будущего врача и его стилевыми личностными характеристиками защитного (механизмами психологической защиты) и совладающего (копинг-стилями) поведения.

4. Силевые личностные характеристики защитного (механизмы психологической защиты) и совладающего (копинг-стили) поведения будущего врача являются предикторами его коммуникативной компетентности.

Апробация результатов исследования:

Основные результаты исследования были представлены и обсуждены на кафедре педагогики и психологии с курсом ФПДО Ярославской государственной медицинской академии, на кафедре социальной психологии Костромского государственного университета им Н.А.Некрасова, в лаборатории психологии развития в институте психологии РАН; докладывались на VIII международной научно-практической конференции «Проблемы развития личности: психологическое консультирование и психотерапия» в Рязани в 2008 году, на Международной конференции «Психология общения XXI век: 10 лет развития» в Москве в 2009 году, на Международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе» в Костроме, в 2010 году. Результаты исследования были включены в теоретическую разработку спецкурса на тему «Профессиональная коммуникативная компетентность врача».

Публикации. Основное содержание диссертационного исследования изложено в 9 публикациях автора, 2 из них – в изданиях, рекомендованных ВАК МО и науки РФ.

Методологической основой исследования является системная полипарадигмальная методология: субъектный подход в психологии (С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова, А.В. Брушлинский, Е.А. Сергиенко и др.); базовые принципы системогенетического подхода (В.Д.Шадриков, Н.В.Нижегородцева, Ю.П.Поваренков, А.В.Карпов); психоаналитические теории эго-защит (З. Фрейд, А. Фрейд, Г. Келлерман, Р. Плутчик); транзакциональная когнитивная теория стресса и копинга (Р. Лазарус, С. Фолкман); акмеологический подход к развитию личности профессионала (Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, А.А. Деркач, В.Г. Зызыкин, Н.В. Кузьмина и др.), психология совладания со стрессовыми трудными жизненными ситуациями (Л.И. Анцыферова, В.А. Бодров, Т.Л. Крюкова, Н.Ф. Михайлова, И.М. Никольская, В.М. Ялтонский); психология личности и ее коммуникативной компетентности (Ю.Н.Емельянов, Ю.М.Жуков, В.И.Кашницкий, Л.А.Петровская, П.В.Растяжников, Л.А.Цветкова).

Методы исследования: в работе применялся в основном номотетический метод исследования. Эмпирический уровень включал планирование и организацию исследования. Для решения поставленных задач

и проверки гипотез применялись следующие методы: теоретический анализ психолого-акмеологической, социально-психологической и психолого-педагогической литературы по проблеме диссертационного исследования; психодиагностические методы: опрос, тестирование, метод включенного наблюдения; методы качественного и количественного анализа результатов с применением методов математической статистики.

Для статистической обработки данных применялись программы Statistica 9.0. Критериями анализа были: критерии различий Крускала-Уоллиса, Смирнова-Колмогорова, коэффициент связи признаков - ранговой корреляции Спирмена (r), множественный регрессионный анализ, однофакторный дисперсионный анализ.

Достоверность результатов исследования обеспечена непротиворечивостью исходных методологических позиций, выбором методов исследования, соответствующих задачам и гипотезам, гомогенностью и количественной репрезентативностью выборки, стандартизацией процедуры исследования и применением методов математической статистики, а также взаимопересечением результатов, полученных при помощи различных методик и их соотнесением с данными других исследователей.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, библиографического списка, состоящего из 226 источников на русском и 11 на иностранных языках; приложений, в которых содержатся таблицы описательной статистики, бланки тестов и нормативы. Материал диссертации изложен на 190 страницах машинописного текста, содержит 17 таблиц и 24 рисунка.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновываются актуальность исследуемой проблемы, научная новизна, теоретическая и практическая значимость, определяются объект, предмет, цель и задачи исследования, формулируются гипотезы и положения, выносимые на защиту, называются использованные методы.

Первая глава «Психолого-акмеологические аспекты становления врача как субъекта профессиональной деятельности» посвящена анализу научной литературы по этой проблеме, описанию специфики профессиональной деятельности врача, которая рассматривается как системное образование; а также отражены психолого-акмеологические аспекты профессионального становления врача.

В параграфе 1.1. «Профессиональная врачебная деятельность как системное образование» изложены общие сведения о врачебной профессии, описана структура деятельности врача в области лечебного дела и педиатрии.

В параграфе 1.2. «Психолого-акмеологические особенности профессионально-личностного становления врача» отражены взгляды на профессиональное развитие личности как на непрерывный процесс, охватывающий основные этапы онтогенеза; рассмотрены вопросы

профессиональной подготовки врача как формы социализации личности, а профессионализма как развитие личности и ее акме.

В параграфе 1.3. «Профессионализация как форма личностной активности субъекта врачебной деятельности» раскрыты особенности цикла профессионализации специалистов врачебной деятельности.

Во второй главе «Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача: концептуальные подходы» проведен анализ теоретических и эмпирических исследований феномена коммуникативной компетентности личности и коммуникативной компетентности врача.

В параграфе 2.1. «Психолого-акмеологическая специфика коммуникации в системе «врач-больной» отражены современные представления об особенностях врачебного общения в профессиональном становлении, проанализированы отличия его у врачей двух специальностей: «педиатрия» и «лечебное дело». Отмечено, что врачи-педиатры понимают особенности общения с больными детьми: говорить с ребенком много труднее, чем со взрослым; для этого надо уметь правильно воспринимать внешние проявления внешнего проявления его противоречивого внутреннего мира, учитывать возможную эмоциональную реакцию на обращенное к нему слово (Л.П.Урванцев, 2003).

В параграфе 2.2. «Защитное и совладающее поведение в контексте коммуникативной компетентности» отражен краткий очерк истории взглядов на механизмы психологической защиты личности. Каждый человек использует ограниченный «репертуар» (набор) механизмов защиты, т.е. можно говорить о стилях защитного поведения, присущих конкретному человеку. В свете психологии отношений В.Н.Мясищева (цит. по Л.И.Вассерману, 2010) механизмы психологической защиты понимаются как система адаптивных, как правило, неосознаваемых реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений - когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия. Совладающее поведение рассматривается как сознательное поведение, направленное на активное взаимодействие субъекта с ситуацией – изменение ситуации (поддающейся контролю) или приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю, например, смертельная болезнь (Т.Л.Крюкова, 2003)). В стрессовых ситуациях человек в ходе совладания одновременно использует несколько разноуровневых осознанных видов поведения: простые единичные действия, копинг-стратегии и копинг-стили. Наиболее распространенной является классификация совладающего поведения, предложенная Лазарусом и Фолкманом и дополненная Эндлером и Паркером, в рамках которой выделяются три стиля копинга: проблемно-ориентированный (ПОК), эмоционально-ориентированный (ЭОК) и копинг-избегания (КОИ), в последнем выделяются субстили: отвлечение и социальное отвлечение. Под

стилем понимается то сочетание стратегий совладающего поведения, которые человек использует наиболее часто и постоянно.

В параграфе 2.3. «Коммуникативная компетентность и ее структура в профессионально-личностном становлении врача» раскрыта сущность этого феномена «коммуникативной компетентности личности» современными как зарубежными (Л.М.Хэррис, К.Даммер, В.Лонгер, Д.Прайнер и др.), так и отечественными исследователями (Л.А.Петровская, Л.А.Цветкова, А.А.Бодалев, Е.В.Руденский, Ю.М.Жуков, П.В.Растянников, В.И.Кашницкий, Ю.Н.Емельянов). Под коммуникативной компетентностью (КК) личности В.И.Кашницким, понимается многоуровневое интегративное качество личности, позволяющее эффективно устанавливать, поддерживать и развивать контакты с другими людьми при постоянном видоизменении психических состояний, межличностных отношений и условий социальной среды (1995). Коммуникативная компетентность врача рассматривается как многоуровневое интегральное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Параграф имеет два раздела.

Первый раздел посвящен изучению структуры коммуникативной компетентности врача, в которой выделяют три уровня: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (технический, операционный). Базовый (ценностный) уровень включает в себя социальные установки, ценностные ориентации, мотивы в коммуникативной сфере. Базовый уровень следует считать основным, так как он обеспечивает мотивацию общения и возможности становления коммуникативной компетентности врача, облегчая или, наоборот, затрудняя этот процесс. Содержательный уровень включает в себя коммуникативные задачи, основанные на коммуникативных знаниях врача. На содержательном уровне осуществляется построение программ и тактических планов общения, перевод врачебных задач в коммуникативные. Инструментальный уровень обеспечивает техническую сторону врачебного общения, оперативный анализ коммуникаций, внесение корректив в коммуникативную деятельность. В нем можно выделить два подуровня. Первый включает в себя владение общими коммуникативными умениями и навыками, обеспечивающими управление ходом процесса общения, эффективное воздействие на партнеров по общению, а также оптимальную саморегуляцию в его ходе. Второй подуровень включает специальные (профессиональные) коммуникативные умения и навыки, позволяющие обеспечить актуализацию коммуникативных приемов, необходимых для решения коммуникативных задач в профессиональной врачебной деятельности, направленных на создание эффективной коммуникации в системе «врач-больной».

Во втором разделе параграфа представлены теоретические материалы об эмпатии как важном личностном устойчивом свойстве врача. Эмпатия рассмотрена как структурный компонент коммуникативной компетентности врача, как показатель ее базового (ценностного) уровня. Отмечено, что для врача важно владение «когнитивной», «действенной» эмпатией.

В заключение второй главы приведено определение коммуникативной компетентности врача и сделан вывод о необходимости исследования ее как многоуровневого интегрального качества личности, на развитие которого оказывают воздействие стилевые личностные характеристики защитного (механизмы психологической защиты) и совладающего (копинг-стили) поведения.

Третья глава «Эмпирическое исследование коммуникативной компетентности будущего врача» посвящена описанию эмпирического исследования, анализу и интерпретации полученных результатов, соответствующих поставленным цели и задачам, формулировке выводов; состоит из 2-х параграфов.

В параграфе 3.1. «Организация и методы исследования коммуникативной компетентности будущего врача» сформулированы объект, предмет, гипотезы, цель и задачи эмпирического исследования, дана социально-психологическая характеристика выборки, описаны методы, методики и этапы проведения исследования в соответствии с разработанным методологическим аппаратом.

Основная выборка составила 170 человек, из них: 85 будущих врачей специальности «Лечебное дело» (студентов 6 курса лечебного факультета) (21 – мужского и 64 - женского пола) и 85 будущих врачей специальности «педиатрия» (студентов 6 курса педиатрического факультета) (2 - мужского и 83 женского пола), в возрасте от 21 года до 27 лет. Средний возраст – 22,4 года.

В параграфе 3.2. «Представление и интерпретация результатов исследования» отражены полученные результаты, трактовка эмпирических данных, проверка основной и частных гипотез, сделаны основные выводы.

Отражены **результаты исследования коммуникативной компетентности** будущего врача по методике Н.В.Яковлевой «Профессиональная коммуникативная компетентность врача», осуществлен сравнительный анализ ее выраженности у будущих врачей двух специальностей «педиатрия» и «лечебное дело» (табл. № 1), связи показателей коммуникативной компетентности между собой.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что степень выраженности показателей коммуникативной компетентности у большинства будущих врачей обеих специальностей является средней по всем блокам: блок КИ, отражающий выраженность общих коммуникативных ценностей (базовый уровень ККВ)): у 70,6 % - в 1-ой группе, у 63,5 % - во 2-ой; блок КУ, показывающий развитие общих коммуникативных навыков и

умений (инструментальный уровень ККВ): у 74,1 % и у 78,8%; блок ПИ, определяющий включенность коммуникативной составляющей во врачебную деятельность (содержательный уровень ККВ): у 98,8% и у 88,2 %; блок ПУ, оценивающий развитие профессиональных коммуникативных навыков и умений (инструментальный уровень ККВ): у 95,3 % и у 87,0 % – (соответственно).

Таблица 1

Сравнение выраженности профессиональной коммуникативной компетентности по блокам (уровням) у будущих врачей специальностей «педиатрия» и «лечебное дело» (n=170, смешанная выборка)

Блоки (уровни) коммуникативной компетентности будущего врача	Педиатрия (n=85)			Лечебное дело (n=85)		
	Ср. значение		SD	Ср. значение		SD
	В баллах	В стенах-нах		В баллах	В стенах-нах	
блок КИ (базовый уровень)	55,85	6	5,729	54,81	6	5,622
блок ПИ (содержательный уровень)	52,87	5	6,579	51,46	5	5,706
блок КУ (инструментальный уровень)	52,97*	6	5,277	50,11	5	4,598
блок ПУ (инструментальный уровень)	53,06*	6	4,858	51,29	5	3,835

Примечание : * – уровень значимости – $p < 0,05$.

Сравнительный анализ показал, что имеются достоверно значимые различия в степени выраженности коммуникативной компетентности по блоку ПИ ($m_{л}=50,11$, $m_{п}=52,97$ при $p < 0,05$), характеризующему включенность коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность, т.е. уровень осознания важности знаний и применения профессиональных коммуникативных навыков и умений у будущих педиатров выше, чем у специалистов специальности «лечебное дело». С точки зрения автора, именно этот блок обеспечивает построение программ и тактических планов общения врача с больным, перевод врачебных задач в коммуникативные (содержательный уровень коммуникативной компетентности будущего врача).

Кроме того, имеется различие в степени развития профессиональных коммуникативных навыков и умений (блока ПУ), ($m_{л}=51,29$, $m_{п}=53,06$ при $p < 0,05$), у педиатров она выше. Это, вероятно, объясняется тем, что студенты-педиатры прошли целенаправленный курс курации пациентов в рамках специализации, причем в группах больных разного возраста, от новорожденных до подростков.

Различия в степени выраженности блоков ПИ и ПУ, вероятно, связаны с тем, что врачи-педиатры понимают особенности общения с больными детьми:

говорить с ребенком много труднее, чем с взрослым; для этого надо уметь правильно воспринимать внешние проявления его противоречивого внутреннего мира, учитывать возможную эмоциональную реакцию на обращенное к нему слово (Л.П.Урванцев, 1988). Кроме того, одной из особенностей профессионального общения педиатра при непосредственном контакте с больным ребенком является необходимость взаимодействия с окружающими его взрослыми, чаще родителями (матерью, в частности). В этом случае система «врач-больной» дополняется еще одним участником – родителем, и представляет собой уже не диаду, а триаду.

Выявлены слабые положительные связи между блоками КИ и ПИ ($r=0,269$ при $p<0,0001$) и КИ и ПУ ($r=0,225$ при $p<0,003$). Следовательно, чем сильнее выражены коммуникативные ценности (базовый уровень ККВ), тем лучше у него будут развиты профессиональные коммуникативные умения и навыки (блок ПУ, отражающий инструментальный уровень ККВ) и тем сильнее они будут включены в профессиональную врачебную деятельность (блок ПИ, характеризующий содержательный уровень ККВ).

Установлено, что респонденты с хорошо развитыми общими коммуникативными умениями (блок КУ) чаще всего имеют и более выраженные профессиональные коммуникативные навыки и умения (блок ПУ), чем те, у кого блок КУ не сформирован (положительная умеренная связь – $r=0,469$ при $p<0,0001$). На взгляд автора, это соответствует теоретическим положениям о том, что профессиональная коммуникативная компетентность формируется на основе общей коммуникативной компетентности личности (Н.В.Яковлева, 1994). Наиболее значимой является положительная умеренная связь между блоками ПИ и ПУ ($r=0,319$ при $p<0,0001$), т.е. чем выше степень выраженности блока ПИ у будущего врача, тем лучше он овладеет профессиональными коммуникативными навыками и умениями.

Отмечено, что при выраженном развитии общих коммуникативных навыков и умений (блок КУ) будет более высокий уровень включенности коммуникативных умений и навыков в профессиональную врачебную деятельность (блок ПИ). Вероятно, это связано с тем, что недостаточное техническая успешность общения, определяемая на основе самооценки, заставляет человека сомневаться в необходимости включения коммуникативной составляющей в профессиональную деятельность, и, наоборот, успешное владение общими коммуникативными навыками приводит к осознанию важности их освоения для применения в профессии. И, напротив, чем более сформирован блок ПИ, тем сильнее развиты блоки КУ и ПУ. Может быть, это обусловлено тем, что понимание важности включенности коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность приводит к успешному освоению общих и профессиональных коммуникативных техник, развитие которых связаны друг с другом. Оба блока отражают инструментальный уровень коммуникативной компетентности, который обеспечивает актуализацию необходимых навыков

и умений в ходе выполнения коммуникативных действий, направленных на решение коммуникативных задач, как общих (блок КУ), так и профессиональных (блок ПУ). При этом, постепенно профессиональные коммуникативные навыки и профессиональная коммуникативная компетентность в целом, становясь более значительными для человека, накладывают отпечаток на общую коммуникативную компетентность (Н.В.Яковлева, 1994).

Следовательно, все уровни коммуникативной компетентности: базовый уровень (отраженный в блоке КИ), содержательный (блок ПИ) и инструментальный (технический, операционный) (блоки КУ и ПУ) коррелируют между собой и являются предикторами друг друга.

Следовательно, подтвердились гипотезы № 1 и 3.

Далее отражены **результаты исследования эмпатии** как показателя базового (ценностного) уровня будущего врача и ее связей со стилями защитного и совладающего поведения» отражены результаты изучения эмпатии, ее связи с механизмами психологической защиты и копинг-стилями, а также интерпретация полученных данных.

Эмпатия у будущих врачей изучались с помощью методики В.В.Бойко «Диагностика уровня эмпатических способностей», которая позволила выявить как степень сформированности эмпатии по суммарному показателю, так и по отдельным каналам: рациональному, эмоциональному, интуитивному, установкам на эмпатию, проникающей способности в эмпатии и идентификации. У студентов 2 курса лечебного и педиатрического факультета, из которых формировалась группа для сравнения показателей эмпатии по мере обучения в вузе, для исследования эмпатии использовались как методика В.В.Бойко, так и тест И.М.Юсупова «Способность к эмпатии».

Исходя из анализа данных, полученных по методике В.Бойко, следует, что в целом по выборке у большинства респондентов наблюдался заниженный уровень эмпатии по суммарному показателю: у 59,80% респондентов 2 курса лечебного факультета ($m=18,88$ баллов); у 58,80 % будущих специалистов лечебного дела (студентов 6 курса лечебного факультета) ($m=18,20$ баллов) и у 73,10% будущих педиатров (испытуемых 6 курса педиатрического факультета) ($m=17,27$ баллов). При этом у студентов 2 курса по методике И.М.Юсупова отмечалась нормальная степень выраженности эмпатии ($m=48,41$ баллов).

Сопоставление показателей (с помощью процедуры кросстабуляции совмещались частоты появления наблюдений на разных уровнях рассматриваемых факторов, при исследовании которых, установлены достоверные ($p<0,05$) связи между табулированными переменными (Фи-квадрат=0,85)) эмпатии в 1-ой группе, в которой для определения уровня выраженности эмпатийных тенденций использовались обе методики, позволило выявить факт, что нормальный уровень эмпатии по методике И.М.Юсупова ($m=48,41$ баллов) соответствует заниженному уровню – по

тесту В.В.Бойко ($m=18,88$ балла). Такой уровень эмпатии, вероятно, объясняется тем, что для эффективного профессионального общения важнее всего не постоянное и бурное сопереживание пациенту, а владение «когнитивной эмпатией» и «действенной эмпатией», т.е. показатель эмпатийности не должен быть слишком высоким для достижения эффективности коммуникации, иначе решение других задач врачебной деятельности (в частности, постановка диагноза, оказание лечебной помощи и др.) будет затруднено, а иногда и невозможно.

Исследование показало, что достоверных различий в выраженности эмпатии и ее каналов у студентов разной специальности и курсов не обнаруживается. Вероятно, это связано с тем, что сама профессия врача, выбор которой был сделан респондентами на стадии поступления в высшее медицинское учебное заведение, основывается на определенных нравственных ценностях, и врачи, как представители одной из самых гуманных сфер человеческой жизнедеятельности, имеют общие личностные черты.

Выявлены значимые весомые корреляции: умеренно выраженные отрицательные связи между вытеснением и: суммарным показателем эмпатии ($r = - 0,464$, $p < 0,001$), эмоциональным каналом ($r = - 0,378$, $p < 0,001$), проникающей способностью в эмпатии ($r = - 0,273$, $p < 0,01$), идентификацией ($r_s = - 0,376$, $p < 0,001$); умеренно отрицательная – между интеллектуализацией и эмоциональным каналом эмпатии ($r = -0,386$, $p < 0,001$); умеренно положительная - между регрессией и эмоциональным каналом ($r = 0,397$, $p < 0,001$).

Обнаружено, что для суммарного показателя эмпатии наиболее весомыми и значимыми предикторами (предсказывающими факторами) являются такие механизмы защиты как вытеснение – отрицательный предиктор; и регрессия – положительный. Выраженность эмоционального канала эмпатии определяется положительным предиктором регрессия и отрицательным - вытеснение.

Наличие отрицательной (обратной) связи между вытеснением и суммарным показателем эмпатии, вероятно, можно объяснить следующим образом. Как известно, вытеснение такой механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, - становятся бессознательными. Но, не находя разрешения в поведении, тем не менее они сохраняют свои эмоциональные и психо-вегетативные компоненты. При этом наиболее часто вытесняются такие личностные качества и поступки, которые не делают личность привлекательной в глазах себя и других, например, недоброжелательность, черствость и др. Следовательно, можно предположить, что вытеснение неосознанно и автоматически приводит к препятствованию освоения умения понять другого на основе сопереживания, постановки себя на место другого человека (канал эмпатии - идентификация), а также нарушается способность

«вхождения» в энергетическое поле партнера (эмоциональный канал эмпатии).

При этом можно констатировать что, чем выше напряженность регрессии и чем меньше напряженность интеллектуализации, тем более выражен эмоциональный канал эмпатии. Положительная (прямая) корреляция между регрессией и эмоциональным каналом эмпатии, на взгляд автора, объясняется тем, что этот механизм защиты проявляется использованием более простых и привычных поведенческих стереотипов, сформированных на более ранних стадиях развития (плач, крик и др.), которые напрямую связаны с эмоциональной сферой личности. Тем самым происходит «подключение» к энергетическому полю эмпатируемого, с которым эмпатирующий входит в эмоциональный резонанс, т.е. задействуется эмоциональный канал эмпатии.

Отрицательная связь между интеллектуализацией и эмоциональным каналом эмпатии, возможно, обосновывается тем, что при напряжении этого механизма защиты происходит пресечение переживаний при помощи логических (псевдоразумных) установок и манипуляций, как писал Ф.Е.Василюк, «уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций». При этом соответственно становится невозможной энергетическая подстройка к эмпатируемому, не возникает связующее звено между эмпатирующим и эмпатируемым, т.е. то, что обеспечивает эмоциональный канал эмпатии.

Выявлены статистически достоверные значимые связи между показателями эмпатии (по методике В.В.Бойко) и стилями совладающего поведения: умеренно выраженные положительные - между эмоционально-ориентированным копингом (ЭОК) и эмоциональным каналом эмпатии - ($r = 0,474$, $p < 0,001$), а также – между рациональным каналом эмпатии и копинг-стилем «избегание» ($r = 0,314$, $p < 0,001$), что находится в соответствии с другими исследованиями копинга (Т.Л.Крюкова, 2004). Кроме того, определена умеренная отрицательная связь эмоционально-ориентированного копинга ($r = - 0,348$, $p < 0,001$) с проникающей способностью в эмпатии.

При этом, ЭОК выступает весомым и значимым положительным предиктором эмоционального канала эмпатии и отрицательным предиктором проникающей способности в эмпатии для 17% выборки. Обнаружено, что, чем выше у человека выражен эмоционально-ориентированный стиль совладающего поведения, тем более сформирован эмоциональный канал эмпатии. Эмоционально-ориентированный копинг - стиль совладающего поведения, направленный на урегулирование собственного эмоционального состояния, проявляется в виде погружения в собственные переживания, самообвинении, вовлечении других в свои переживания. Если переживаемые эмоции врача и больного совпадают по модальности, произойдет чрезмерное «подключение», «подстройка» к энергетическому полю эмпатируемого, с которым эмпатирующий входит в эмоциональный резонанс, т.е. чрезмерное задействование эмоционального канала эмпатии. Наиболее оптимальным для формирования уровня эмпатии, в частности, ее эмоционального канала,

который не препятствует выполнению задач лечебно-профилактического процесса, является такая выраженность эмоционально-ориентированного копинга, который соответствует нормальному показателю, что позволяет осуществлять будущим врачам целенаправленное регулирование своих отрицательных эмоций. Кроме того, отмечено, чем более у респондентов выражен эмоционально-ориентированный стиль совладающего поведения, тем менее сформирована проникающая способность в эмпатии. Вероятно, это объясняется тем, что, чем более эмоционально сильно один партнер по общению (врач) реагирует на ситуацию в виде погружения в свои собственные переживания (ЭОК), тем труднее ему создать атмосферу открытости, доверительности, задушевности, способствующей раскрытию чувств другого партнера (пациента) (в чем, собственно, и заключается проникающая способность в эмпатии).

Таким образом, гипотезы №№ 2 и 4 нашли подтверждение.

Стилевые личностные характеристики защитного поведения (механизмы психологической защиты) исследовались с помощью опросника Келлермана-Плутчика «Индекс жизненного стиля» (LSI), адаптированного и стандартизированного Л.И.Вассерманом с соавторами. Выявлены следующие **корреляции между уровнями коммуникативной компетентности и механизмами психологической защиты (МПЗ).**

Установлены положительные умеренные связи между блоком КИ, определяющий уровень выраженности коммуникативных ценностей (базовый уровень ККВ), и: отрицанием ($r=0,404$ при $p<0,004$); а также защитой - реактивные образования ($r=0,283$ при $p<0,05$); Определена положительная умеренная связь между блоком ПИ (содержательный уровень КК), характеризующим степень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность, и реактивными образованиями ($r=0,295$ при $p<0,04$).

Выявлены умеренно выраженные корреляции: положительная связь между степенью развития общих коммуникативных умений (блок КУ – инструментальный уровень КК) и отрицанием ($r=0,291$ при $p<0,04$), а так же отрицательная умеренно выраженная связь этого блока и вытеснения ($r= -0,475$ при $p<0,0001$).

Степень выраженности общих коммуникативных навыков и умений (блок КУ) определяется следующими предикторами: наиболее весомым, отрицательным и значимым предиктором является вытеснение; наиболее значимым положительным предиктором - отрицание. Высокий уровень напряженности отрицания и низкий - вытеснения будут способствовать формированию общих коммуникативных умений и навыков у будущих врачей. По отношению к блоку ПИ, отвечающему за степень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную деятельность, наиболее значимым и весомым положительным предиктором является МПЗ - реактивные образования, а отрицательным – проекция. Следовательно,

реактивные образования способствуют, а проекция препятствует формированию и развитию блока ПИ у студентов. Выраженность профессиональных коммуникативных навыков и умений (блок ПУ) определяется следующими предикторами: наиболее весомым положительным предиктором является интеллектуализация, а отрицательным - вытеснение. Следовательно, интеллектуализация способствует, а вытеснение препятствует формированию блока ПУ у будущих врачей. Выявлено, что общие (блок КУ) и профессиональные (блок ПУ) коммуникативные навыки и умения в большей степени сформированы у тех студентов, вытеснение которых не превышает норму.

Обнаружено что, механизм психологической защиты – реактивные образования - имеет достоверно значимые, прямые, умеренно выраженные корреляционные связи, выступает положительным предиктором блока, характеризующего степень выраженности общих коммуникативных ценностей, и блока, определяющего степень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность. Вероятно, это объясняется таким образом. Реактивные образования как защита предполагает выработку и подчеркивание в поведении прямо противоположной установки. Особенности этой защиты в норме, в частности, является подчеркнутое стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения, актуальность, озабоченность «приличным» внешним видом, вежливость, любезность, респектабельность, бескорыстие, общительность, как правило, приподнятое настроение (Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников, 1996). Усиление действия реактивных образований с возрастом является общей закономерностью для всех людей. Посредством этого механизма борьба с неприемлемыми импульсами, эмоциями осуществляется заменой их на прямо противоположные (Л.И.Вассерман, 2010). Механизм психологической защиты – вытеснение - имеет достоверно значимую, отрицательную, умеренно выраженную корреляционную связь, является весомым отрицательным предиктором блока, определяющего развитость общих коммуникативных навыков и умений будущего врача. Также вытеснение коррелирует и выступает значимым отрицательным предиктором блока, отражающего степень выраженности профессиональных коммуникативных навыков и ценностей будущих врачей. Объяснение этому, по мнению автора, можно сформулировать следующим образом. Как известно, вытеснение - защита, направленная на устранение из сознания или удержание в бессознательном психотравмирующих мыслей и образов. Вытеснение развивается для сдерживания эмоции страха, проявления которой неприемлемо для позитивного самовосприятия и грозит попаданием в прямую зависимость от агрессора. Страх блокируется посредством забывания реального стимула, а также всех объектов, фактов и обстоятельств, ассоциативно связанных с ним (Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов, 2008.). Следовательно, можно предположить, что вытеснение автоматически и

неосознанно приводит к изменению содержания сознания, препятствуя освоению умений и навыков, необходимых для эффективного взаимодействия, в том числе и профессионального, поскольку особенностями защитного механизма, даже в норме, являются соглашательство, покорность, робость, неспособность отстоять свою позицию в споре.

Таким образом, гипотеза № 4 о наличии связей между уровнями коммуникативной компетентности будущего врача и стилями защитного поведения подтвердилась.

Стилевые личностные характеристики совладающего поведения изучались с помощью опросника Н.С. Эндлера и Д.А. Паркера «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (КПСС), адаптированного Т.Л.Крюковой (2002). Обнаружены следующие **корреляции между уровнями коммуникативной компетентности будущего врача и его копинг-стилями**.

Выявлены статистически достоверная умеренная связь между стилем совладающего поведения ПОК и блоком КУ ($r = 0,285$ при $p < 0,01$) и средней силы связь между проблемно-ориентированным копингом (ПОК) и блоком ПУ ($r = 0,508$ при $p < 0,001$), т.е. у респондентов с развитым проблемно-ориентированным копингом отмечается более высокая степень выраженности как общих, так и профессиональных коммуникативных навыков и умений (инструментальный уровень ККВ). Возможно, это связано с тем, что проблемно-ориентированный стиль, который характеризуется рациональным анализом проблемы, тесно связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ проблемы, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации. Чтобы осуществить поведенческие стратегии этого стиля совладающего поведения в профессиональной врачебной деятельности, необходимо иметь определенный уровень развития профессиональных навыков и умений коммуникативной сферы.

Кроме того, определена умеренная отрицательная значимая связь эмоционально-ориентированного копинга с блоками ККВ: ПУ ($r = - 0,345$, $p < 0,001$) и ПИ ($r = - 0,342$, $p < 0,01$). Вероятно, это объясняется тем, что, чем более эмоционально сильно один партнер по общению (врач) реагирует на ситуацию в виде «погружения» в свои собственные переживания (ЭОК), тем труднее ему сосредотачиваться на построении программ и тактических планов общения с больным, переводе врачебных задач в коммуникативные (блок ПИ – содержательный уровень ККВ) и применении коммуникативных умений и навыков в своей профессиональной врачебной деятельности (блок ПУ – инструментальный уровень ККВ)).

Эмоционально-ориентированный копинг выступает весомым и значимым отрицательным предиктором для следующих блоков: КИ, характеризующего выраженность общих коммуникативных ценностей; ПИ, отражающего включенность коммуникативной составляющей в профессию,

и КУ, определяющего развитие общих коммуникативных навыков и умений. Кроме того, отмечается достоверно значимое влияние ЭОК на степень выраженности общих коммуникативных ценностей (блок КИ). Респонденты с низким и средним уровнем ЭОК имеют более сформированные общие коммуникативные ценности (блок КИ), чем те, у кого высокий уровень развития эмоционально-ориентированного копинга. Вероятно, это можно объяснить следующим образом. При низком уровне ЭОК человек не способен «отреагировать» свои переживания в стрессовой ситуации, он фокусируется на собственных негативных эмоциях, предпочитает «замкнуться», что препятствует формированию субъективной значимости общих коммуникативных ценностей в жизни (блок КИ). Но и высокий уровень ЭОК, характеризующийся чрезмерным проявлением своих собственных переживаний, не способствует развитию этого блока. Наиболее оптимальным для формирования общих коммуникативных ценностей является такой уровень ЭОК, который соответствует нормальному показателю, что позволяет осуществлять целенаправленное регулирование отрицательных эмоций. Кроме того, респонденты, преодолевающие трудные жизненные ситуации с помощью ЭОК, имеют менее развитые профессиональные коммуникативные умения и навыки.

Испытуемые с доминирующим проблемно-ориентированным копинг-стилем имеют более развитые профессиональные коммуникативные навыки и умения (блок ПУ), чем те, кто предпочитает другие стили совладания, т.е. ПОК является положительным предиктором этого блока. Объяснение этому, по-видимому, можно найти в сущностной характеристике этого стиля, заключающейся в рациональном анализе проблемы, тесной связи с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляющейся в таких формах поведения, как поиск предметной социальной поддержки и дополнительной информации. Все это требует актуализации необходимых умений и навыков в ходе выполнения коммуникативных действий, направленных на решение коммуникативных задач, в том числе, и в профессиональной врачебной деятельности.

Следовательно, подтвердилась гипотеза № 4 о наличии связей между уровнями коммуникативной компетентности будущего врача и его копинг-стилями.

В Заключении подведены основные итоги исследования, обобщены его результаты в более широком научном контексте, представлены практические рекомендации, определены проблемные моменты работы и исследовательские перспективы в рамках данной темы.

ВЫВОДЫ:

1. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача понимается как интегральное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную

на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Она имеет трехуровневую структуру: базовый (ценностный) уровень, содержательный уровень и инструментальный (операционный, технический), включающий два подуровня: общих и профессиональных коммуникативных навыков и умений. Уровни коммуникативной компетентности будущего врача имеют достоверно значимые взаимосвязи и выступают предикторами друг друга.

2. Степень выраженности коммуникативной компетентности будущего врача опосредуется профилем медицинской специальности: будущие врачи специальности «педиатрия» имеют более высокую степень развитости коммуникативной компетентности по сравнению с представителями специальности «лечебное дело».

3. Коммуникативная компетентность будущего врача разных специальностей отличается по выраженности показателей, характеризующих включенность коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность, т.е. на содержательном уровне, и по развитости профессиональных коммуникативных навыков и умений, т.е. на инструментальном (техническом, операционном) уровне. При этом выраженность коммуникативной компетентности будущего врача не отличается на базовом (ценностном) уровне, в том числе, по показателю «эмпатия», которая является устойчивым личностным свойством врача, не зависит от специальности и этапа профессионализации, и соответствует профессиональным особенностям врачебной деятельности, где важна «когнитивная», «действенная» эмпатия.

4. Стилиевые личностные характеристики защитного (механизмы психологической защиты) и совладающего (копинг-стили) поведения являются предикторами коммуникативной компетентности будущего врача. В частности, психологическая защита - реактивные образования - имеет значимые прямые корреляционные связи, является весомым положительным предиктором тех показателей коммуникативной компетентности будущего врача, которые определяют степень выраженности общих коммуникативных ценностей будущего врача (базовый, ценностный уровень), и которые отражают степень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность (содержательный уровень коммуникативной компетентности); вытеснение, имея значимую корреляцию с показателями выраженности владения общими и профессиональными коммуникативными навыками и умениями, выступает в качестве отрицательного их предиктора (инструментальный уровень коммуникативной компетентности) у будущего врача.

Наиболее выраженными и значимыми являются корреляции между проблемно-ориентированным копингом (положительная связь), эмоционально-ориентированным копингом (отрицательная связь) и

выраженностью профессиональных коммуникативных навыков и умений (инструментальным уровнем коммуникативной компетентности). При этом копинг-стили выступают предикторами коммуникативной компетентности: наиболее весомыми по отношению к показателям коммуникативной компетентности, характеризующим степень развития общих и профессиональных коммуникативных навыков и умений (инструментальный уровень), являются эмоционально-ориентированный копинг (отрицательный предиктор) и проблемно-ориентированный копинг (положительный предиктор).

4. Все гипотезы, заявленные в исследовании, подтвердились. Необходимо отметить, что для более полного раскрытия сущности коммуникативной составляющей профессионально-личностного становления будущего врача необходимо продолжить изучение структурных компонентов его коммуникативной компетентности, связей и факторов, влияющих на ее развитие, углубив феноменологический аспект проблемы. Возможно, это поможет выявить закономерности динамики развития коммуникативной компетентности врача на последующих этапах профессионализации.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. *Васильева, Л.Н.* Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей [текст] /Л.Н.Васильева // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика, психология, социальная работа, ювенология, социокинетика». – 2009. – Т. 15. – № 5. – С. 172-176. – 0,31 п.л. **(Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных ВАК РФ)**

2. *Васильева, Л.Н.* Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача [текст] /Л.Н.Васильева // Вестник Костромского государственного университета имени Н.А.Некрасова: Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – Т. 16. – № 1. – С. 165-169. – 0,28 п.л. **(Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных ВАК РФ)**

3. *Васильева, Л.Н.* Урванцев Л.П. Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача [текст] /Л.Н.Васильева // Ярославский психологический вестник. – Ярославль, 2003. – Выпуск 9. – С.99-105. – 0,20 п.л.

4. *Васильева, Л.Н.* Исследование коммуникативной компетентности студентов-медиков на стадии завершения обучения в вузе [текст] /Л.Н.Васильева // Личность в современных исследованиях. Сборник научных трудов. Выпуск 11. Материалы УШ международной научно-практической конференции «Проблемы развития личности: психологическое консультирование и психотерапия». – Рязань: ООО «КопиПринт», 2008. – С.159-164. – 0,3 п.л.

5. *Васильева, Л.Н.* Исследование коммуникативной компетентности будущего врача [текст] /Л.Н.Васильева // Психология и педагогика в

инновационных процессах современного медицинского образования. – Ярославль: Аверс-плюс, 2008. – С. 195-200. – 0,31 п.л.

6. *Васильева, Л.Н.* Парфенов А.А. О коммуникативной компетентности студентов-медиков [текст] /Л.Н.Васильева // Психология общения XXI век: 10 лет развития: Материалы международной конференции 8-10 октября 2009 года: в 2-х томах. Том 1. – М.; Обнинск: ИГ-СОЦИН, 2009. – С. 132-133. – 0,05 п.л.

7. *Васильева, Л.Н.* Коротаяева М.А. О некоторых личностных психологических особенностях студентов-фармацевтов [текст] /Л.Н.Васильева // Актуальные вопросы медицинской науки: Сборник научных работ сотрудников Ярославской государственной медицинской академии, посвященный 65-летию ЯГМА. – Ярославль: ООО ЯрМЕдиаГруп, 2009. – С.54-56. – 0,05)

8. *Васильева, Л.Н.* Копинг-поведение будущих врачей и его связь с эмпатией [текст] /Л.Н.Васильева // Психология стресса и совладающего поведения в современном Российском обществе: Материалы II международной научно-практической конференции 23-25 октября 2010 года: в 2-х томах. Том 2. – Кострома, 2010. – С. 90-92. – 0,13 п.л.

9. *Васильева, Л.Н.* Русина Н.А. Алексеева С.В. Перспективы оценки компетентности будущего врача [текст] /Л.Н.Васильева // Высшая школа на современном этапе: проблемы преподавания и обучения: Материалы международной научно-методической интернет-конференции май-июнь 2009 года / под научн. ред. М.В.Новикова, И.А.Иродовой. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2010. – С. 174-179. – 0,10 п.л.

Васильева Любовь Николаевна

**КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОМ СТАНОВЛЕНИИ
БУДУЩЕГО ВРАЧА**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Подписано в печать 16.11.2010 г. Формат 60 x 84/16.
Бумага для множительных аппаратов. Ризограф.
Уч.печ.л. - 1,5. Заказ № 52/010 . Тираж 130 экз.

Отпечатано:
Типография ГОУ ВПО «Ярославский государственный
университет им. П.Г.Демидова»
150028, г. Ярославль, ул. Советская, 14.