МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра «Здравни грижи»

Деляна Петрова Хаджиделева

КОМУНИКАЦИИ В АКУШЕРСКИТЕ ГРИЖИ

дисертационен труд

За присъждане на образователна и научна степен“ Доктор“ от област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт, професионално направление 7.4. Обществено здраве по докторска програма „ Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

Научни ръководители:
Проф. Магдалена Александрова, дм
Доц. Иванка Стамболова, дм

София, 2014 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение 4

ГЛАВА ПЪРВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР **7**

1.1. КОМУНИКАЦИЯТА КАТО СОЦИАЛЕН И ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ПРОЦЕС **7**

1.1.1.Същност, структура и функции на общуването **7**

1.1.2. Същност и характеристика на комуникацията 9

1.1.3. Структура и динамика на комуникацията 14

1.1.4. Функции и равнища на комуникацията 17

1.1.5. Средства на комуникация . Видове комуникации. 20

1.1.6. Основен механизъм на комуникационния процес 26

1.2. КОМУНИКАТИВНА КУЛТУРА 28

1.3. СПЕЦИФИКА НА КОМУНИКАЦИИТЕ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА 30

1.3.1. Комуникативни умения и професионално поведение 33

1.3.2. Модели на взаимоотношения здравен специалист / пациент 40

1.4. КОМУНИКАЦИИ В АКУШЕРСКИТЕ ГРИЖИ 41

1.5. РАБОТА В ЕКИП 45

1.5.1. Комуникация при работа в екип 45

1.6. КОМУНИКАЦИИ И КОНФЛИКТИ В ЗДРАВЕОПАЗНАТА ПРАКТИКА 46

1.6.1. Причини за възникване на конфликти 48

1.6.2. Управление на конфликтите 54

1.6.3. Профилактика на конфликта 56

1.6.4. Проблеми при комуникацията на медицинския персонал с 56

пациента като източник на конфликт 56

1.7. КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ КАТО ЗНАЧИМ КОМПОНЕНТ ОТ ТЯХНАТА ПРОФЕСИОНАЛНА ПОДГОТОВКА 58

1.8. ОБОБЩЕНИЕ 69

ГЛАВА ВТОРА ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО 72

2.1. ЦЕЛ 72

2.2. ЗАДАЧИ 72

2.3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА 73

ГЛАВА ТРЕТА РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ 79

3.1. Мнение на пациентите относно ролята на комуникациите и професионалното общуване в акушерската практика 79

3.2. Комуникациите в акушерската практика от гледната точка на акушерките 93

3.3. Проблемите на професионалните комуникации в акушерската практика според преподавателите 107

3.4. Комуникациите в учебния процес на студентите от специалност „Акушерка“ 118
3.5. Концептуален модел за развитие и овладяване на професионална комуникация в акушерските грижи 129
3.6. Резултати и обсъждане от направената експертна оценка на концептуалния модел за развитие на професионална комуникация в акушерските грижи..... 139
ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ 142
ПРИЛОЖЕНИЯ 148
Б И Б Л И О Г Р А Ф И Я 161
СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ В ТЕКСТА ГРАФИЧНИ И ТАБЛИЧНИ СРЕДСТВА..... 172

Въведение

За всеки от нас е ясно, че реформата в здравеопазването изисква нов начин на мислене и професионално поведение. В повечето европейски страни се предприемат здравни реформи чрез въвеждане на нови модели за осигуряване на здравни и акушерски грижи.

Като една от най-големите групи здравни професионалисти, работещи в различни здравни заведения, акушерките са ключов ресурс за осъществяване на наложилите се здравни реформи. Акушерските грижи са съществена съставна част от лечебно-диагностичния процес в помощ за оздравяване и възстановяване на гинекологично болната жена, бременната, родилката и майката. Новите предизвикателства пред тези здравни специалисти включват: грижи към най-уязвимите пациенти, обучение на отделните хора и техните семейства как да се грижат за себе си, за репродуктивното си здраве, за новородените и т.н.

Ясно се очертава необходимостта от добре обучени акушерки, които бързо да се адаптират, да поемат отговорност за работата си, да могат да работят в многопрофилен и многосекторен контекст в болниците и общностите, да могат да управляват промените и т.н.

Академичната подготовка на акушерките е насочена към овладяване на знания и умения за организиране на качествени здравни и акушерски грижи, прилагайки холистичния подход към нуждаещата се от такива грижи жена [31, 32, 36]. В тази подготовка са заложени:

- изграждане на умения за самостоятелна професионална работа, комуникативност и екипно взаимодействие при планиране, организиране и провеждане на превантивни, лечебни, здравни и акушерски грижи за здравата и болната жена във всеки период от живота й.

- овладяване на система от теоретични знания и практически умения, които бъдещите акушерки да прилагат самостоятелно или под контрол на лекаря при извършване, анализ и оценка на индивидуалното състояние на бременната и родилката, както и при наблюдението, изследването и лечението на гинекологично болната жена.
- придобиване на професионална компетентност, която ще им позволи да участват в профилактичните, диагностичните и лечебните мероприятия в акушерството, гинекологията и неонатологията.
- развитие на способности за адаптация, мобилност и ефективност в условията на пазарна икономика и свободно движение на специалисти в ЕС.
- формиране на личностни качества, значими за професията на акушерката, и нагласа за обучение, самообучение и самоусъвършенстване през целия живот.

Професията на акушерката може да се определи като "комуникативна" професия. Една от основните й задачи се свърза с умението да изгражда ефективни професионални взаимоотношения, да мотивира жената за активно участие и съдействие в процеса на акушерски грижи, да поддържа системно емоционална връзка с нея, да постига съразмерна емоционална подкрепа, да умее да снижава болката и тревожността, да вдъхва увереност, да я учи и подкрепя в поддържането на подходящо здравно поведение [1,20,21, 22].

Подготвени ли са да осъществяват ефективни професионални комуникации навлизащите в професията на акушерка? Кои са водещите фактори за развитие на необходимите комуникативни умения в тяхното обучение и реализация? Какви са пречките в този процес? Кои са подходящите образователни и организационни стъпки към усъвършенстването на професионалните комуникации с оглед повишаване качеството на акушерските грижи?

Търсенето на отговори на тези въпроси ни мотивира за избор на настоящата тема. Защото постоянният напредък в практиката и качеството на

акушерските грижи изисква съответен напредък в качеството на образованието на тези, които навлизат в професията на акушерката, както и непрекъснато обучение на онези, които вече практикуват, за да постигат високо качество на осъществяваните акушерски грижи.

ГЛАВА ПЪРВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. КОМУНИКАЦИЯТА КАТО СОЦИАЛЕН И ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ПРОЦЕС

В литературата са известни повече от 160 определения за понятието *комуникация*. В класическия си вариант, думата комуникация има латински произход /Comunicatio/ и се означава с допълващите се термини съобщение, известие, връзка между индивиди, предаване и т.н.

Комуникацията е съставен елемент на общуването и се приема като процес на предаване на информация от човек на човек посредством символи, а *общуването* – като процес не само на комуникация, но и на взаимовръзка и взаимно разбиране [32].

1.1.1.Същност, структура и функции на общуването

Общуването е специфична форма на взаимодействие на човека с другите хора като членове на обществото. Като сложен човешки и социален феномен, *общуването е процес на отношение, влияние, съпреживяване, взаимно разбиране между хората. В процеса на общуване човек опознава не само другите, но и самия себе си, развива се неговата субективност, способността за самоанализиране и самоусъвършен-стване, развиват се неговите психически и социални качества* [2,3,4]. Голяма част от съвременните хора живеят в общества, в които традиционната патриархалност все повече съжителства със социални структури, които поради рационализма си, влизат непрекъснато в противоречие с основите на традиционната човешка духовност, развивана през хилядолетията. Може да се каже, че всяко общество създава свой духовен /или бездуховен/ “климат”. Успоредно с неизбежните изменения във всяко едно общество, настъпват и изменения в неговата духовна среда.

Общуването е социално умение и като всяко социално умение, то може да се тренира и усъвършенства. Когато умението за общуване е развито на високо равнище, говорим за комуникативна компетентност. А колкото хората са с по-висока комуникативна компетентност, толкова повече нараства шансът им да бъдат по-успешни в професионалната си кариера и по-щастливи в личния си живот [4, 42].

Общуването е сложно социалнопсихично явление, което съдържа следните три основни структурни компонента [4]:

- Комуникативен (обмен на информация);
- Интерактивен (междуличностно взаимодействие);
- Перцептивен (взаимно възприятие и разбиране).

Обмен на информация /комуникативен аспект на общуването/

Общуването представлява установяване на психологически връзки, чиято основна част е предаването и приемането на информация.Този процес е възможен в следните случаи:

- когато има най-малко двама души – единият от тях да предава, а другият да приема информация;
- когато е налице необходимост от информация;
- когато и двете страни, участващи в процеса, използват едни и същи средства.

Междуличностно взаимодействие /интерактивен аспект на общуването/

Интерактивният аспект на общуването включва влиянието, което си оказват един на друг събеседниците. То се проявява в две форми: непреднамерено и преднамерено. Чрез някои фактори човек оказва влияние върху общуващите с него без да си е поставил за цел. Например - маниери, стил, речеви особености, облекло и др.

Взаимно възприятие и разбиране /перцептивен аспект/

Общуването са превръща в пълноценен процес на установяване на психологически връзки именно благодарение на перцептивната структура, на способността за възприемане и разбиране. В процеса на общуване обменът на информация и междуличностното взаимодействие са възможни, когато е налице и третият му компонент – взаимното възприятие и разбирането между партньорите.

Механизми, чрез които се осъществява общуването, са :

- идентификация (отъждествяване /уподобяване/ себе си на другия) ;
- емпатия (способност за разбиране, съпреживяване и приобщаване към преживяванията на другия човек) ;
- рефлексия (осъзнаване на това как човек е възприеман от другите участници в общуването) ;
- каузална атрибуция (допускане и приписване на определени причини за обясняване на действията, постъпките и поведението на другите) [2, 4].

1.1.2. Същност и характеристика на комуникацията

Комуникативните способности на човека, тяхното възникване и развитие, както и условията за оптималната им реализация са сложен проблем. Общуването като една от най – важните форми на социалното взаимодействие е многостранен процес с различни аспекти и сфери на проявление. Това изисква задълбочено изследване на този феномен на философско, социологическо, психологическо, педагогическо и други конкретни равнища.

В литературата съществуват различни опити да се дефинира същността на човека: homo sapiens, homo faber, homo ludens и др. Те посочват някаква дейност или качество на човека, които имат особено важно значение, като мисленето, създаването на предмети, забавлението и го разкриват като сложно и променящо се същество.

Когато разглеждаме човека, участващ в контакти с други хора, откриваме, че всеки един от нас е преди всичко общуващо същество. Ето защо човекът може да се определи и homo communicaus.

Като дейност на човека комуникацията представлява абсолютно необходимо условие за какъвто и да било социален и индивидуален живот. Не случайно Антоан дьо Сент-Екзюпери пише, че "Единственото богатство е богатството на човешкото общуване."

Интересът към общуването датира от древността. Неговата същност и значение заемат важно място във вижданията и ученията на древногръцки мислители Сократ, Платон и Аристотел, на древногръцките учени Луций Аней Сенека и Марк Фабий Квйнтилиан.

Сократ не е оставил никакви писани произведения, но неговите схващания са представени в съчиненията на най-добрите му ученици - Платон и Ксенофон. С основание Сократ се смята за създател на диалога като метод за откриване на истината. Сенека цени изключително много непосредственото въздействие на възрастните над подрастващите. Квинтилиан в произведението си "Обучението на оратора" подробно разглежда въпросите на ораторското майсторство, за словесното богатство и качествата на речта.

В съвременното общество различните форми на екзистенциалната (всекидневната) и на официалната комуникация са важен елемент на човешката дейност.

При определяне същността на комуникацията съществуват различни интерпретации. Според едни автори, тя е информационен процес, други автори я разглеждат като двустранен процес на комуникация и интеракция (взаимодействие) [4, 9]. В други изследвания същността на комуникацията се определя като „процес на предаване на мисли” като „взаимно разбиране на хората” и т.н.[2,3,]

Съществени различия, при дефиниране на комуникацията се срещат относно разкриване на връзките и с категориите дейност в обществени отношения.

При разглеждане на проблема за комуникацията в литературата се срещат две характерни крайни тенденции:

- *при първата се абсолютизира ролята на комуникацията*

- *при втората се абсолютизира значението на дейността*

Сложността на връзката между комуникация и дейност поставя въпроса да се разграничат тези две категории, като се представят противоположни изходни позиции. Л. Булева[13] разглежда дейността и комуникацията като „взаимосвързани, относително самостоятелни, но не равностойни страни на даден индивидуален или обществен процес на живота". Тя е против абсолютизиране ролята на общуването.

Б. Ломов[27] приема дейността и комуникацията като две страни на социалното битие на човека, които се намират в неразривна връзка, но същевременно имат право на самостоятелно съществуване. Докато при дейността е налице връзката „субект-обект", то при комуникацията има субект-субектна връзка. Освен това комуникацията не винаги се осъществява едновременно с дейността, а често се проявява и самостоятелно, т.е. за задоволяване на потребностите на личността да води диалог с някого.

Някои автори правят опити, да представят комуникацията или като личностно или като обществено отношение. За Паригин[39] понятието социални отношения съдържа една от най-важните характеристики на социалнопсихологическата комуникация. Те отразяват връзките на взаимодействията, не само между отделните индивиди, а между представители на различни социални групи и общности.

Акцентуването върху същността на комуникацията като процес на проява на лични и обществени отношения се среща и в разработките на Соковнин. Авторът подчертава, че комуникацията е процес на актуализация на

общественото отношение. Тя според него може да се разглежда също като личностно отношение, тъй като в този процес участват конкретно индивиди и самият акт на тяхната комуникация приема признаците на отношения, надделяват чисто човешките черти, желания, емоции, мотиви и др. Затова, комуникацията е както личностно, така и обществено отношение. [56]

Социалният психолог Паригин [39] предлага едно по-широко определение на комуникацията, като сложен и многостранен процес, който в едно и също време може да се проявява и като процес на взаимодействие между индивидите,и като информационен процес, и като отношение на хората един към друг, и като процес на взаимно влияние един към друг, и като процес на взаимното им разбиране един друг. Всеки един от тези аспекти на комуникацията има относителна самостоятелност и заедно с това не изключва останалите.

Комуникацията представлява такава съвместна дейност между хората, при която участниците в нея се отнасят един към друг както и към субекти. Редица изследователи показват, че количеството и качеството на взаимодействията зависят от комуникативните на общуващите.

Комуникацията между хората се осъществява на различни нива. В това отношение подходяща е класификацията, при която се разглежда:

1. **ниска степен на комуникация** - може да бъде определена като общуване на ниво съвместно пребиваване (напр. пътници в автобуса, зрители в театър, кино).В този случаи личностното отношение на личността не се отчита и комуникацията се осъществява повърхностно и то в зависимост само от ролевите позиции (пътник, зрител);

2. **средна степен на комуникация** – груповата комуникация, когато се кристализира общата цел на дейността и се изработят груповите норми на поведение, които способстват за нейното постигане. Така, по този начин се формират стереотипи на общуване;

3. **трета степен на комуникация** – това е комуникация в групата, при която се отчитат, взимат се под внимание личностните особености на всеки член.

Появата на диалог при комуникацията: първо, диалог със себе си и второ, диалог с другите, определя в значителна степен съдържанието на личностните особености. Диалогът се приема, като конкретно събитие на комуникацията, при което протича саморазкриване в конкретно взаимодействие с партньора. Също така определя съдържанието и структурата на самооценката - на „Аза", респективно нивото и съдържанието на самосъзнанието. В реализирането на този диалог и особено на вътрешния, се обособява цялостната представа на личността за себе си, за другите, за отношенията на другите към него и на неговото към тях, т.е. Диалогичността на комуникацията, която се осъществява във вътрешен план, оказва своето влияние и регулира междуличностните отношения.

За да бъде комуникацията фактор за развитие на личността, е необходимо спазването на определени условия. В тази насока А. А. Бодалев [11] извежда четири необходими условия:

I. Общуващите са длъжни да притежават способност да възприемат и адекватно и психологически да интерпретират поведението на другия непосредствено във всеки момент на комуникацията, да фиксират измененията в познавателните процеси, чувствата и постъпките на партньора, да определят причините, които предизвикват тези изменения.

2. У комуникиращите трябва да бъде изграден широк набор от оценъчни еталони, позволяващи им да сравняват характера на измененията, настъпващи във вербален и невербален план на поведение при всеки един от участващите и своевременно да правят заключение по същество по повод тези изменения.

3. Част от участниците в комуникацията постоянно са длъжни да си дават отчет за това. Как възприемат и психологически интерпретират облика и поведението на останалите участници и съответно да ги коригират.

4. Общуващите са длъжни да познават типичните грешки от типа „ефект на ореола”, „стереотипност”, „процирane” и др., които нерядко се допускат при оценка на външния и вътрешен облик на хората, а също така да бъдат в състояние да обясняват наблюдаваните картини на поведение. Заедно с това при комуникацията партньорите трябва да умеят да отчитат своята индивидуалност и неповторимост.

Като особено условие А. А. Бодалев [11] определя и наличието на доброжелателност по отношение на другия участник в комуникацията, искреност в изграждане на чувствата с цел установяване адекватност и резултатност на самия процес.

Така разглеждани, условията разкриват още веднъж значимостта на комуникацията за развитие на социалната активност на личността и нейните комуникативни способности да живее и се реализира в различни общности, да се самовъзпитава и самоусъвършенства.

1.1.3. Структура и динамика на комуникацията

Сложността на социалния феномен е причина за голямото разнообразие на подходи при определяне на характеристиката на структурата и.

При изследване на структурата на комуникацията Б.Ф.Ломов разглежда три нива [27]:

- първо ниво (макроуровен)

Комуникацията на това ниво е сложна развиваща се мрежа от взаимовръзки, в която се открояват отделни линии на общуване на дадения индивид с други индивиди и социални групи.

- второ ниво (мезоуровен)

На това ниво комуникацията се анализира като процес, при който се осъществява обмен на образи, идеи, оценки, преживявания и т.н. Създават се

нови специфични механизми на регулиране на динамиката на психичните процеси и състояния, формират се съвместни стратегии за решаване на предстоящи задачи, изгражда се в групата общ стил на дейност.

- трето ниво (микроуровен)

Отнася се до изучаване на отделните актове на съпреживяване при комуникацията, например актовете: „въпрос-отговор", „подбуждане към действие-действие", „съобщение на информация-отношение към нея".

В случаите когато комуникацията се разглежда като комуникативна дейност, аналогично на нейната структура се определя и структурата на общуването. В нея се посочват следните компоненти:

- предмет на комуникация – това е другия човек, партньор, който едновременно е и субект при комуникацията;

- потребност от комуникация – отразява стремежа на човека към познание и оценка на другите, към самопознание и самооценка. Става в различните видове съвместни дейности, където се разкриват личностните качества на партньора;

- мотиви на комуникацията – това са качествата на партньора, подбуждащи към общуване с него;

- действие на комуникация – единица комуникативна дейност, цялостен акт на комуникация, насочен към друг човек, който е предмет на комуникативната дейност;

- задача на комуникацията - заради която се предприемат различни специфични действия в конкретни действия в конкретни ситуации;

-средства на комуникация – това са конкретни операции, чрез които се реализират комуникативните действия.;

-продукт на комуникация – отражение в съзнанието на човека на качествата и свойствата на партньора по общуване, взаимоотношенията и създадения образ на личното "Аз" и на партньора.

Обобщено могат да се посочат две основни страни на комуникацията:

- Вътрешна - перцептивно-комуникативна
- Външна - интеракционна, свързана с взаимодействието и поведението на общуващите.

Условно динамиката на комуникацията се разглежда в два аспекта:

1. В аспект на определяне на историческите тенденции на човешкото общество.Отначало (в първобитното общество) човекът е принадлежал към една общност (род, племе). След това сферата му се е разширявала благодарение на развитието, усложняването, диференциацията на социалната структура на обществото и социалните отношения. Вследствие на професионалната, класовата, етническата, политическата, културната и други диференциации на обществените отношения, непрекъснато се е увеличавал броят на социалните общности, към които принадлежи едновременно един и същ човек.

2. В аспект на характеризиране проблемите и перспективите на социално-психологическата комуникация в съвременното и бъдещото общество. В този план, от една страна, е налице увереност в големите възможности на прогресивното развитие на човешките взаимоотношения, способстваща за хармоничното развитие на личността, а от друга страна - песимизъм, свързан с представата на безперспективност, за нарастваща криза в социалните отношения и общуването на хората.

Разликата между тези два аспекта е условна, защото историческите тенденции на човешкото общуване са свързани с перспективите на съвременното общество. Необходима е висока култура на комуникация, която да благоприятства осъществяването на желаните контакти и преодоляване на причините за поява на негативни явления в социалните отношения.

1.1.4. Функции и равнища на комуникацията

Комуникацията като важен социален феномен има следните функции:

- организиране на съвместна дейност;
- формиране и развитие на междуличностните отношения;
- опознаване на общуващите помежду им;
- формиране и развитие на личността като цяло.

Публикациите на редица автори по проблема за комуникацията подчертават нейното изключително значение в тази посока, търсейки проекциите и в емоционално-волевата и познавателна сфери, комуникативните способности и индивидуалните характеристики на личността като цяло.

Разглеждайки комуникацията, К. Нешев[33] откроява във взаимоотношението между личностите, следните нейни съществени функции:

- информационна

Свързана е с осигуряване на участващите в този процес на достатъчно по количество и качество информация (знания, сведения), необходими за реализацията на личността в социалния живот:

- ориентировъчна

Изразява тази страна на процеса, при която се акцентува върху организацията на самото взаимодействие при условия на взаимно разбиране. Когато започва да общува, личността си създава необходимите важни ориентири за своето поведение.

- ексилесивна (емоционална)

При комуникацията човек непрекъснато сверява това, което прави, с това, което очакват от него партньорите му, съобразява се с техните мнения, изисквания, оценки, чувства. По този начин оценките за съответното „Аз" са резултат на постоянното съпоставяне на това, което човек вижда в себе си с това, което вижда в другите хора, както и с това, което предполага, че те виждат него.

- праксеолегоическа

Проявява се в обмен на дейности между хората, в приемане и предаване на опит.

В науката всеки акт на поведение, в т.ч. и при комуникация, се разграничават условно четири фази:

- **първа фаза** - подбуждане към действие;
- **втора фаза** - уточняване от индивидите на ситуацията в която се осъществява действието:
- **трета фаза** – самото действие;
- **четвърта фаза** - приключване на действието.

От съдържанието на тези фази се определят и равнищата на комуникация.

При нея фазите на контакта са взаимно обусловени. При тяхното осъществяване винаги има взаимодействие между участниците, проявяващо се във взаимно насочване един към друг, взаимно информиране и т.н. Като първо равнище на комуникацията се очертава т.нар **конвенционално**. При него от партньорите се изисква висока комуникативна култура. Според редица психолози това равнище на общуване може да се счита оптимално за разрешаване на лични и междуличностни проблеми. Друго равнище и т.нар. **примитивно.** При това равнище на комуникация за единия партньорите другият представлява предмет, вещ, възможност да бъде манипулиран като нужен за нещо или като излишен, т.е. това е манипулативно-примитивно равнище. В случаите, когато при акта на комуникация са налице известни стандарти, усвоени от партньорите в предавателен план, се осъществява стандартизирано примитивно равнище на комуникация.

В йерархично отношение, по-високо от конвенционалното и примитивното стои **игровото** равнище на комуникация. То изисква от партньорите умение да проявят известна артистичност, жив интерес към партньора, висока одухотвореност.

При анализа на фазите на акта на комуникация се открояват още две равнища: **делово и духовно.**

Деловата комуникация може да се прояви в две противоположни посоки:

1. Като трайни чувства и взаимна привързаност с подчертано желание за съвместна дейност;
2. Като непреодолима антипатия.

Всичко това се реализира на фона на работата, която трябва да се осъществи.

Духовната комуникация е най-висшето ниво, на което се осъществяват човешките контакти. При нея всеки един от партньорите възприема другия като носител на духовни ценности и се стреми да осъществи комуникативна дейност с него на основата на съчетанието на привлекателното с благородния стремеж към единомислие и съгласие.

Схематично изброените равнища на комуникацията, представени в тяхната йерархия, изглеждат така:



Схема 1. Равнища на комуникацията

Естественият стремеж на личността трябва да бъде насочен към по-високостоящите равнища на комуникация (делово и духово).

Това означава, че тя не бива да се свежда до усвояване на определени правила на поведение, а до развитие на личността, което ще даде възможност за осъществяване на висшите комуникативни равнища.

1.1.5. Средства на комуникация . Видове комуникации.

Под "средства на комуникация - посочва Лисина - разбираме тези операции, с помощта на които всеки участник построява своите действия на общуване и влага свой принос във взаимодействието с другия човек."[26]

Те се осъществяват посредством висшите психични функции. Понятието "висши психически функции" е въведено в общата психология и в невропсихологията от Л.С. Виготски, а след това подробно разработено от А.Р. Лурия.

Под висши психични функции се разбират сложните форми на съзнателна психична дейност, която се осъществява на основата за съответни мотиви, регулирани от съответни цели и програми и подчиняващи се на всички закономерности на психическата дейност. В основата на представите за висшите психични функции като социално-детерминирани образования лежи теоретико-методологическото положение на психологията за обществено-историческия произход на човешката психика и трудовата дейност, която определя формирането на човешкото съзнание.

Речта представлява сложна психическа дейност, разделяща се на различни видове и форми.

Съвременната психология разделя речта на два относително самостоятелни вида:

- -експресивна реч - т.е. изказване с помощта на езика, където се

различават - замисъл, стадий на вътрешна реч, стадий на външно материализиран замисъл;

❖ -импресивна реч - процес на разбиране на казаното, започващ с възприемане, осъществявано по слухов или зрителен път, декодиране на приетата информация, т.е. определяне на информационни моменти и накрая собствено разбиране, представляващо формиране на чутата информация във вътрешни смислови схеми.

Видове комуникации

В специализираната литература са приети следните основни видове комуникации:

1. *Вербална комуникация;*
2. *Невербална комуникация* .

В реалните човешки взаимодействия тези два канала са успоредни и по тях едновременно протича обмен на информация [3, 6, 17, 41].

Вербална комуникация. Тя се осъществява чрез говоримия език – устен и писмен. Езикът е същностен елемент на комуникацията и реализира две основни цели – въздействие върху околния свят и разбиране, усвояване на посланията на средата. Вербалната комуникация е най-разпространена, много бърза и позволява да бъдат направени корекции още в процеса на разговора. При нея обратната връзка е непосредствена. Като правило, вербалната комуникация се съчетава с невербална в унисон с говорното послание.

Човешката реч е най-универсалното средство за общуване. Чрез нея се предава смисълът на съобщението. Заедно с речта си човек използва и цяла система от неречеви средства като възклицания, покашляне, интонация, тип реч (например: бавна, бърза, накъсана реч), паузи, смях, жестове, мимики и т.н. В редица случаи между двете системи има синхрон, но е възможно да се получат и разминавания или противоречия между тях. В акта на общуване думите не винаги са най-важните. Вярно е, че те се анализират по-лесно от жестовете, които могат да носят неясни послания. Редица научни изследвания показват, че

в ежедневната комуникация само 7% от съобщението се възприема чрез думите, 38 % от интонацията и модулацията на гласа и 53% от изражението на лицето, жестовете и позите .

Невербална комуникация. В общуването между хората невербалните (неезикови, несловесни) средства имат огромно значение. Те са нашият емоционален език, чрез който можем както да изразим психичното си състояние, така и да установим емоционалното състояние на човека срещу нас.

Различаваме следните основни форми на невербална комуникация:

- *Кинестетична модалност*. Комуникацията се осъществява чрез послания, отправени от движенията на тялото. Те включват лицев израз, поза и положение на тялото, движение на ръцете и краката.
- *Пространствено - териториална модалност*. Комуникацията се извършва чрез пространствените взаимоотношения и дистанцията между общуващите.
- *Параезикова модалност*. Тя се отнася до интонацията на гласа, думите, лишени от собствен смисъл като “хм”, плач, смях и т.н.
- *Тактилна модалност* / Комуникация чрез допир /. Езикът на допира може да бъде не по-малко изразителен от другите форми.
- *Обонятелна модалност*. Комуникацията се осъществява от обонятелния анализатор .
- *Цивилизационна модалност*. Комуникация чрез дрехи, накити, козметика и т.н.

Чрез невербалните форми на комуникация можем да изразим безброй важни за междуличностните контакти неща: съгласие и несъгласие, готовност и желание или отказ и нежелание за общуване, уважение или неуважение, симпатия или антипатия, радост или тъга, интерес или незаинтересованост, нетърпение или досада, подкрепа или безразличие и много, много други. Тези сигнали могат “да действат” самостоятелно, а могат и да придружават речта, като при това да подкрепят, отслабват или опровергават изразените чрез нея

послания. Несловесните послания са много по-трудни за правилно декодиране от словесните, защото един и същи несловесен израз (например усмивка) може да е белег на най-различни, понякога противоречиви емоции. Човек рядко си дава сметка, че докато устата му изрича едно, езикът на тялото му може да говори съвсем друго. Дори днес повечето хора не подозират за съществуването на несловесното общуване чрез езика на тялото и за неговото огромно значение [42].

Средствата на "мълчаливия език" могат да се изпълняват съзнателно, но могат да се "изплъзнат" или да "избликнат" несъзнателно. Тук трябва да се подчертае първият съществен момент: тези средства трябва да бъдат в пълен смислов синхрон с речта – да я допълват, уточняват, да подсилват нейните внушения. В противен случай, ако вербалният и невербалният език изпращат несинхронизирани или противоречиви послания, това ще предизвика недоумение, недоразумение или дори пълно объркване у събеседника-партньор. Така например приятните думи, съпроводени със студено, безизразно изражение на лицето могат да предизвикат недоверие и отчуждение у него.

"Мълчаливият език" е цяло изкуство: не е възможно да се представи в подробности: едва ли е възможно всеки да го овладее до съвършенство. Но си струва да положи усилия, защото наред с добре овладяната реч, той представлява важен компонент от комуникативната култура на всеки човек.

Разделянето на елементите от вербалния и от невербалния канал на общуване всъщност е условност, необходима при изучаване, от една страна, на същността на общуването, и от друга - при обучението, насочено към усъвършенстване на комуникативната компетентност [4, 17, 42]. Затова са необходими познания както за невербалните елементи и правила в общуването, така и за вербалните стратегии в процесите на дискутиране, водене на разговори или решаване на конфликти, за изясняване на взаимовръзката между реч и език на тялото. Овладяването и прилагането на средствата на комуникацията в лечебната практика могат да въздействат благоприятно върху

поведението и емоционалното състояние на пациента и да подпомагат терапевтичния процес.

Теорията на невербалната комуникация е доста обширна и липсва възможността в настоящото изложение да се спрем на още по-пълното й изясняване. Затова ще се позовем на някои практически правила, които подобряват качеството на комуникиране на медицинската сестра с болния: т.нар.“ Комуникиране плътно до пациента”.

- Да не се говори “през главата му”.
- Да се обяснява през цялото време на извършване на манипулациите и дейностите, свързани с него или за него.
- Да се използват кратки и прости изречения.
- Влагане на нужната интонация.
- Наблягане на значимите думи.
- Отговаряне на всяко усилие за комуникация.
- Индивидуално внимание.
- Емоциално обагряне на казаното.
- Използване и на подпомагащи комуникационни средства:
    - жестове, фотографии, предмети, ясна мимика, поза на тялото и др.
- Стимулиране при нежелание за комуникиране.
- Интерпретиране на стереотипни фрази и думи.
- Съобразяване с индивидуалните характеристики на болния.
- Комуникация, съответстваща на пола, образованието, възрастта, образователния ценз, култура, етническа принадлежност и др.
- Комуникация с близките на болните. [33, 36] .

Предмет на обучение в медицинските университети и колежи по добре осмислени програми е запознаването на студентите с изразните средства на човешкото тяло: лице, език на усмивката, въздействие на човешкия поглед и

т.н., реализирано в учебните предмети медицинска психология, комуникативен тренинг и др. [5,6].

Средства на комуникация

Лисина отделя три основни категории *средства на комуникация*: експресивно-мимически, предметно-действени и речеви. [26]

- експресивно-мимически средства:

Към тези средства на общуване се отнасят усмивките, погледът, мимиката, жестовете и експресивните вокализации. Особеността на този вид средства е в това, че те служат за изразяване на емоционални състояния, на емоционални чувства и активни жестове към околните и заедно с това отразяват отношението на един човек към друг. Характерна специфика на тези средства на комуникация е тяхната аморфност и нееднозначност.

- предметно-действени средства:

Тези средства се използват в съвместната дейност на хората. Те изразяват готовността за взаимодействие между комуникиращите. Докато експресивно-мимическите средства са изразителни (изразяват конкретни чувства и отношения), то предметно-действените са изобразителни (не само се конкретизира с кого се желае общуване, но и какво да бъде неговото съдържание).

- речеви средства на комуникация (вербални):

Те се появяват по-късно от първите два вида. Езикът служи като средство за общуване между хората, за размяна на мисли и опит, за осъществяване на взаимодействие при съвместна дейност. Чисто вербалните комуникации, обаче са малка част от междуличностното общуване. Редица сложни контакти могат да се реализират изцяло чрез невербални средства. Основно значение за комуникацията обаче имат вербалните средства - устната и племенната реч.

Речта заема особено място при комуникацията, най-вече със смисъла на своето въздействие. Чрез езиковите средства могат да се изразяват най-

разнообразни аспекти от обкръжаващата ни действителност, да се възприемат различни видове информация. В опосредстваната (косвена) комуникация най-разпространено е използването на писмената реч. Чрез нея се излагат преди всичко мисли и идеи, отколкото чувства и емоции. Този вид комуникация в съвременните условия се осъществява и с помощта на различни технически приспособления.

Когато се разглеждат средствата за комуникация трябва да се вземе под внимание факта, че между вербалното и невербалното общуване съществуват както прилики, така и разлики. Едно от основните различия е това, че невербалните съобщения по-бързо се възприемат и осъзнават, отколкото вербалните. При вербалните средства е нужно повече време за възприемане на информацията, за декодирането й и за обмисляне на съответен вербален отговор, т.е. невербалните комуникации не винаги изискват задълбочена мисловна интерпретация, както при вербалната комуникация.

Невербалните средства се отличават от речта и по това, че са доста по-ефикасни при предаване на информация за емоции, чувства и отношения.

Независимо от тези различия трябва да се подчертае, че за оптимално протичане на социалното общуване важно значение има доброто координиране и съгласуване и на невербалните средства, защото най-често те се използват заедно.

1.1.6. Основен механизъм на комуникационния процес

В специализирания речник по психология на Л.Десев /[19] терминът Комуникация е предложен със следните значения: като система от връзки за придвижване, система от съобщителни линии и средства, система от актове на общуване между лица и като процес на предаване и приемане на сигнали, съобщения и информация /или информативната страна на общуването/.

Посланието се пренася до адресата по пътя на кодиране чрез сигнали, които се състоят от знаци и преминават през определени канали. От своя страна приемателят декодира посланието (схема.2.):

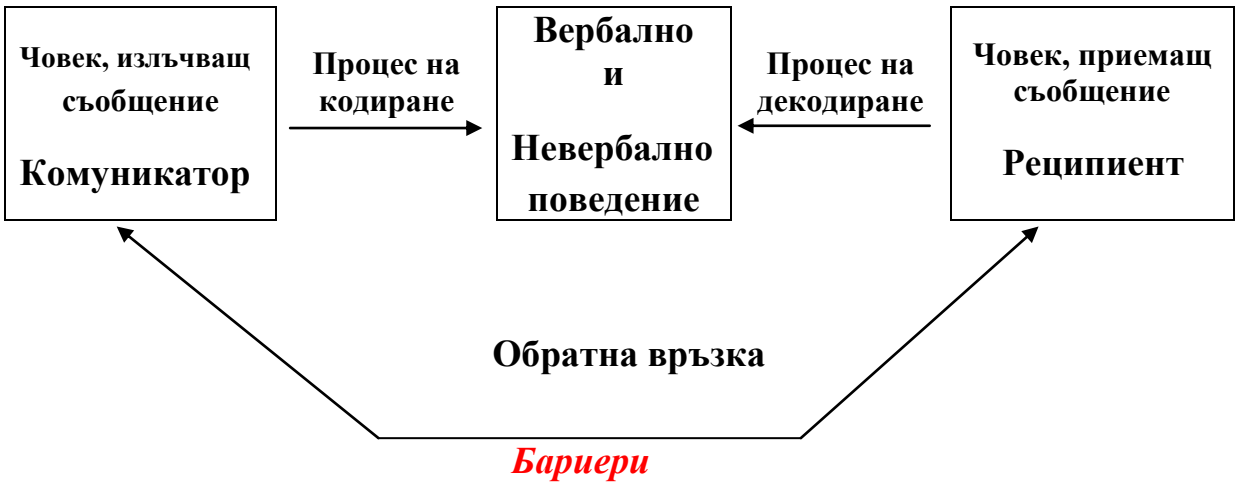


Схема 2. Основен механизъм на комуникационния процес

Най-ефективният начин за определяне дали посланието е било правилно декодирано от приемателя е обратната връзка. Без обратна връзка има едностранен комуникационен процес. Обратната връзка прави процеса двустранен, разменяйки ролите на подателя и приемателя, за да се постигне недвусмисленото им взаимно разбиране. Обратната връзка е от особено голямо значение за правилното протичане на комуникационния процес, защото тя позволява да бъдат направени корекции както в посланието, така и във възприемането. Това се отнася както за междуличностното общуване, така и за комуникациите в организации, чиито дейности се характеризират с висока степен на взаимозависимост, каквито например са здравните заведения.

Когато говорим за оптимално протичане на комуникационния процес, можем да се възползваме от предложената от Ласуел формула на петте „К" – кой, на кого, какво казва, по какъв канал и с какъв ефект [4,26].

Абсолютно точното предаване на посланията е сложен и трудно постижим процес, който се състои от няколко последователни стъпки (Сх.2.). Наред с това

потенциални затруднения създават така наречените бариери ("шум"). Те биха могли да бъдат обобщени като бариери на заобикалящата среда и бариери, свързани с отделната личност .

Бариери в комуникационния процес

Затрудненията в комуникацията се дължат на различни фактори като пространствена отдалеченост, използване на повече от един канал за предаване на информация, неясно формулирани послания, използване на необщоприети символи, наличие на предразсъдъци, разлики в ценностните системи, културални, политически, етнически, етични, религиозни и други различия, неуточнено съдържание на понятийния апарат, отдалеченост във времето на съобщението и др.

Други възможни проблеми на комуникацията, с които бихме могли да се сблъскаме, са например: изпращане на грешно послание; необръщане внимание на получателя, пренебрегване на ситуацията или контекста; избор на неподходящо средство (напр. неподходящ тон или думи) или на неадекватен канал (напр. писмо вместо посещение); игнориране на обратната информация. Разбира се, проблеми възникват и от страна на получателя - човек чува това, което би желал да чуе, позволява да му въздействат предразсъдъците, слуховете, емоциите, невербалните послания.

За доброто протичане на комуникационния процес голямо значение имат взаимоотношенията между подателя и получателя. Чувства като завист, страх и други затрудняват и изкривяват подаваната информация, докато съществуващата емпатия между двамата е една от гаранциите за улесняване на общуването.

1.2. КОМУНИКАТИВНА КУЛТУРА

Принципите и нормите на културата на общуване са се оформяли с векове наред. Народите на всички страни и времена най-грижливо са

подбирали, съхранявали и натрупвали опита на общуване съгласно принципа: разумно-нравствено-красиво. Основа на историческата култура на общуването е хуманното отношение на човек към човека.

Комуникативната култура предполага наличието на интелектуална, психическа и социална готовност на човека за общуване. Човек се нуждае от другите хора и това е една основна потребност, жизнено важна за него.

Общуването на индивида с другите, взаимодействието му със социума допринася за формиране и утвърждаване на неговата личност, за овладяване на знания, опит, начини на поведение.

В съвременните условия значително се разширяват възможностите и сферите за комуникация, което изисква и допринася за повишаване на значимостта на комуникативните способности и култура на личността. Общуването осигурява възможността за социалното утвърждаване на човека по пътя на непрекъснатото разширяване на индивидуалния опит. Именно от този опит в значителна степен зависят резултатите от практическата му дейност в разнообразните й направления.

Активното и пълноценно участие на индивида в междуличностното общуване е свързано с определена психическа култура, която включва три основни елемента:

- да разбира хората, с които общува и правилно да оценява техните психически особености;
- да отговаря адекватно емоционално на тяхното поведение и състояние;
- да избира и прилага към всеки само такива способи на обръщение и поведение, които са в нормите на морала и в съответствие с индивидуалните особености на партньора.

В процеса на демократизиране на нашето общество е изключително важно да се издига културата на социалното общуване. Това може да се постигне чрез способност за съпричастност (развитие на емпатията), уважение на човешкото

достойнство на всеки, социално отговорно поведение както по отношение на обществото, така и по отношение на себе си и т.н.

Взаимодействието и сътрудничеството между хората, което се основава на хуманни взаимоотношения, е възможно само като резултат от качествена комуникация. Такова общуване е възможно само когато всеки индивид непрекъснато се стреми да издига и обогатява своята комуникативна култура.

1.3. СПЕЦИФИКА НА КОМУНИКАЦИИТЕ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

Професията на медицинския специалист /акушерката/ спада към т.н. професии от типа човек/човек. Казано с други думи, тук визираме една типична комуникативна професия. Тя е изпълнена с различни по форма и нюанс кодифицирани двупосочни послания акушерка - пациент и пациент - акушерка. Това предпоставя добре разработена способност за осъществяване на т.н. “обратна връзка”. Говорим не само за способност на медицинския специалист да дава разбираема информация и да изпраща разбираеми послания, но и да има добре разработена способност да възприема и вижданията и посланията на пациента.

Огромното значение на комуникацията в медицината се определя от необходимостта от хуманно отношение към пациента. Хуманизмът разглежда човека като висша ценност, утвърждава и защитава достойнството му, постулира грижата за доброто на човека, за удовлетворяване на значимите за него ценностни потребности, изисква всестранно развитие на личността.бори се за преодоляване на отчуждението между хората. Оптималната комуникация между медицинския персонал и пациентите - това е комуникацията, която е насочена към постигане на обща цел помежду им, а именно-на здравето като висша ценност.

В процеса на комуникация медицинският персонал осъществява психологически и комуникативни търсения, свързани с познаването на индивндуалното своебразие на другата страна и избор в съответствие с това своебразие на специфични мерки за въздействие по отношение на всеки конкретен пациент.

Пълноценно организираният процес на комуникацията е необходимо да осигури:

- първо - реален психологически контакт между медицинския работник и пациента;
- второ - преодоляване на разнообразни психологически бариери, които възникват в процеса на взаимодействие между тях (възрастови,социално-психологически, познавателни и др.);
- трето - преминаване на пациентите от привичната за тях позиция на водени към позицията на сътрудничество, а от тук и тяхното превръщане в субекти при реализация на комуникацията;
- четвърто - пълноценни междуличностни отношения между медицинския работник и пациента, в който органично се съчетава деловото и личностно ниво на комуникация.

Комуникацията в медицинската практика е вид социално общуване. Тя е основен механизъм за организиране и осъществяване дейността на медицинския персонал. По своята същност тя може да се определи като преднамерена, съзнателно проектирана и осъществявана дейност, като активно взаимодействие и многостранен процес. Чрез нея се реализира предаването на адаптиран социален опит, на определени норми на отношение и поведение на личността в съответствие със социокултурни модели. Първостепенно значение има комуникацията между главните субекти - медицинския персонал и пациенти, без да се подценява работата на всички останали участници - близки, роднини, ръководни институции и т.н. Този вид комуникация е вторична спрямо екзистенциалната (всекидневната) комуникация, има официален статус,

отличава се със своята целенасоченост, преднамереност, системност и регламентираност.

Нейните специфични особености, са следните:

1. Тя е интелектуално-емоционално взаимодействие между медицинския персонал и пациентите;

2. Неин генерален регулатор е крайната цел, към която се стремят участниците в нея;

3. Тя е активна, многостранна, многопосочна, динамична, преобразуваща;

4. Винаги включва и творчески, евристични елементи, които трудно могат да бъдат прогнозирани и планирани.

Комуникацията в медицинската практика е многомерен, поли-функционален процес. Тя включва преди всичко:

- обмен на информация (на знания и. идеи) между общуващите, т.е. така наречения комуникативен компонент;
- обмен на действия, т.е, взаимодействие между общуващите -така наречения интерактивен компонент;
- взаимното възприемане на партньорите - така наречения перцентивен компонент.

Медицинското общуване като комуникативна, информационна дейност се реализира чрез предаване-приемане на съобщение (вербално,неречево и комбинирано). Като интерактивна дейност то изпълнява ролята на предметно-практическо, а и на автономно взаимодействие. Взаимното опознаване на общуващите помежду им е необходима предпоставка за взаимно разбиране, за интериоризация-екстериоризация на взаимоотношенията им в съвместната дейност.

Ефективността на комуникацията до голяма степен зависи от това до колко взаимоотношенията между медицинския персонал и пациентите се изграждат на принципите на сътрудничеството, взаимното уважение и доверие,

сърдечността и отговорността. Процеса на комуникация между медицинските работници и пациентите, от една страна, и между самите медицински работници, от друга има твърде богати измерения. Поради това медицинския персонал трябва да умее не само да осъществява преки контакти с отделните пациенти, а и много добре да познава механизмите на формиране на междуличностните отношения.

1.3.1. Комуникативни умения и професионално поведение

Взаимоотношенията *медицински персонал – пацент* повдигат много значими проблеми в медицинската практика и медицинската деонтология [8, 12, 14, 17]. Причината за това произтича от сложния характер на човешкото поведение и необходимостта то да се анализира в неговата психологична, междуличностна и социална същност. Никакви технически средства не могат да поемат ролята на здравните специалисти, които чрез ежедневното си общуване, наблюдение и взаимодействие се стремят да разберат поведението и преживяванията на човека в здраве и болест.

Получателите на здравна помощ се нуждаят от пълноценни професионални грижи и внимание към тяхното човешко страдание в болестта. Затова медицинската помощ трябва да включва не само професионална компетентност, но и осъществяване на ефективно професионално общуване, основано на личната грижа към човека, изразена в отношение на внимание, съчувствие, емоционална топлота, зачитане и подкрепа [3, 4, 15, 33].

Изследвания от различни места, на които се полагат здравни грижи, сочат, че :

- Пациентите са по-доволни и по-малко тревожни, ако има ефективно общуване и терапевтична връзка с професионалиста.

- Пример от практиката на медицинските сестри е, че някои сестри избягват да общуват с някои пациенти – напр. умиращите или „трудните” случаи, които не отговарят на режима в отделението или на очакванията на персонала.
- Пациентите, които не говорят и не разбират езика в страната, в която живеят, имат по-ограничен достъп до здравни услуги и инфомация.
- Добрите комуникативни умения на персонала, и особено намаляването на тревожността и умението да дават ясна информация, водят до позитивен резултат за физическото и психичното здраве след операции и други процедури.
- Ефективното общуване, включително ясното информиране, може да повлияе положително на здравето на хората с дългогодишни заболявания – напр. диабет или астма и с рекурентни заболявания, като шизофренията.
- Общуването по смислен и разбираем за пациента начин помага за вземането на информирани решения за собственото му здраве или за здравето на детето му (включително неродените деца).

Професионалното поведение е набор от действия, основаващи се на професионални знания, умения и преценки. Негова съставна част е професионалното общуване. Основна предпоставка за постигане на високо качество на здравните грижи е наличието на комуникативни умения за професионално общуване. Добрата комуникация между медицинския персонал, болния и неговите близки се основава както на утвърдени психологични правила за взаимодействие между хората, така и на специфични за здравната практика поведенчески модели [4, 5, 6].

Добро професионално общуване се постига посредством :

- стриктно спазване на утвърдените правила на медицинската етика;
- съблюдаване както на универсалните, така и на специфичните за медицинските специалисти правила за общуване ;

- установяване на *принцип за комуникация, поставяща в центъра пациента*–включване на пациента в собственото му лечение, чрез активността и начина си на живот да влияе върху процеса на оздравяване
- отчитане и адаптиране към индивидуалните особености и потребности на конкретния болен ;
- създаване на атмосфера на доверие, подкрепа и емпатийност в процеса на професионално общуване [4].

Пациентът е поставен от обективните обстоятелства в зависимо положение от медицинския специалист. Това подчинено положение не трябва да бъде стимулирано, а напротив – на пациента трябва да бъде оказвана подкрепа за активно комуникиране.

От друга страна, лекарят и сестрата /акушерката/ са водещи фигури в този процес и те би трябвало да носят своята отговорност. Разделителната линия между водещата фигура /медицинския специалист/ и обектът на въздействие /пациентът/ е както в зачитане на личността на пациента и в съобразяване с неговата култура и познания, така и в отстояване на правото на специалиста за последна преценка.

Още древните автори са подчертали, че „мъдър е не този лекар, който много знае, а този, който ще препоръча на болния най-необходимото, ще го разбере напълно и ще се отнася към него по най-добрия начин”. За това са необходими поне три умения:

1. Да бъде изслушван събеседника /пациента/;

2. Да се разбере това, което той споделя за болестта си;

3. Да се даде необходимия професионален съвет за успешно лечение на заболяването [4,19,43].

Особено деликатен е проблемът с дистанцията лекуващ / лекуван. Общото правило е, че в отношението към болните, лекуващите трябва да бъдат високо етични. Това изискване е заложено както в медицинската клетва, така и във всички морални професионални кодекси.

Необходимо е медицинският специалист да притежава определени качества и умения, за да осъществява ефективно професионално общуване с пациента. Някои от тях са:

- **Тактичност и умения да се изгражда и следва определен план на лечебно-диагностичния процес .**

Тактичността на медицинския специалист се изразява в точното отчитане на очакванията на пациента и предоставя възможност да се прилага най-подходящият подход при общуване с него. Липсата на това качество най-често се проявява в пренебрегване на желаната от болния форма на общуване, което може да породи конфликти и негативни емоции. Да не забравяме, че отношението, което хората проявяват към собственото си здравословно състояние, е различно и невинаги адекватно. В голяма степен това зависи от характеровите особености, личностната ориентация, възпитанието от ранна възраст за утвърждаване на здравословен начин на живот, от преживени здравни неблагополучия / лични или на близките/, от религиозни убеждения и отношение към възможностите на медицината и др. Една от основните задачи на медицинския специалист е да използва целия си професионален инструментариум, за да тушира страха и несигурността на пациента. Разяснявайки му обективното състояние той трябва да намери най-точната и най-успокояваща словесна, професионална формула [3,4,8,9,16,25,34] .

Медицинският персонал се нуждае от психологична култура, за да реагира адекватно на индивидуалните потребности на пациента и да намери най-ефективния подход към него. Тактичността на здравния специалист е свързана с психологичната култура и умението му да прилага утвърдените професионални правила за отношение към болния :

1. Предоставяне само на потвърдена информация за състоянието на пациента. Необходимо е болният и/или неговите близки да бъдат осведомени по подходящ начин за специфичния ход на заболяването, за диагнозата и прогнозата. Това изисква внимателна преценка и подбор на подходящ тон и

изрази от страна на медицинския персонал. Особено деликатен момент, който изисква такт и разбиране от страна на терапевта и медицинския специалист, е съобщаването на неблагоприятна диагноза и прогноза. *Съобщаването на истината е същностен елемент от комуникацията.* Това е може би най-трудният проблем на медицинската практика. Говорим за случаите, когато възможностите за осмисляне на болестната ситуация от страна на пациента са ограничени. Или, когато трябва да бъде дадена информация за очакван крайно неприятен изход. Тук категорично не можем да говорим за една - единствена комуникационна технология. Процесът се усложнява, когато трябва да съобщим на близки на пациента тежка новина. За предстояща загуба на орган и функции / например, загуба на новородено или за неизбежен летален изход и др./. Едно такова съобщение е изпитание не само за пациента, но и за медицинския специалист. Медицината е професия за хора с хуманитарна настройка, затова предаването на едно негативно съобщение неизбежно натоварва и психиката на съобщаващия. Възприемането на екзистенциалната страна на живота е въпрос на култура, манталитет и система от виждания, надхвърлящи елементарния материализъм.

2. Получаване на информирано съгласие от пациента. Информираното съгласие се възприема като последователно информиране на пациента от медицинския специалист и последващото получаване на съгласие от пациента по определено клинично действие, което предстои да бъде предприето спрямо него.

“Необходимостта от решаването на този въпрос се изразява и в това да се даде възможност на пациентите да вземат самостоятелни решения при упражняване на останалите им права – правото на свободен избор на лекар; решение относно начина на лечение…” [9, стр. 48].

Формите на прилагане на информираното съгласие са тест за качеството на взаимодействието медицински специалист / пациент и основополагащ критерий

за определяне на нивото на практически възможности на специалистта в комуникационния процес.

3. Пред болния не се обсъждат всички възможни усложнения, които могат да произтекат от болестта. Необходимо е здравният специалист да прецени как да дозира и подбере информацията за тях така, че да мотивира болния за активно съдействие в лечебния процес.

4. Разговорът с болния притежава психотерапевтичен характер. Самата среща *медицински специалист – пациент* трябва да бъде взаимоотношение, внасящо успокоение. Това именно Балинт нарича „лекарството лекар" – сигурността, че си при тези, които ще положат грижи, за да облекчат страданието, и имат компетентност да се справят с болестта.

Други качества и умения, които е необходимо е да притежава медицинският специалист, за да осъществява ефективно професионално общуване с пациента, са:

- **Уважение към болния.**

Умението да се изразява уважение към пациента е качество, което се постига трудно. Проявите на професионална загриженост на медицинския специалист се свързват и с изразяването на уважение и разбиране към преживяванията и страданията на болния. Уважението се открива в някои дребни, но съществени детайли във взаимоотношенията: в уважителния тон, топлото, вежливо обръщение към пациента, назоваването по име, здрависването и т.н.

- **Доброжелателност, отзивчивост и емпатийност.**

Това са качества, които трябва да се проявяват в общуването с болния. Особено важно е медицинският персонал да притежава т.нар. *емоционална интелигентност*, да развива емоционални качества, които са необходими за постигане на по-добро разбиране за човешкото поведение. Медицинската професия е свързана пряко с необходимостта от развиване на емпатията като социално умение и лично качество [3, 4, 12,38,45].

Близостта с болния е постижима, нещо повече – тя е инстинктивно търсена от пациента. За целта не е необходимо нито лекарят, нито медицинския специалист да стават приятели на пациента. Хипократ препоръчва “мислещо наблюдение при леглото на болния”.

За да бъде ефективно комуникативното взаимодействие медицински специалист / пациент, пациентът трябва също да бъде учен /обучаван/. И тук липсва абсолютно стандартна схема за това обучение, защото то трябва да бъде съобразено с индивидуалната даденост на пациента. Вземат се предвид следните фактори: психическо състояние на пациента; проява на стрес; професия; финансови възможности; социален статус; религиозна принадлежност; култура; образование и обща интелигентност; физически фактори – възраст, подвижност, зрение, ловкост и др.

Трябва да бъде отчетен фактът, че в реалната практика сестрата/акушерката все пак се намира по-близо до пациента. Тя най-често извършва манипулациите и процедурите, предписани на пациента. Самите условия на лечение обективно предпоставят факта, че нерядко медицинската сестра/акушерката става не само лекуващ специалист, но и довереник на пациента. Разбира се, тази ситуация има своите силни и слаби страни. Ласкаещо е да ти се доверят, но това доверие твърде лесно може да се изроди в обикновена досада от превръщането на комуникацията в загуба на време, без полза за двете страни.

Осмисляйки процеса на комуникация медицински специалист / пациент, трябва да отчетем още една група обективни фактори, които се отразяват на морала на медицинския специалист, а от там и на процеса на грижи и взаимоотношения с пациента.

а/ адекватно или неадекватно трудово възнаграждение ;

б/ демократичен или авторитарен стил на ръководните здравни органи и структури ;

в/ добрият или лош обществен резонанс;

г/ икономическата криза или икономическа стабилност на страната.

Тези критерии ни карат наистина да се замислим. Може ли да се говори за адекватно възнаграждение на медицинския специалист в страната ни? – Поне за медицинските сестри/акушерки отговорът е категорично отрицателен. Изживян ли е авторитарният стил на управление, така характерен за обществото ни доскоро? – Отговаряме деликатно – „едва ли", отчитайки факта, че страната ни е в етап на макроикономическа стабилизация и на обикновена битова икономическа стагнация, едва ли можем да говорим за чисто финансова удовлетвореност от труда на медицинския специалист.

1.3.2. Модели на взаимоотношения *здравен специалист / пациент*

Професионалното общуване при оказване на здравни грижи има своите особености и специфични поведенчески модели. Съществуват 4 основни модела на поведение във взаимоотношенията *медицински персонал – пациент* [4,39] :

- *Активно-пасивен* – при този модел пациентът остава безучастен в процеса на лечение и медицинският персонал поема отговорността и решенията. Този тип отношения са неизбежни при хора в безсъзнание или неподвижни. В останалите случаи се отбелязва регресивно поведение от страна на пациента, както и съзнавано или несъзнавано търсене на т. нар. *вторични облаги от болестта*.
- *Учител – ученик* - при този модел се установява доминиращата роля на медицинския специалист в терапевтичния процес.
- *Партньорство* – при този модел пациентът участва активно в лечението. Подходящ е особено при пациенти с хронични заболявания, когато медицинският контрол не е непрекъснат и болният трябва да поеме лична отговорност за спазването на терапевтичния режим. В този случай е

наложително предварително осигуряване на необходимата информация и обучение на пациента и неговите близки.

- *Приятелство* – такъв модел е неприемлив за професионалното общуване, а някои специалисти го определят като несъответстващ на медицинската етика

1.4. КОМУНИКАЦИИ В АКУШЕРСКИТЕ ГРИЖИ

Акушерството е не само практическа дейност, извършване на манипулации или изпълнение на предписанията на лекаря, а една хуманна професия, изискваща специфични качества, нагласа и мотиви, насочени към първична профилактика, специални акушерски грижи за бременните, майките и новородените, жените с гинекологични заболявания, семейното планиране и др. Акушерката има специфична роля в системата на здравеопазването и притежава специална професионална идентичност. Като специалист, занимаващ се с личния живот на жените, ежедневната и дейност изисква емоционална сдържаност, тактичност, емпатия и съчувствие към пациента. В професията на акушерката комуникативните умения се явяват неразделна част от професионалната им компетентност. Именно поради своята близост с пациента, към нея има едно, на практика безалтернативно изискване – да притежава и непрекъснато да развива своите комуникативни умения и навици.

Общуването е сложен, многопланов процес на установяване и развитие на контакти между хората, породени от потребностите за съвместна дейност и включващи в себе си обмен на информация, изработване на единна стратегия за взаимодействие, възприемане и разбиране на другия човек. Общуването може да бъде обяснено, като процес на обмяна на информация и интерпретация на отговора. Това ни разкрива двустранността на този процес, и по-конкретно, контактът на акушерката с пациентката и нейният отговор. Отговорът казва много за начинът, по който пациентката възприема усилията на акушерката да

полага необходимите за нея грижи по време на бременността. Акушерките, използвайки собствените си умения, трябва да успяват да разбират как действително се чувстват пациентките им, дори когато те не го казват директно. За да могат акушерките да общуват ефективно с жените, са им необходими специални комуникативни умения и техники. В допълнение, тези умения помагат и за изграждането на близка връзка между акушерката и жената, което е от ключово значение за крайния резултат от бременността и раждането. Грижата за изграждането на добра връзка между акушерка и пациент е важна, защото акушерството е професия на грижите.

Ефективната комуникация е от изключителна важност за акушерската и всички останали грижи, защото:

- Ефективната комуникация осигурява холистична грижа: цялостна грижа за личността и нейните нужди, вместо да се концентрира върху един аспект на грижата – напр. нуждите на физическото здраве.
- Добрите комуникативни умения помагат на здравния професионалист да оцени и разбере чувствата и перспективата на жената т.е. нейното разбиране за грижа за здравето. Това разбиране е основа на емпатията.
- Емпатията включва оценяване на избора на перспективата на жената по отношение на различията: нейната култура, духовност, етническа група, възраст, пол, сексуална ориентация и полова идентичност. (Под духовност разбираме религиозните и други вярвания на личността, усещането й за надежда, и това, което дава смисъл на живота й.)
- Някои жени имат специални комуникативни нужди. Осигуряването на оценка на състоянието, грижи и лечение е невъзможно, ако акушерката не адаптира общуването си с пациента към нуждите на неговите специфични комуникативни умения и проблеми.

Професионалното поведение на акушерката с оглед осъществяване на ефективна психологична комуникация е свързано със съблюдаване на някои основни изисквания:

- да успокоява, да напътства, да информира за всичко свързано със състоянието;
- да подготвя и разяснява на бъдещата майка как протича едно спокойно и овладяно раждане;
- да задава въпроси, обобщаващи казаното от пациентката;
- да води разговори на теми, които са най-близки до пациентката (навици, интереси и др.);

Изграждането на взаимоотношения на сътрудничество е немислимо без умението на акушерката да проникне в психиката на своята пациентка. Всяка дума, всеки жест трябва да бъдат така премерени, че да имат психотерапевтичен ефект. При общуването на акушерката с бъдещата майка това важи в още по-голяма степен, поради обстоятелството, че по време на бременността жената е емоционално лабилна и склонна към по-силни емоционални реакции. Нивото на тревожност на пациентката може да се отрази на способността й да се концентрира и осмисли информацията, давана й от акушерката. Някои ментални заболявания и обучителни затруднения могат да окажат влияние върху това.

Речта на акушерката трябва да бъде изразителна, правилно интонирана, разнообразна, за да има положително въздействие върху пациентката.

Диалогът между акушерките и пациентките им е не само активно взаимодействие, а и проява на хуманните взаимоотношения между тях, основаващи се на уважението към мислите и постъпките на партньора, на взаимно доверие и взаимна отзивчивост. Умелото ръководство на диалога от страна на акушерката стимулира сътрудничеството и е предпоставка за максимална откровеност от страна на жената. Добрият словесен контакт при комуникацията е гаранция за нейната ефективност.

В общуването между акушерките и жените, освен речта, значителен дял заема безсловесната (невербална) комуникация. Жестовете, мимиките,

погледите, интонацията на гласа са основен компонент за изграждане на взаимно доверие и към атмосфера на равноправие и спокойствие.

Невербалната комуникация и свързаните с нея умения включват:

- *Активно наблюдение* и слушане на начина, по който пациентът общува вербално или невербално;
- Невербални знаци на тялото:
  - ✓ контакт с очи
  - ✓ жестове
  - ✓ начинът, по който жената стои или седи (вкл. позата й);
- Разстоянието между акушерката и пациентката;
- Терапевтичното използване на допир;
- *Емпатия:* акушерката се стреми да разбере чувствата и преживяванията на пациентката; да предаде това разбиране и да действа спрямо него. Емпатията включва в себе си присъствието – умението да бъдеш отворен, в готовност и на разположение за преживяванията на другия човек. До голяма степен то е невербална комуникация: за жената е важно, освен да притежава практически умения, акушерката да бъде насреща за подкрепа и споделяне на преживяванията й, а това може да се окаже дори по-важно за акушерката, отколкото вербалната комуникация.
- *Присъствие:* да бъде „с" пациентката; да предаде съчувствието си невербално /напр. на жена, която е преживяла загуба/.
- *Не-осъждане:* приемане на жената така, каквато се заявява, без да прави морална оценка и с уважение към личността й.

Творческият характер на акушерската професия се изразява в умелото, деликатно и точно съчетаване както на вербалните, така и на невербалните средства, за да се постигне цялостно психологично разбиране на пациентките.

1.5. РАБОТА В ЕКИП

В здравеопазната практика екипната дейност е утвърдена като най-ефективна. Работата в екип осъществява в най-голяма степен био-психо-социалния подход към здравето, болестта и болния човек [3, 4, 40]. Спецификата на медицинската помощ и здравните грижи изисква специалисти от различни области да работят заедно в интерес на пациента. Мултидисциплинарният клиничен екип се дефинира като група от колеги, официално признаващи своето съвместно участие в обслужването и лечението на определени пациенти. Доброто взаимодействие и сътрудничество между отделните специалисти и звена в мултидисциплинарния екип подобрява ефективността при изпълнението на задачите, повишава личната удовлетвореност и чувството за свързаност с цялата група. При една добра организация тези екипи работят в координация, по възприети общи правила за установяване на контакти и общ план за изпълнение на поставените цели в конкретни ситуации, с получаване на обратна връзка за извършеното и обща оценка на резултата. За да осъществяват качествено работните си задачи, здравните специалисти трябва да развиват умения за участие в екип.

1.5.1. Комуникация при работа в екип

Комуникацията в екипа има за цел:

- *На лично ниво* - задоволяване на потребности, установяване на връзки, създаване на климат на разбирателство, убеждаване на другите в нещо и осигуряване на промени.
- *На организационно ниво* - спомага за улесняване и стимулиране на работата в екип, за динамизиране на структурите и дейността, за повишаване на качеството; благоприятства развитието на проекти, засилва творчеството,

създава атмосфера за обучение и разпространява информация, позволява стимулиране на персонала [3,4, 18, 36].

В процеса на общуване и съвместна дейност на хората могат да възникнат противоречия и конфликти. Често причина за конфликтите между служителите или между мениджъра и сътрудниците му са неясно формулирани задачи, неправилното им поставяне, смесените задължения. В повечето случаи в основата на всички проблеми стои липсата на комуникация или нарушените пътища на общуване в организацията. Нарушената комуникация може да бъде възстановена чрез:

- определяне границите на отделните дейности;
- повишаване на неформалното общуване в организацията;
- увеличаване на практическите възможности за общуване между служителите, както и между служителите и мениджъра.

Изследванията сочат, че неефективната комуникация е най-големият източник на конфликти в трудова среда. Нерядко конструктивната критика може да се възприеме като лична атака и точно затова много хора се въздържат да казват отрицателни неща, за да избегнат „неприятни инциденти”. М. Раим цитира някои примери на конфликтни поведения: намеса, съперничество, вербални обиди, напрежение, фрустрация, досаждане [4].

1.6. КОМУНИКАЦИИ И КОНФЛИКТИ В ЗДРАВЕОПАЗНАТА ПРАКТИКА

Конфликтът е потенциално присъщ на човешките отношения. Той представлява особено състояние на противоречие, борба или напрежение между най-малко две зависими една от друга страни, което настъпва, когато има реална или възприемана заплаха, или съществува различие в желанията, мислите, отношенията, чувствата, поведението на тези страни. Всяка организация, в която хората си взаимодействат, притежава потенциал за

конфликт. Здравните институции включват много взаимодействащи си групи и екипи, които могат да бъдат потенциален източник на конфликти [17,21.22].

Конфликтните ситуации сред медицинския персонал в здравните заведения, организации и институции в България възникват по-често в годините на преход и в условията на провеждане на здравна реформа. Нестабилната икономика, постоянно променящата се околна среда, липсата на мотивация и сигурност на работното място влияят отрицателно върху психиката на работещите в здравеопазната система и това е причина за по-честото създаване на междуличностни противоречия. Хората реагират остро на чуждо мнение, особено когато са застрашени личните им интереси. А медицинските работници в България се чувстват често застрашени и несигурни заради съкращенията от 1989 г. досега, ниските месечни възнаграждения и неясното бъдеще.

При възникване на конфликт, задача на лицата, отговарящи за мениджмънта на здравното заведение, е да вникнат в него, за да могат чрез адекватни мерки да го тушират. Справянето с конфликтните ситуации е една от най-често възникващите задачи при управлението на здравното заведение. Влошеният психологически климат пречи, а понякога прави и невъзможно нормалното функциониране на това заведение [37].

В съвременния медицински мениджмънт конфликтите са предмет на постоянно, задълбочено изследване. Обикновено те биват оценявани изключително и само като негативни явления. Някои автори са склонни да ги разглеждат и като нещо положително, като коректив срещу възможната консервативност на едно нетърпящо вътрешно развитие управление [21,37, 48] **.**

Конфликтът може да се прояви на следните нива:

- **Вътре в индивида.** Всичките форми на вътрешен конфликт могат да причинят временна интраверсия на индивида, докато търси решение.

Индивидът трябва да бъде окуражен да анализира всички "за" и "против" при вземане на дадено решение.

- **Между двама индивиди.** Конфликтът между двама индивиди често се проявява, когато възникнат междуличностни разногласия и прояви на раздразнение. Необходимо е ръководителят да следи за промяна в нагласите между тези лица и да реагира своевременно, така че да бъде овладяно напрежението между тях и да се предотврати разпространението на конфликта сред останалите .
- **В екип от индивиди.** Когато екипът е съставен от хора с творчески начин на мислене, често може да се появява естествен конфликт на идеите. Ако ръководителят канализира конфликта на идеи в положителни сесии на мозъчни атаки, водени по контролиран и организиран начин и в определен момент от време, така ще могат да се въвеждат нови идеи и концепции. Когато става дума не за идеи, а за личности, ситуацията трудно може да се контролира. Най-важното е всичките тези лица да седнат около кръглата маса и да обсъдят своите идеи и съмнения.
- **Между два екипа в една организация.** Междуекипният конфликт е естествен и неизбежен, тъй като е трудно да се синхронизира напълно работата на различните екипи. Междуекипните конфликти се различават от междуличностните. Правилата и стандартите на поведение са установени в самата група, която регулира поведението на членовете понякога чрез подсъзнателни, но същевременно и доста мощни лостове за оказване на натиск .

1.6.1. Причини за възникване на конфликти

Всеки конфликт съдържа в себе си:

а/ Обект, предизвикал конфликта

б/ Субект /субекти/ . Субектите се стремят да докажат правотата на своите претенции по отношение на обекта.

Механизмът на възникване на конфликта има универсална, класическа схема, която се материализира във всички възможни конфликтни ситуации:



Схема 3. Механизъм на възникване на конфликт

Необходимо е да не се отъждествяват понятия като «проблем», «противоречие» и «конфликт». Различията в мислите и идеите се проявяват във възникването на противоречия. Проблемната ситуация е остро противоречие на мислите и аргументите, които водят до спор, до дискусия, но не и до конфликт. Конфликтът е завършващ етап от разгръщането на различията между индивидите, звената, екипите. Ненавременното решаване на съществуващите противоречия води до възникване на конфликти.

Социалната практика показва, че върху появата и протичането на конфликта оказват влияние много причини. Те определят начина и темпа на неговото развитие. Изучаването на причините за появата и развитието на социалния конфликт в организацията предполага тяхното ефективно прогнозиране и разрешаване.

Някои автори разделят причините на две групи: обективни и субективни. Обективните са свързани със слабости, грешки, недостатъци на организацията на труда, които могат да предизвикат конфронтация между субектите в нея. Субективните особености и състояние на индивидите и групите също могат да бъдат в основата на възникването на определен конфликт. Налице са и причини, които могат да се дефинират като обективно-субективни .

Най-честите причини за конфликт са следните:

- *Конфликт на целите* - възниква, когато различните хора в една група или организация имат различни цели.

- *Конфликт на идеите* - може да възникне, когато поради различно образование и подготовка различните хора интерпретират едно и също послание по различен начин. Това обяснява защо обратната връзка е толкова важна.
- *Конфликт на нагласите* - много труден за разрешаване, тъй като често се отнася до дълбоко вкоренени чувства и мнения с политически, културен, расов, полов и друг произход.
- *Конфликт на поведението* - възниква, когато един или няколко членове на екипа/организацията се държат по неприемлив начин спрямо другите членове.

Стилът на управление на ръководителите от различните нива в организацията също създава предпоставки за конфликти. Към него отнасяме начина за вземане на решение, изработването на груповите цели, комуникацията между различните нива в организацията, контролът на служителите, оценката на резултатите от дейността и др.

Проблемите при работа в екип са от различно естество и затова конфликтните ситуации възникват по много причини. Те са особено характерни за някои етапи от изграждането на екипа. Като външни причини за конфликти в организациите се сочат:

- Условията за труд;
- Организацията на работа;
- Заплащането;
- Атестирането и оценяването;
- Разпределението на техниката;
- Изборът на работното място.

В повечето случаи причините са обективно съществуващи и са действителна предпоставка за противоречия. Често обаче причините за конфликти при работа в екип могат да бъдат резултат от :

- Неефективно лидерство;

- Неправилен подбор на участниците;
- Неправилно разпределение на функционалните и екипни роли между участниците;
- Недостатъчна индивидуална и екипна мотивация;
- Неясни цели при изпълнение на конкретните задачи или по отношение на крайната цел;
- Нарушена комуникация в екипа;
- Неетичност в отношенията;
- Силен стрес;
- Липса на система за индивидуална и екипна оценка на работата;
- Неподготвеност за действие в кризисни ситуации;
- Недостатъчни знания и умения за справяне с конфликти и др.

Основна част от противоречията, пораждащи конфликтите, са от организационно естество. Класически вариант на възникване на конфликтна ситуация е липсата на обратна връзка между висшестоящите звена /ръководители/ и нисшестоящите изпълнители. Когато липсва диалог между нивата в йерархията, решаването даже на дребен конфликт се оказва наистина трудна задача.

Що се отнася до системата на здравеопазването, провеждането на диалог с цел изясняване на позиции и изглаждането на противоречия, понякога е невъзможен. Това се случва най-често заради лошия стил на управление от страна на ръководството. Съществуването на добре организирани, структурирани и висококвалифицирани отдели за връзки с обществеността в здравеопазната система би решило множество конфликтни ситуации. Ако здравните институции, здравните заведения и центрове разполагат със специалисти за връзки с обществеността /„публик рилейшънс”/, конфликтите ще се решават още в начален стадий на развитие.

Когато говорим за организационни причини за възникване на конфликтни ситуации, трябва задължително да споменем и тези, които са свързани със системата на мотивация на работещите в отделните звена на здравеопазната система. Това са проблемите, свързани с професионален статус, оценка на професионалните изяви, размер на заплатата и т.н. Белег на старо мислене е, когато професионалната структура не обвързва директно задълженията на специалиста с мотивацията за по-нататъшно професионално израстване в същите тези направления – статус, заплащане, позитивна оценка и т.н.

В това отношение задължително трябва да се обръща внимание върху статуса на професионалния труд на медицинската сестра и акушерката. Ето някои съображения в полза на тази теза:

- медицинските сестри и акушерките представляват стожера на звената, които се занимават с директна здравеопазна дейност;
- медицинските сестри и акушерките са част от екипите, които дават облика на практическата дейност на здравното заведение;
- медицинските сестри и акушерките са в най-непосредствен контакт с пациентите. От това, как те въздействат на пациентите, се формира в голяма степен и общественото мнение – с положителен или отрацителен знак;
- медицинските сестри и акушерките са директни изпълнители на една, иначе доста абстрактна здравна политика, Чрез своя труд, те формират обществено мнение в полза или против националната здравна политика.

Разбира се, в тази насока биха могли да бъдат изредени още аргументи, но даже и този бегъл поглед още веднъж подчертава основната роля на медицинската сестра и акушерката в здравеопазната практика.

Личностни причини за възникване на конфликтни ситуации. Към тази група причини спадат:

- грубо и некоректно поведение;
- невъздържаност;

- липса на колегиална толерантност;
- липса на усет за баланс на интереси и т.н.

Други причини за възникване на конфликтни ситуации.

Тук можем да включим следните фактори:

- битови причини;
- критични настроения сред здравните работници;
- агресивно влияние на външната среда;
- липса на разбиране и уважение от страна на обществото като цяло към благородния труд на медицинския специалист.

Според избора на основополагащ критерий, могат да бъдат разработвани много и интересни анализи.

Пропуските вследствие на неефективната комуникация стават причина, макар и рядко, за възникване на проблеми в работата и могат да доведат до конфликти ситуации.

Функции на конфликта:

1. Конструктивна:

- стимулиране на усъвършенстването на отделно лице, организация, управление;
- изграждане на нови ценности, социални норми и др.

2. Деструктивна: дестабилизиране на отношенията, комуникацията, общуването.

Тези функции могат да имат различни форми в зависимост от особеностите на хората.

Конфликтът може да бъде конструктивен и да играе ролята на активатор при работа в екип като съдейства за издигането на по-голям брой алтернативи и различни предложения, водещи до увеличаване ефективността на екипната работа. Той може да бъде и деструктивен като засилва враждебността, нарушава комуникацията, пречи на сътрудничеството, намалява личностната и екипна удволетвореност от работата.

Всеки опит да се отрича или пренебрегва конфликта и да се отбягва неговото рационално дискутиране в екипа влошава психосоциалния климат и задълбочава противоречията. При работа в екип е важно да не се достигне до деструктивен конфликт, защото ако той е продължителен и интензивен, може сериозно да наруши екипния дух, комуникациите и цялостната координация на екипа, да се отрази негативно на организацията като цяло. Ето защо конфликтната ситуация трябва да се анализира своевременно и да се насочва към активиране енергията на екипните членове за решаване на дадения проблем и консолидиране на групата като цяло. Затова е необходимо да се познават добре стратегиите и тактиките за справяне с конфликтни ситуации и тяхното управление.

1.6.2. Управление на конфликтите

Конфликтът има характер на динамичен процес. Управлението му също е процес, който тече успоредно на процеса на конфликта. „Управлението на конфликт може да бъде разглеждано като упражняване на влияние върху развоя на конфликтната ситуация” [30].

Управлението на конфликта е деликатен процес. Усложнението идва от факта, че „машината не може да бъда спряна”, т.е. функционалното звено не може да бъде извадено от режима на изпълнение на професионалните си задължения, за да бъда урегулиран конфликта. Конфликтната ситуация трябва да се решава във време на движение. В медицината работят интелигентни хора. Като правило, те реагират с достойнство, но ако това е невъзможно, те винаги могат да намерят начин да реагират с инструментариума на служебната мимикрия. Да покажат, че уж са се подчинили, а в същото време конфликтната ситуация да продължи да бъде подхранвана. Неадекватната административна мярка не решава конфликта, само го задълбочава. Има различни средства за уп-

равление на конфликтите: организационни; административни; психологически; икономически.

След като конфликтът вече съществува, то той трябва да бъде решен, като това е задължение на мениджъра. Съществуват няколко начина за преодоляване на конфликтите:

- **отбягване** – ръководството се стреми да елиминира конфликта като отрича неговото съществуване. Тази стратегия е приложима в случай, че спорният въпрос е несъществен ли когато съществува стремеж да се забравят конфронтациите между страните;

- **заглаждане на конфликта** – отстраняват се откритите прояви на враждебност между опонентите. Това дава успех и е възможно да се осъществи само когато запазването на добрите взаимоотношения между групите е по-важно от разрешаването на проблема, породил неразбирателство между страните;

- налагане на решение – в този случай печели една от спорещите страни за сметка на другата. Решението се налага от ръководителя и затова неговата роля тук е решаваща. Този подход е добре да се налага само когато се налага бързо и окончателно разрешаване на спора. В този случай обаче, една от страните не е съгласна с наложеното решение и съществува опасност след известен период от време, конфликтът отново да се възобнови. Това се случва, защото причините за пораждането на конфликта не са неутрализирани;

- постигане на компромис – този тип подход предполага провеждането на преговори между страните и правенето на взаимни отстъпки. Съгласието между опонентите означава, че тези хора са възприели дадени действия, които служат на техните интереси. Този метод е ефикасен, но възможността за възникване на нов конфликт остава;

- постигане на взаимноизгодно решение – това е най-сигурният начин за решаване на конфликта. Този метод постига удовлетворение на целите и на двете страни. При тази форма няма губещи, което свежда до минимум

опасността от възобновяване на конфликта. Методът обаче трудно се прилага до край.” [23, 24, 30].

1.6.3. Профилактика на конфликта

Основните средства за профилактика на конфликти включват :

- *Подобряване на комуникацията*, тъй като тя играе главна роля за поддържане на здравословна среда:
- *Отстраняване от деловото общуване на съждения и оценки, които биха могли да засегнат честта и достойнството на събеседника.*
- *Недопускането на спор по време на делово общуване,* тъй като при спор човек рядко успява да запази самообладание и достойнство.
- *Умение да се изслушва събеседника* като критерий за комуникативност.
- *Анализиране особеностите на членовете на екипа.*
- *Мотивиране* на членовете на екипа. *Успешните мотивационни подходи* намаляват вероятността от избухване на конфликт. Трите принципни метода за мотивация са: страх, възнаграждение и нагласа. Страхът може да действа за кратко време, но намалява лоялността. Възнаграждението като мотиватор също е ефективно за кратко време, ако не се прилагат допълнителни стимули. *Мотивацията на нагласата е най-успешният метод за профилактика на конфликти* [30] .

1.6.4. Проблеми при комуникацията на медицинския персонал с пациента като източник на конфликт

Някои фактори, които затрудняват комуникацията *медицински персонал – болен*, са:

- Дезинтересованост от страна на медицинския персонал, изразяваща се в пасивно поведение.

- Липса на непринуденост в поведението, проявяваща се под формата на: стереотипно /незачитащо индивидуалността на болния/ поведение; неуместно поведение; безизразност и др.
- Неумение за активно слушане, изразяващо се в: безразличие, разсеяност и отегченост; липса на индивидуален подход; шаблонни отговори; прибързани съвети и оценки, и др.
- Прекалена емоционална дистантност, проявяваща се в: подценяване и негативност; недооценяване на ситуацията, когато се изисква грижа; липса на желание за диалог, прибързаност, прекъсване на изказването на пациента; ползване на неподходящ език (например неразбираема медицинска терминология), несъобразен със социокултуралното ниво на пациента, неговата възраст и др. Така например незначителна част от пациентите /клиентите/ са ориентирани в медицинската терминология. Поради това, много често имаме случаи на доста фриволно тълкуване на получената от тях информация. Проблемът се усложнява още повече, поради факта, че пациентът определено се затруднява при запомнянето на даваните от медицинската сестра /акушерката обяснения. Използването на професионалния „жаргон" при общуване между пациент и медицински специалист става извор на недоразумения, а от там се налага и основата на потенциалния конфликт.
- Неподходящо поведение и нетактични изказвания от страна на медицинския персонал, пренебрегващи потребността на болните от подходящо поднесени сведения и обсъждане на възникнали опасения относно състоянието им, които могат да предизвикат т.нар. ятрогения.

Ето една група от препоръки, които биха премахнали възможността за зараждане на конфликт, или биха го локализирали ефективно, ако той вече е налице:

- не трябва да се забравя, че подчертаването на личното достойнство, надменността, високомерието винаги дразнят партньора в комуникацията;
- тогава, когато причината за напрежение в комуникацията е неадекватно завишени самочувствие и самооценка, особено полезна е обратната връзка от партньора в комуникацията, съобразяването с оценката на другите и коригирането на личното поведение;
- не трябва да се забравя, че всеки има своите уязвими места, които не трябва да бъдат обект на упреци и подигравки;
- всеки човек се нуждае от обективна оценка на своята дейност и от положителна мотивация. [4]. Разбира се, това е един примерен набор от препоръки към медицинските специалисти. В специализираната литература могат да бъдат намерени още доста смислени пакети от практически действащи правила. Въпрос на лично усърдие и желание за самоусъвършенстване от страна на медицинската сестра/акушерката е процесът на непрекъснато обогатяване на професионалните знания да не спира. Вече споменахме – този процес започва с първите лекции в Медицинския университет и продължава до последния ден, в който бива упражнявана професията на медицинска сестра и акушерка.

1.7. КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ КАТО ЗНАЧИМ КОМПОНЕНТ ОТ ТЯХНАТА ПРОФЕСИОНАЛНА ПОДГОТОВКА

Професионалното образование има за цел да формира в бъдещите специалисти знания и умения с цел осигуряване най-високо ниво на обслужване на потребителите на здравни услуги.

Като най-голяма група здравни професионалисти, работещи в различни здравни заведения, медицинските сестри и акушерките са ключов ресурс за осъществяване на наложилите се здравни реформи. Новите предизвикателства пред тези здравни специалисти включват: грижи към най-уязвимите пациенти, обучение на отделните хора и техните семейства как да се грижат за себе си, за репродуктивното си здраве, как да се справят с хроничните заболявания и т.н.

Задача на ФОЗ за развитие на специалностите "Акушерка" и „Медицинска сестра" като регулирани професии е да отговаря на Стратегията на СЗО за обучението им.

Учебният процес във Факултета по обществено здраве решава ясно заявена социално обусловена обществена поръчка да подготви бакалаври, годни за успешна професионална дейност, носители на утвърдени в медицинската професия и обществото добродетели. Затова образованието във Факултета по обществено здраве е насочено към обучение съобразно европейските стандарти, и по-конкретно към:

- подготовка на медицински сестри и акушерки, способни да организират качествени, на съвременно ниво здравни грижи, прилагайки холистичния подход към пациента и неговите проблеми;
- изграждане на умения за самостоятелна професионална работа, комуникативност и екипно взаимодействие при планиране, организиране и провеждане на превантивни и лечебни здравни грижи;
- развитие на способности за адаптация, мобилност и ефективност в условията на пазарна икономика;
- формиране на личностни качества, значими за професията на медицинската сестра и акушерката, и нагласа за обучение, самообучение и самоусъвършенстване през целия живот.

Тези основни приротети на обучението по тези специалности съответстват на „Люблянската харта" (1996 год.), която се явява стратегия за промяна на здравеопазването в Европейските страни, на Декларацията на министрите на

Здравеопазването от Европейския регион" (юни 2000 г.), на Директивите на Съвета на Европейските общности, които периодично се преразглеждат, допълват и обогатяват на базата на извършен мониторинг и анализ на проведените досега реформи и др. Национални и европейски документи (Постановление на Министерски съвет № 248 от 22.11.2005г; Report to the European Parlament, 2003).

Обучението им във ФОЗ е съобразено както с приоритетите на здравната реформа и необходимостта от добра професионална реализация на студентите от специалностите в областта на общественото здраве, така и с нарастващите им изисквания към качеството на учебния процес. Всичко това поставя и нови задачи относно организацията и провеждането на цялостната учебна дейност.

Съществен елемент в работата на медицинския специалист е умението да общува: с пациентите и техните близки, с колегите, с членовете на мултидисциплинарния екип. Всъщност без ефективно общуване и доверие усилията на здравния професионалист не ще имат необходимия ефект, защото в комуникативния процес се обменя важна информация, изграждат се отношения на взаимно разбиране и партньорство. Независимо от новите технологични предизвикателства на 21 век, човекът, и особено болният човек, винаги ще търси контакти с професионалисти, от които ще очаква човешко общуване, разбиране, съчувствие, съпричастност и подкрепа.

В медицинските професии изработването на правилен стил на комуникация с пациентите, близките им и колегите са важна част от характеристиката на специалиста по здравни грижи. Уважението към хората, предоставянето на информация според компетентностите на професията на достъпен до пациента/клиента език са в основата на професиите медицинска сестра и акушерка.

Други автори - Ц. Воденичаров, С. Попова, П. Балканска, М. Александрова, И. Стамболова, Е. Димитрова, K. Chapman, разглеждат

комуникативните способности на медицинските специалисти като част от стандартите на добрите здравни грижи [14, 15, 19, 22, 49, 54].

Така например, М.Димитрова и И. Стамболова определят като значителен проблем за ефективността на професионалните комуникации при медицински сестри недостатъчното време, което те отделят за разговор с пациентите [19].

Е.Димитрова в проучване със студенти-медицински сестри, установява, че анкетираните посочват комуникативните умения на второ място след дисциплинираност [22].

П. Балканска разглежда професията на медицинските специалисти като „комуникативна" и предлага модели за ефективно комуникиране с различни категории пациенти [4,стр. 118-144].

М. Александрова въз основа на свое проучване и експертно мнение предлага „Модел за обучение по комуникативни умения в сестринската практика", което би било полезно за наставниците като преподаватели и медицински специалисти [1].

Комуникативността и умението за общуване с различни категории хора изисква създаването на определен стил на общуване, осигуряващ автономност на пациента/клиента и уважение към личността му.

С.Попова и сътрудници подчертават необходимостта в обучението на здравните специалисти да присъства и обучение в изграждане на умения за комуникация, които ще позволят на лекаря, медицинската сестра и другите специалисти: [36]

- Да демонстрират безпристрастно отношение към пациентите независимо от пол, раса, възраст, социален и икономически статус, образование, култура, сексуални предпочитания и схващания за живота;
- Да се справят със собствените си емоции, норми и ценности, провокирани от комуникацията с пациента като: еротични чувства, раздразнителност, антипатия и др; да съхраняват ефективни отношения с пациентите и тогава, когато те отхвърлят изследването или лечението;

- Да изслушват желанията и оплакванията на пациента; да бъдат отзивчиви към потребностите, очакванията, нормите и ценностите, които ангажират пациента; да ги съобразяват в своите изследвания, консултации и лечение;
- Да може да предават информацията тактично и съчувствено, с думи, които са разбираеми за пациента;
- Да показват заинтересованост към пациента и неговата среда; да осъзнават възможните отражения на болестта върху членовете на семейството и средата, в която ще живее пациентът;
- Да може да откриват чувствата на неудовлетвореност на пациентите, да ги обсъждат и да търсят най-доброто за пациентите решение.

Целта на такова общуване, изпълнено с човешка милосърдие и щадящо личностното достойнство на пациента, е той да бъде спечелен за активен участник в своето собствено лечение, имайки доверие и уважение към лекуващите го. Към общуването, с цел създаване и на взаимовлияние и на взаимодействие, могат да се предявят редица изисквания. Т.Попов посочва следните: [39]

- общуването да бъде личностно адресирано, съобразено с болестното състояние и индивидуалните особености на пациента (в т.ч. възраст, пол, етническа и религиозна принадлежност и др.);
- да е хуманно;
- да зачита човешкото достойнство на пациента;
- да провокира бодрост, оптимизъм;
- да внушава респект, доверие и уважение.

Обучението на здравните специалисти е ориентирано към създаване на здрава връзка между теория и практика, а практическите умения се формират чрез проблемно базирано обучение, модулно обучение, клинични ситуации, ориентирани към пациента и др. Индивидуалният подход е водещ, но своето

място имат работата в малка група, работа с наставник, самостоятелната работа, решаване на казуси и др. (1,6,15,23).

Т. Попов отбелязва важната роля на преподавателя да поддържа и разширява интересът на студентите към съответната професия. В процеса на педагогическото взаимодействие трябва да създаде атмосфера на доброжелателност, доверие и уважение към личността. Преподавателят трябва да се стреми да поддържа буден интереса им към професията, да стимулира включването им в кръжоци, научни проекти и др. (17,18).

Полагането на здравни грижи за нуждаещите се изисква много знания и умения от здравните специалисти. В процеса на обучение на медицинските специалисти, освен преподавател и студент ,има и трета страна –пациентът. Обучението посредством пациент създава нова информационна реалност и изменя предмета на педагогическото общуване като допълва традиционното обучение, повишава неговата ефективност и в същото време поставя нови изисквания пред преподаватели и студенти. Обучаваният се превръща в активен участник, изграждащ хуманистичната страна на учебно-възпитателния процес (13,14,16,17). Обучението на студентите трябва да се провежда така, че по никакъв начин да не се застрашава пациента. Същевременно трябва да се осигури възможност младите специалисти да приложат на практика усвоените знания и умения при обгрижването на болния. Гарант за качеството на здравните грижи полагани за пациента е преподавателят (наставникът).

Включването на пациент в учебния процес създава възможност студентите да развиват социалнопсихологичната си компетентност в специфична за медицинското обучение образователна среда [6]. Прилагането на този интерактивен модел е първоначална стъпка към хуманизиране на здравните грижи чрез обучение, което включва три основни аспекта: дейности, познания и общуване на базата на рефлексивна практика с реални пациенти и постигането на специфично професионално поведение при съблюдаване на *принципа за комуникация, поставяща в центъра пациента* [4].

Това може да се постигне, ако се познават и спазват специфичните комуникативни правила за общуване с пациента. Обучението трябва да се фокусира върху овладяването на тези правила и стилове на интеракция, оказване на емпатична подкрепа към болния при осъществяване на здравни грижи, активно слушане, развиване на умения за мотивиране на болния към активно участие в собственото му лечение. Предпоставки за включване на тези акценти в обучението на бъдещите здравни специалисти чрез включването на пациент в учебния процес се открояват в характеристиките на добрата медицинска практика. Някои от тях са следните:

- Овладяването и прилагането на средствата на комуникацията в лечебната практика въздействат благоприятно върху поведението на пациента и подпомагат терапевтичния процес;
- Лечителското изкуство се свързва с умението на терапевтичния екип да мотивира пациента за активно участие и съдействие в лечебния процес, да поддържа системно емоционална връзка с него, да постига съразмерна емоционална подкрепа, когато пациентът полага усилия да преодолее страданието, да умее да снижава болката и тревожността, да вдъхва увереност, да го учи и подкрепя в поддържането на подходящо здравно поведение ;
- Проявата на емпатия като социално умение и лично качество е необходимо условие за изпълнение на хуманната мисия на здравните специалисти, включващо интелектуално разбиране на пациента, споделяне на неговите чувства, ефективност на комуникацията и положителна нагласа на професионалиста към болния [4]. Самата среща *терапевт – пациент* трябва да бъде взаимоотношение, внасящо успокоение. Това именно М. Балинт нарича „лекарството лекар” – сигурността, че си при тези, които ще положат грижи, за да облекчат страданието, и имат компетентност да се справят с болестта. Тази най-обща форма на психотерапия е необходима за

всеки пациент. В нея се използва професионално отношение, приспособено към индивидуалните потребности и състоянието на конкретния болен.

- Повечето пациенти имат непреодолимата потребност да бъдат изслушвани [49,53]. Активното изслушване дава възможност на пациента не само да сподели оплакванията си, но да осъществи т.нар. психокатарзис (душевно пречистване), говорейки за своите мисли и чувства, усещайки че е разбран. Всяка среща с болния, всяка разменена дума, всеки разговор с него би трябвало да вдъхва увереност, да успокоява, да ободрява.
- Данните от проведени изследвания сочат, че болните и техните семейства ценят най-вече професионалната компетентност и способността на здравните специалисти да изразяват съчувствие [25, 33, 44].

Уменията за невербално и вербално окуражаващо поведение са значими при оказване на здравни грижи. Така например, според на В. Хендерсон, едно от призванията на медицинската сестра е, в известен смисъл, “ да влезе под кожата” на всеки от нейните пациенти, за да разбере не само какво иска, но също така и от какво се нуждае той за поддържане на живота и възстановяване на здравето си. Тя се явява временно съзнанието за лицето в безсъзнание, любовта към живота за самоубиеца, крака за лицето с ампутация, очите на наскоро ослепелия, средството за движение на малкото бебе, знанието и доверието за младата майка, “глас” за тези, които са твърде слаби или отказват да говорят и т.н.[6][33]

Следва да се има предвид, че всеки човек притежава свой индивидуален стил на невербално поведение. Целта на овладяването на такива познания и умения в процеса на обучение на здравни специалисти е на базата на теоретични данни и саморефлексия да се подложи на съзнателен анализ това, което ние непосредствено правим в общуването си с другите хора. Както бе отбелязано, чрез невербалните форми на комуникация можем да изразим безброй важни за междуличностните контакти неща: съгласие и несъгласие, готовност и желание или отказ и нежелание за общуване, уважение или

неуважение, симпатия или антипатия, радост или тъга, интерес или незаинтересованост, нетърпение или досада, подкрепа или безразличие и много, много други.

Рефлексивната практика чрез изследване на невербални поведенчески характеристики, включително и чрез обратната информация, която получаваме от другите участници или пациенти, ние можем да изясним как в процеса на общуване влияем на другите и как те ни влияят.

Някои от невербалните техники, са от съществено значение, както в процеса на психологичната професионална подготовка на студентите, така и за подходящото им прилагане при оказване на здравни грижи за нуждаещите се.

Към *техниките за психологическо внимание* се отнася преди всичко *поддържането на контакт с поглед*. Периодичното поглеждане на събеседника в очите, докато той говори, придружено с кимане на глава, е възможно най-добрият начин да подчертаем нашето съсредоточено внимание към споделящия: „Аз съм тук. Слушам те. Загрижен съм.“ Друг съществен начин за невербален израз на внимание към състоянието на споделящия е *загрижения израз на лицето*, или още по-точно – отразяването на чувствата му. Много важно е изражението да подхожда на чувствата на пациента. Или казано с думите на Л. Блекмън: „Ние никога не можем да знаем как се чувстват другите, докато не използваме ключовете, които те ни дават“ .[4]

Негативна практика в медицинската практика, която трябва да се преодолее, е *моделът на доминиране в професионалното общуване*, който се изразява невербално чрез визуална интервенция от страна на здравния специалист (проникващ контакт с очи), говорене с висок глас, прекъсвания на пациента, задаване на много въпроси, смяна на темата, често вземане на думата и продължително говорене. Негова характеристика са отпуснатата, отворена и експанзивна поза, относително бавен темп на говорене, настойчив контакт с очи, динамични жестове, паузи на място и демонстрация на възможно повече маркери на социалния статус.

Комуникацията чрез допир е друга модалност на невербалното общуване, която в известен смисъл заема междинно положение между физическото и психологическото внимание. Освен ръкуването тук се отнасят всякакви други докосвания до събеседника. В работата на медицинските специалисти има редица ситуации, които изискват осъществяване на физически допир с болните извън рамките на типичното общуване между хората (като ръкуването например). Това се налага при провеждане на определени изследвания, при оказване на помощ при ходене, обличане, тоалет, поддържане на лична хигиена и др. При извършването на тези дейности е добре здравните професионалисти да отчитат, че в разстоянието между общуващите има четири зони / интимна, лична, социална и публична/, чието нарушаване ,нежелано от събеседника, носи психичен дискомфорт и негативни емоции.

Твърде често професионалните задължения на здравните специалисти при оказване на грижи са свързани с необходимост от нарушаване на интимната зона на пациента. В нея човек допуска само най-близките си хора. Изследванията показват, че нарушаването на интимната зона довежда до редица физиологични промени в организма: учестява се сърдечният пулс, повишава се адреналинът, към главата нахлува кръв и др. Ако няма изградени доверителни отношения, болният (в повечето случаи несъзнателно) може да възприеме допира на медицинския специалист като нарушаване на неговата неприкосновеност и е възможно да реагира с агресивно поведение.

Физически допир може да бъде използван с различни послания:

• *За активиране на внимание* — например при болни, които „губят нишката“ на разговора (типично при някои заболявания), при работа с деца с разстройство на вниманието, за възпиране от рисково действие и т.н.

• *За изразяване на емпатия* — например: като израз на радост или съчувствие (лека и бърза прегръдка), за изразяване на подкрепа (стискане на ръка), за поощрение (потупване по рамото, което е по-подходящо, когато пациентът е дете) и т.н.

Някои автори определят използването на такъв физическия допир от медицинския специалист при общуване с болния като *терапевтичен допир*.

Независимо от целите, физическият допир трябва да се използва след предварително съгласие на пациента, много премерено и със зачитане на неговото лично достойнство. Необходимо е да се отчитат половите, възрастовите, религиозните и културалните характеристики на болния.

Въпреки че често докосването се възприема от жените като успокояващо и терапевтично по друг начин, съществуват свидетелства за това, че докосването на пациенти, които са преживели физическо или сексуално насилие, може да бъде стресиращо за тях и да върне преживяванията от миналото. Други пациенти възразяват да бъдат докосвани по културни, полови или други причини и могат да възприемат погрешно причината, поради която акушерката използва докосването. Поради това, докосването трябва да се прилага внимателно, когато се цели успокояване или се използва по други причини. Смята се, че по отношение на допира за предпочитане е човек да бъде възприет като студен и дистанциран, отколкото като несериозен и фамилиарен особено в началните етапи от установяването на контакт между двама души. Що се отнася до ситуацията на оказване на грижи и съветване, здравните специалисти могат най-добре да преценят дали обърналият се към тях за помощ човек има нужда и по този начин да получи послание за присъствие и готовност за изслушване. Докосването, простият физически контакт, могат понякога да бъдат единственото средство за съобщаване на задълбоченост и интензивност на загрижеността.

Не на последно по важност място сред невербалните компоненти на поведението на здравния специалист са *интонацията и силата на гласа*, тъй като те придобиват особено значение на смислово-образуващи елементи в контекста на съдържанието на речевото изказване. Известно е, че тихият глас изразява тъга, харесване и подчиняемост, умереният – активност и радост, силният – превъзходство и настойчивост.

Точно както внимателното *слушане* за медицинския специалист е ключово за разбирането на вербалните изявления, така и внимателното *наблюдение* е жизненоважно за тълкуването на езика на тялото на пациента.

Както беше отбелязано, възможност да се преодолеят някои от факторите, отразяващи се негативно на общуването *медицински специалист – пациент,* е *подобряването на невербалния стил на комуникация.* Способността на здравния професионалист да декодира невербално споделеното чувство, както и да кодира емоционални послания по невербалните канали в значителна степен е свързана със способността му да удовлетвори нуждите на пациента от социални и емоционални грижи. Защото получателите на медицинска помощ се нуждаят както от пълноценни професионални грижи, така и от внимание към тяхното човешко страдание в болестта. [6]

1.8. ОБОБЩЕНИЕ

Проследихме и дефинирахме обхвата на културата и професионализма на високохуманната професия на здравния специалист във функционална зависимост от уменията за професионално общуване и работа в екип. Разгледахме основните механизми на комуникационния процес като съставен елемент на общуването като социалнопсихологичен феномен. Акцентирахме върху спецификата на комуникациите в медицинската практика и в частност – акушерските грижи.

Неподлежащ на коментар остава изводът за необходимостта от обучение по придобиване на комуникативни умения и доразвиването на тези умения и впоследствие в реализацията на кариерата на медицински специалист. Защото съществен елемент в работата на здравния професионалист е умението да общува: с пациентите и техните близки, с колегите, с членовете на мултидисциплинарния екип. Всъщност без ефективно общуване и доверие

усилията на медицинския специалист не ще имат необходимия ефект, тъй като в комуникативния процес се обменя важна информация, изграждат се отношения на взаимно разбиране и партньорство. Овладяването и прилагането на средствата на комуникацията в лечебната практика въздействат благоприятно върху поведението на пациента и да подпомагат терапевтичния процес.

Обобщавайки акцентите на анализираните литературни източници, определяме явна необходимост от задълбочаване на академичната подготовка на медицинските специалисти по отношение на овладяването на модели на терапевтично поведение чрез подобряване на невербалния и вербалния стил на комуникация *медицински специалист/екип – пациент.* Професионалните комуникативни умения на здравните професионалисти е необходимо да се формират във всички клинични дисциплини, съобразно спецификата на разглежданата проблематика.

Ефективното общуване между обучаем и обучител е процес, гарантиращ успех в образователния процес, а също и спомагащ за правилното формиране на личностни и професионални качества в студента. Работата на преподавателите трябва да се насочи към по-тясна работа със студентите по време на аудиторната и извън аудиторна работа, включването им в разработването на проекти, внедряване на иновационни технологии на преподаване.

Съществен раздел в общата комуникативност е придобиването на реални възможности за справяне с конфликтните ситуации. Анализирахме и мястото на конфликтите като неизбежни процеси, съпътстващи контактите *специалист-специалист* и *специалист-пациент*. Конфликтите в сферата на здравеопазването имат свое характерно проявление и специфична обусловеност. В най-голяма степен тези конфликти, погледнати през призмата на българската действителност, са детерминирани от коренната промяна на цялостната система на здравеопазване, която се извърши през последните

години в нашата страна. Когато говорим за организационни причини при възникване на конфликтни ситуации, трябва задължително да спомена и тези, които са свързани със системата на мотивация на работещите в отделните звена на здравеопазната система. Това са проблемите, свързани с професионален статус, оценка на професионалните изяви, размер на заплатата и т.н. Ефективен подход към намаляване на конфликтите в организацията - както междуличностните, така и междугруповите - е изграждането на уникална култура в лечебното заведение, която улеснява разгръщането на естествено протичащите процеси и утвърждава етичната страна на поведението и общуването. Техниките за мениджмънт на конфликтите се основават на значимостта на комуникацията, настоятелния диалог, дисциплинарните мерки и контрол.

Очертават се значителни предизвикателства към ролята на преподавателя като модератор, експерт и консултант, осигуряващ сътрудничество и емоционална атмосфера. Това е трудна задача, която изисква от преподавателите постоянно развиване на самопознанието, оценка и прилагане на педагогически практики, предоставящи на студентите възможности за непрекъснато усъвършенстване в овладяването и прилагането на биопсихосоциалния подход към хората, нуждаещи се от здравни грижи.

ГЛАВА ВТОРА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. ЦЕЛ

Оценка на комуникативните умения на практикуващи акушерки и студенти от специалност „Акушерка”, и разработване на концептуален модел за развитие и овладяване на професионална комуникация в акушерските грижи с оглед оптимизиране на обучението и подобряване качеството на акушерските грижи.

2.2. ЗАДАЧИ

За реализиране целта на настоящето проучване са поставени следните задачи:

1. Обзор и анализ на представени в научната литература основни теоретични подходи и концепции в изучаването на избраната тема.
2. Проучване оценката на отделните групи респонденти по отношение на комуникативната им компетентност.
3. Очертаване на базовите компоненти в учебния процес, които имат отношение към формирането на умения за професионално общуване.
4. Проучване негативните аспекти на нарушената комуникация водеща до конфликти и понижаваща ефективността на работата в екип.
5. Разработване и предлагане на концептуален модел за развитие и овладяване на професионална комуникация в процеса на грижи за бременни, родилки и гинекологично болни жени.
6. Експертна оценка на концептуалния модел.

2.3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Обект на наблюдение са студенти от специалност „Акушерка”, преподаватели, практикуващи акушерки и жени ползватели акушерски грижи /пациентки

Предмет на наблюдение са комуникативните умения на студенти от специалност „Акушерка” и практикуващи акушерки .

Технически единици на наблюдение са Висши учебни заведения, обучаващи студенти по специалност „Акушерка ” от градовете София, Варна, Стара Загора и Плевен и три специализирани АГ – болници - клинични учебни бази на МУ - София.

Логически единици на наблюдение са:

- студенти от специалността “Акушерка”;
- преподаватели по специалността „Акушерка” ;
- практикуващи акушерки в учебните клинични бази на МУ – София;
- жени-ползватели на акушерски грижи/пациентки в учебни бази за обучение на студенти от специалността “Акушерка” на ФОЗ при МУ – София.

ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

Признаци свързани с:

- Демографска характеристика, социален статус и професионална характеристика на респондентите;
- Удовлетвореност на жените ползватели на акушерски грижи от общуването им с практикуващи акушерки и студенти от специалност „Акушерка”;
- Комуникативни проблеми и конфликтите на работното място на практикуващи акушерки
- Комуникативните знания и умения на студентите по специалност „Акушерка”
- Потребност от допълнително обучение по комуникативни умения на студентите и практикуващи акушерки

ОБХВАТ, МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Обхват – извадката включва **680 лица**, разпределени както следва :

- 240 студенти от специалност “Акушерка”, обучаващи се във ФОЗ на МУ - София, ФОЗ МУ- Варна, МФ на ТУ - Стара Загора, ФЗГ на МУ - Плевен
- 40 преподаватели от ФОЗ на МУ - София, ФОЗ на МУ - Варна, МФ на ТУ - Стара Загора, ФЗГ на МУ - Плевен, участващи в обучението по специалност „Акушерка”
- 150 акушерки, работещи в ПСАГБАЛ„Света София”, СБАЛАГ„Майчин дом”, IIСАГБАЛ „Шейново – клинични бази ФОЗ, МУ– София
- 250 жени, получили акушерски грижи в ПСАГБАЛ„Света София”, СБАЛАГ„Майчин дом”, II-ра САГБАЛ „Шейново” – клинични бази ФОЗ, МУ– София”

Време и място:

- Проучването е ретроспективно за 2 годишен период – от септември 2012 г. до март 2014 г. включително. Основен критерий при подбора на изследваните лица в това проучване е доброволно изявеното им желание за участие.
- Осъществено е на територията на:
  - ФОЗ на МУ - София,ФОЗ на МУ- Варна,МФ на ТУ - Стара Загора,ФЗГ на МУ - Плевен
  - ПСАГБАЛ„Света София”, СБАЛАГ„Майчин дом”, IIСАГБАЛ „Шейново – клинични бази ФОЗ, МУ– София

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Социологически методи:

➢ **Анкетен метод** – анкетно проучване за събиране, обобщаване и анализиране на информация относно мнения и оценки чрез пряка анонимна, индивидуална анкета.

Приложен е структуриран собствен въпросник, включващ анкетиране на :

- Анкета за жени-ползватели на акушерски грижи /пациентки, съдържаща 12 въпроса, касаещи удовлетвореността им от комуникативните умения на обгрижващите ги акушерки (приложение 3);
- Анкета за практикуващи акушерки в учебните клинични бази, съдържаща 15 въпроса и разглеждаща мнението им за важността и потребността от комуникативни умения в акушерската практика (приложение 4);
- Анкета за преподаватели в специалност „Акушерка”, съдържаща 12 въпроса, свързани с оценка на комуникативните умения на студентите и необходимостта от оптимизиране на обучението им в тази посока (приложение 5);
- Анкета за студенти от специалността “Акушерка” от I до IV курс, съдържаща 12 въпроса, относно оценка и самооценка на комуникативните им умения и необходимостта от допълнителни знания и умения за развитието на комуникативната им компетентност (приложение 6).

При разработване на анкетите, въпросите са съобразени с литературни данни от подобни изследвания и е взета предвид експертната помощ на специалисти от здравната и образователната практика със значителен опит.

Подготовката за провеждането на проучването се организира 2 месеца преди началото му. За целта са проведени работни срещи с цел разясняване на съдържанието на анкетите, целта и същността на провежданото проучване и необходимостта от активно участие на изследваните лица, като особено внимание се обръща на неговата анонимност.

Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Excel. Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS версия 17.0.

➢ **Полуструктурирано интервю.** В хода на провеждане на изследването е проведено интервю със студенти, преподаватели и практикуващи акушерки. Същото е използвано в съчетаване с метода на анкетирането, като интервюто е проведено след обработка на данните от анкетното проучване, въз основа на което се дава възможност за целенасочено обогатяване на информацията и по-дълбоко вникване в същността на темата.

Експертна оценка по метода Делфи, която е осъществена по отношение на разработения концептуален модел за оптимизиране на професионалната подготовка на акушерките в контекста на априорното изискване за притежаване на комуникативни умения и подобряване качеството на грижи за бременни, родилки и гинекологично болни жени.

Статистически методи:

За оценка на статистическата значимост на наблюдаваните количествени разлики в отговорите на различните групи анкетирани са използвани:

- Непараметрични анализи

  - тест за независимост на Pearson за субективните категориини данни от анкетите - изследвания коефициент χ^2 за силата на линейната връзка между две променливи

  - Метод на Mann-Whitney - за установяване на различия при независими извадки

- Параметрични анализи

  - Еднофазен дисперсионен анализ (ANOVA) - за сравнение на средно аритметични при повече от две групи

  - t-критерии на Studan Fisher – за сравняване на средно аритметични при точно две групи

Обследван е точния коефициент на Фишер за достоверност на резултатите при стойности $p < 0,05$.

- Алтернативен
- Корелационен
- Графичен и табличен анализ – сортиране на данните в комплексни таблици – кръгови, линейни и стълбцови диаграми и фигури

Системно-исторически:

- **преглед на научната литература със систематизация**;
- **документален метод** – проучени са национални и европейски нормативни документи, отнасящи се към темата, както и научна литература по изследвания въпрос.

ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Етапи на цялостния изследователски процес:

1. **Подготвителен етап**:

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата.

- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на извадката и формиране на отделните гнезда по случаен принцип.

2. **Изследователски етап** – събиране на данни:

Първата част от този етап на изследването се проведе в периода м. септември - декември 2012 г. Следван бе принципът на доброволно участие в провежданото проучване.

Втората част от етапа на изследването се проведе в периода февруари 2013 – март 2014, в градовете Варна, Стара Загора и Плевен, където се обучават акушерки.

С оглед игнориране на социалната желателност в инструкцията е отбелязано, че изследването е за научни цели. Може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока поради анонимния характер на анкетата, както и поради напълно доброволния характер на участие.

След провеждането на изследването, анкетните карти бяха събрани, а данните от тях въведени във файл с цел по-нататъшната им статистическа обработка.

3. Заключителен етап:

- Обработка, анализ на всички данни, изготвяне на изводи и препоръки;
- Разработване на концептуален модел за оптимизиране на професионалната подготовка на акушерките в контекста на априорното изискване за притежаване на комуникативни умения и подобряване качеството на грижи за бременни, родилки и гинекологично болни жени;
- Експертна оценка на създадения концептуален модел.

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Допускаме, че комуникативните умения на практикуващи акушерки и обучаваните не са на необходимото професионално ниво и пропуските в придобиването им още на образователния етап, оставят своя негативен отпечатък в продължение на цялостната професионална им реализация.

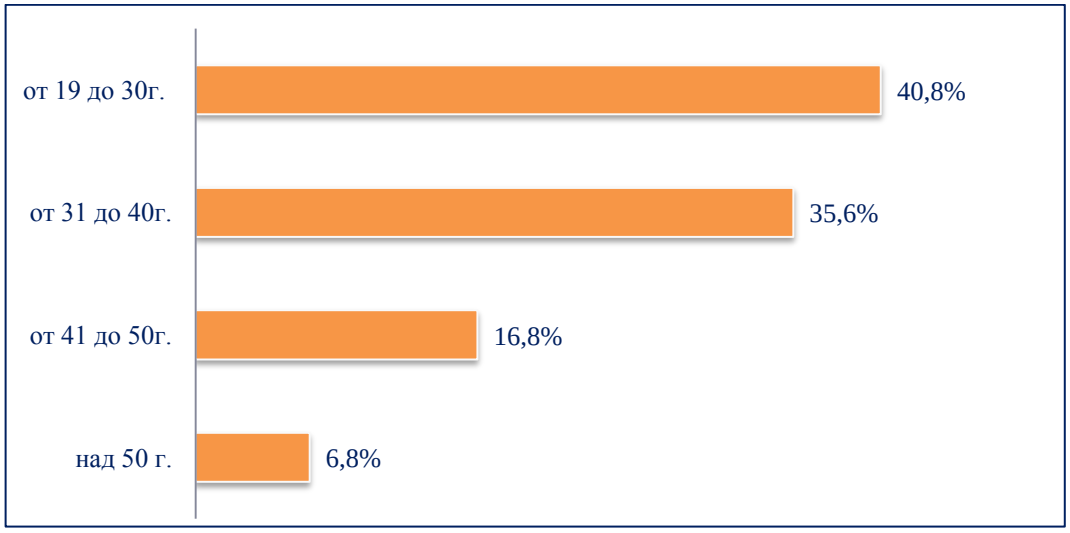
ГЛАВА ТРЕТА

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Мнение на пациентите относно ролята на комуникациите и професионалното общуване в акушерската практика

Изучаването на мнението на пациентите по отношение на професионалните комуникации с акушерките е от съществено значение за разкриването на водещи проблеми, които може и трябва да бъдат решавани своевременно. Общуването от гледната точка на пациентките има своите особености и специфика, поради което те трябва да бъдат в основата на професионалните комуникации, провеждани от акушерките.

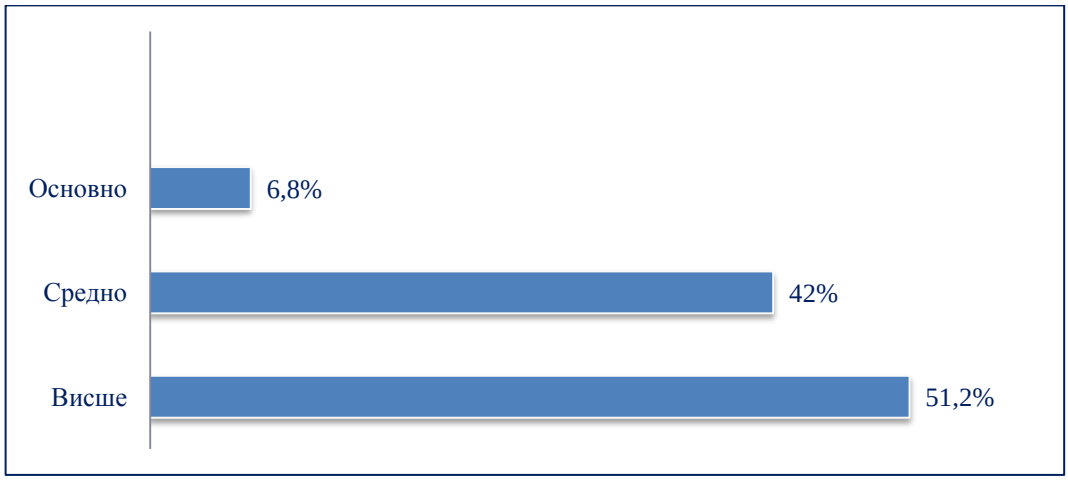
Възрастовата характеристика на анкетираните пациентки е представена на фигура 1.



Фигура 1 . Възрастово разпределение

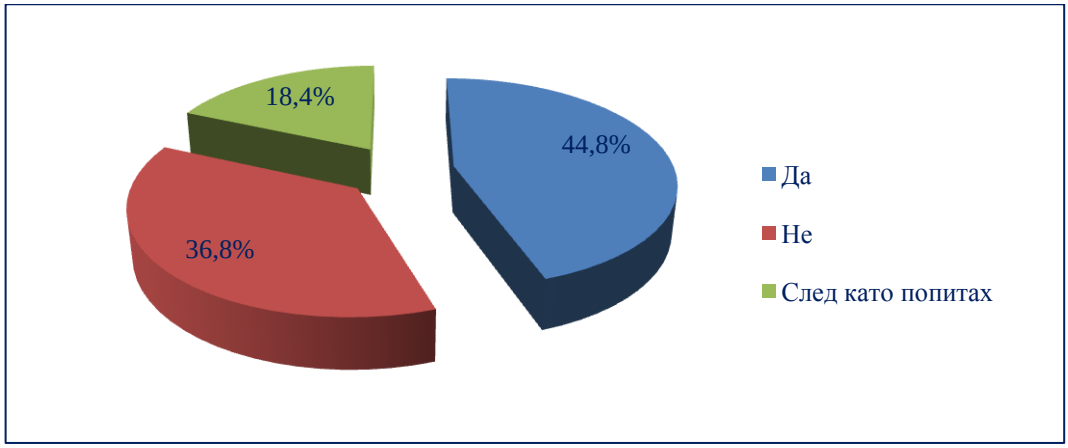
Значителна част от включените в проучването пациентки са на възраст от 19 до 30 години – това са 40,8%. На второ място с относителен дял 35,6% са тези, които на възраст от 31 до 40 години. Значително по-малко са тези, които са на възраст от 41 до 50 години – 16,8 и над 50 години – 6,8%. Това се дължи до голяма степен на факта, че жените изпълняват своята репродуктивна дейност основно до 30 годишна възраст и това е по-големият контингент, за който акушерките полагат грижи. Бременните жени и родилките са здрави

млади жени и имат определени очаквания от комуникацията с акушерките, както и определени нагласи, които са формирани в резултат на съществуващите традиции в акушерската практика.



Фигура 2. Степен на образование

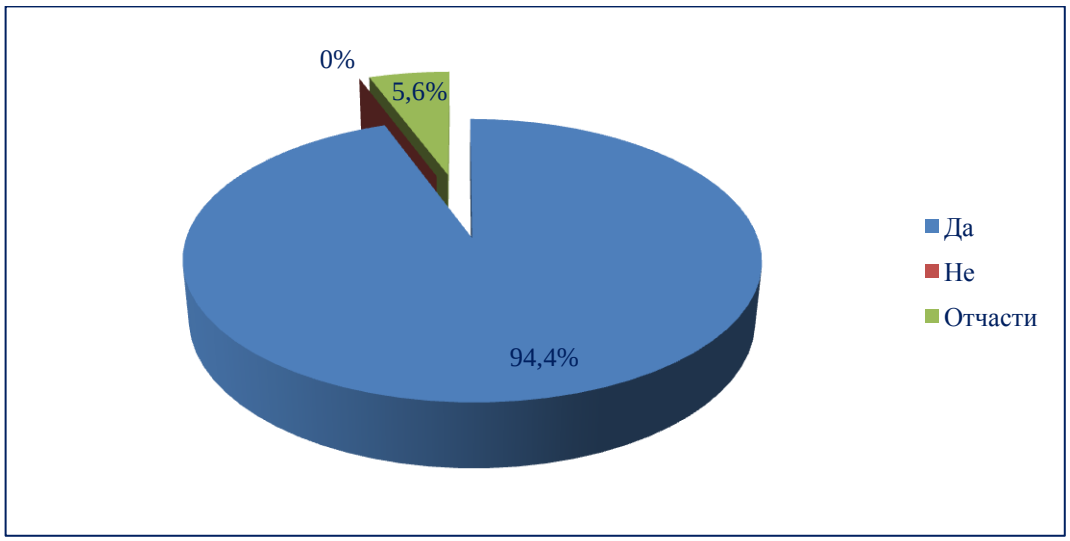
Резултатите от анализа на образователната степен на пациентите (фиг.2) показват, че пациентите с висше образование са значителен брой (51,2%), следвани от пациентите със средно (42%). С основно образование сформират 6,8% от извадката. Трябва да се има в предвид, че по-високата степен на образование на жените - ползватели на акушерски грижи е предпоставка, от една страна, за по-големи изисквания от пациентката при професионалното общуване с акушерката, а от друга страна - предполага по-ефективна комуникация между тях.



Фигура 3. Представяне и запознаване на акушерката при първа среща с пациентка

Акушерската практика изисква създаването на добри условия за комуникация, както и доверие между акушерката и жената – бременна или пациентка с гинекологични проблеми, които могат да бъдат постигнати, когато е показано уважително отношение и представяне. Изграждането на взаимна връзка и общуване трябва да започва със запознаване, базирано на професионалното поведение на акушерката.

Получените данни относно първото впечатление, запознаване и представяне на акушерката, показват един важен аспект в акушерските грижи, който не се отразява благоприятно на професионалното общуване с пациентките, когато липсва. Положителен отговор на въпроса „*Представи ли Ви се акушерката, която се грижеше за Вас по време на престоя Ви в болничното заведение?“* са посочили по-малко от половината анкетирани жени – 44,8%. Прави впечатление, че отрицателен отговор са посочили не малка част от тях – 36,8%. Пациентки, на които акушерката се е представила, но след като са я попитали, са 18,4% (фиг.3).

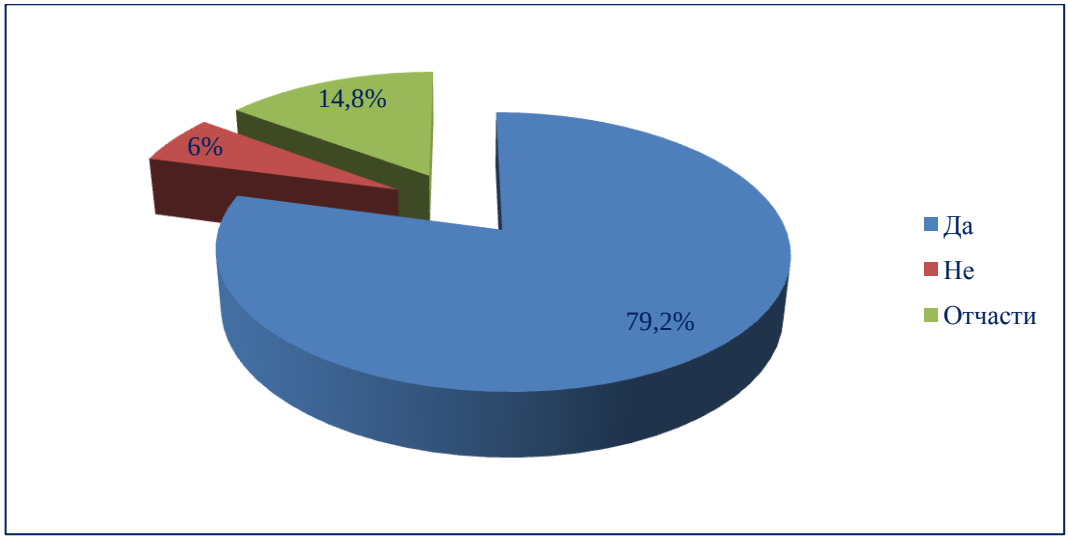


Фигура 4. Мнение на анкетираните относно комуникационните умения и добрите взаимоотношения в акушерството

Резултатите, отразени на фигура 4, показват, че според мнението на 94,4% от жените, на които се налага да получават акушерски грижи, комуникативните умения на професионалистите са определящи за създаването на добри взаимоотношения между тях и акушерките. Трябва да се обърне

внимание, че на въпроса до каква степен комуникативните умения благоприятстват осъществяването на по-добри взаимоотношения между акушерката и пациента няма посочени отрицателни отговори. Едва 5,6% от пациентките считат, че това е само отчасти. Действително по време на акушерските грижи, дейности и манипулации, уменията на една акушерка да провежда разговор с пациентката заема водещо място за нейното предразполагане, за да сподели с акушерката всички проблеми, които има, и всички въпроси, които иска да зададе към нея. Констатира се слаба зависимост с резултата от анализа на същия въпрос, зададен и на акушерките ($x^2 = 2,695$, $p > 0,05$), което показва, че и пациентите и акушерките отчитат еднакво необходимостта от формиране и развиване на комуникативни умения, спомагащи за добрите взаимоотношения в акушерските грижи.

В процеса на обучение по акушерски грижи е важно да се развият тези умения на студентите, които ще им позволят да се изградят като компетентни професионалисти, притежаващи не само практически умения, но и професионални комуникативни способности за оказване на качествени акушерски грижи.

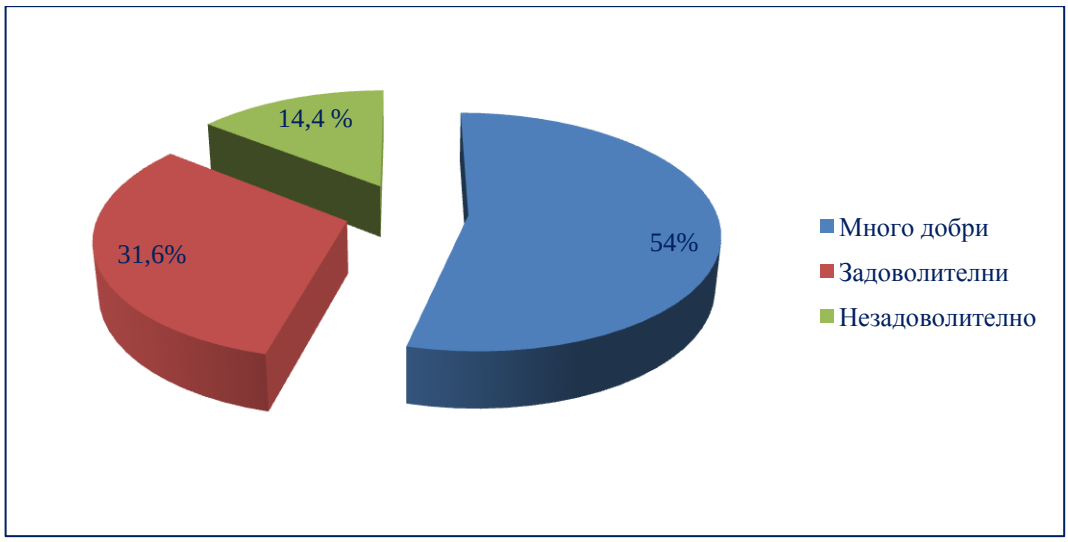


Фигура 5. Удовлетвореност от уменията на акушерките за общуване

Относно удовлетвореността на пациентките от уменията на акушерките да осъществяват комуникация с тях (фиг.5), значителна част от анкетираните

лица – 79,2% посочват, че са удовлетворени. Отрицателно са отговорили само 6% от анкетираните, а отговор „отчасти“ са посочили 14,8%. Доколко тези отговори са напълно обективни, също е въпрос на анализи и обсъждане, тъй като често пациентките отговарят на тези въпроси положително, а след това дават примери, в които изразяват определено недоволство, несъгласие или определена степен на неудовлетвореност от общуването си с акушерката.

Наличието на отговори, които показват неудовлетвореността на пациентките, изисква да се търсят причините за това и да се поставят ясни и точни критерии, когато се говори за професионални комуникационни умения. Бременните жени са особено чувствителни по отношение на общуването и комуникацията с тях, поради което е важно акушерките да могат да отговорят на техните очаквания.



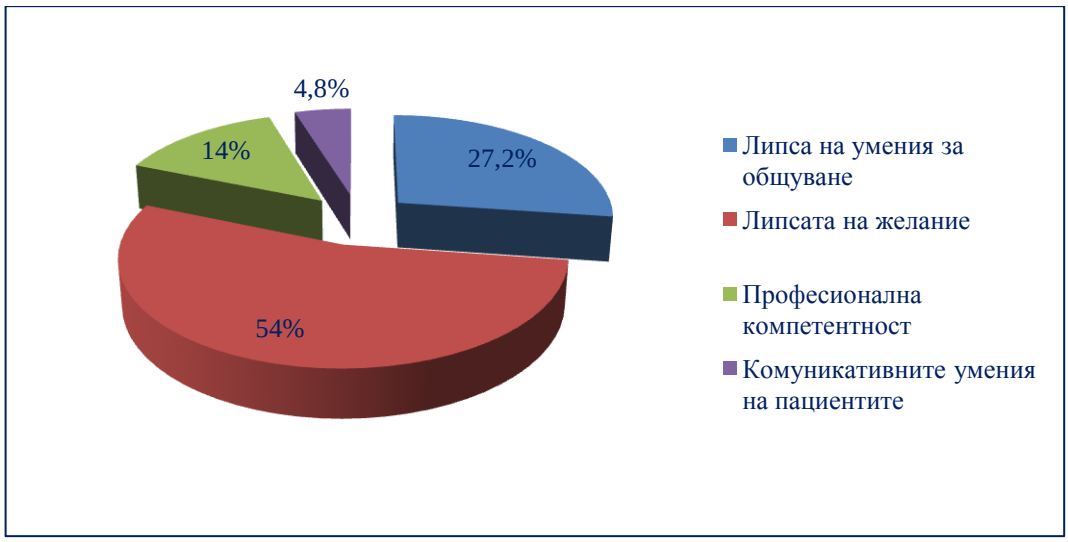
Фигура 6. Оценка на комуникативните умения на акушерките

Независимо, че значителна част от пациентките посочват, че са удовлетворени от уменията на акушерките за общуване, прави впечатление, че когато се изисква от тях да направят оценка на осъществените професионални контакти, тя е е значително по-критична (фиг.6). На въпроса *„Как бихте оценили комуникативните уменията на акушерките, които са Ви обслужвали?“* „много добра“ оценка поставили едва половината от анкетираните – 54%; „задоволителна“ оценка са посочили около 1/3 от

анкетираните, а „незадоволителна“ оценка – 14,4%. Тези резултати показват, че според пациентките, акушерките не показват особено добри умения свързани с общуването.

В сферата на здравните грижи общуването се подценява от самите професионалисти и не се приема като значима част от тяхната професионална дейност. За пациентите, обаче, провеждането на тези разговори, получаването на информация, както и изслушването са също толкова важни, колкото и провеждането на лечение, изследвания и медицински процедури.

Формирането на професионални умения за общуване в акушерството все още не се явява приоритетна цел. Това е една от причините, обуславящи снижаване качеството на акушерските грижи и авторитета на акушерската професия.



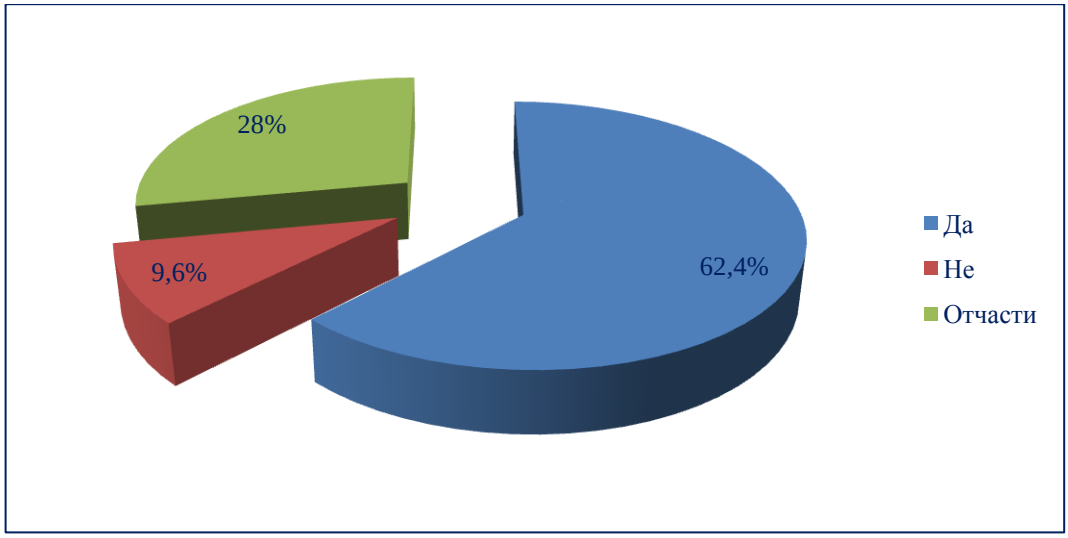
Фигура 7. Мнение на пациентите относно проблемите в медицинската комуникация

Анализът на резултатите от изследването установява, че основните проблеми на комуникацията в медицинската практика на акушерките, според жените-респонденти се дължат на *липсата на желание* за тяхното осъществяване (фиг.7). Този отговор е посочен от повече от половината анкетирани пациенти – 54%. Близо 1/3 от тях посочват като отговор *липсата на умения* за общуване. Според 14% от анкетираните, проблемите произтичат от дефицита на комуникативна компетентност на медицинските специалисти,

докато 4,8% считат, че тези проблеми са свързани с комуникативните умения на пациентите.

Тези резултати насочват към един съществен проблем, който съществува в практиката на здравните грижи – липсата на време и желание да се общува с пациентите. Обикновено се счита, че голямата заетост и натовареност на специалистите е причина да не се акцентира върху комуникацията като част от цялостния процес на грижите.

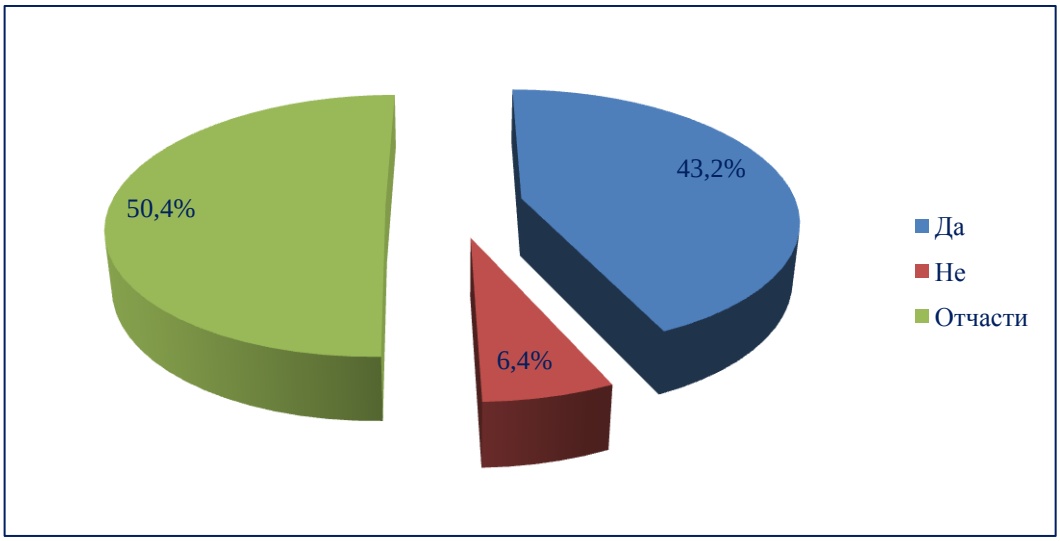
Анализът на резултатите очертава необходимостта академичната подготовка на студентите и следдипломното обучение на акушерките да се насочат към преодоляване на тези проблеми като значим компонент на съвременната акушерска практика, в която комуникацията изпълняват своята важна функция.



Фигура 8. Липсата на време и на персонал, като пречка за добрата комуникация

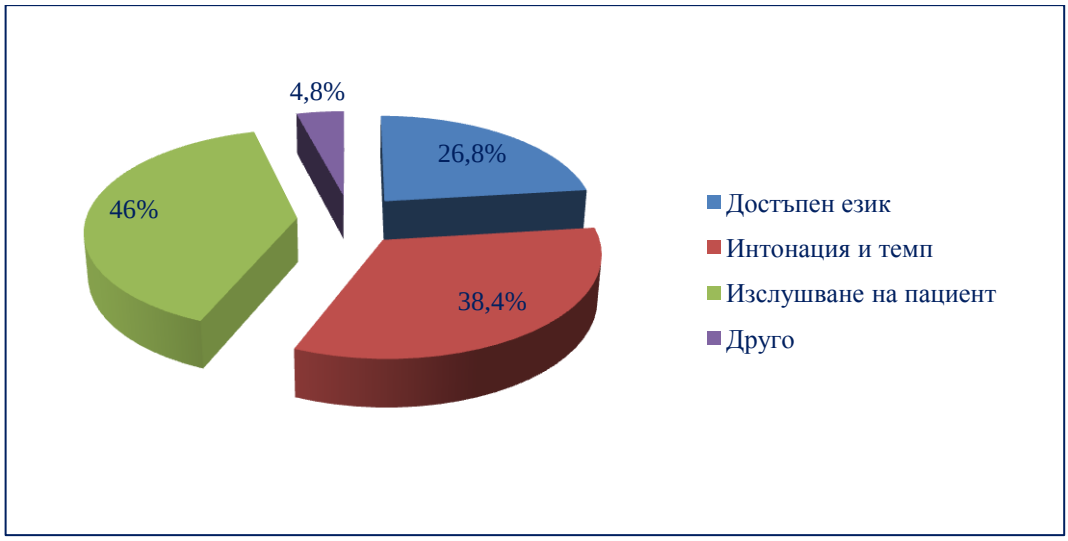
Данните от въпрос № 5 от анкетата (фиг. 8) показват, че според 62,4% от анкетираните пациенти, липсата на време и на персонал са причина за дефицит в професионалната комуникация. Отговор „отчасти“ са посочили около 1/3 от анкетираните, а отрицателен отговор – 9,6%. Въпреки преобладаващото мнение, че липсата на персонал и на време са причини за непълноценните комуникации, от получените данни става ясно, че не само това са основните

причини. Пациентите считат, че за комуникационните проблеми има и други съществени фактори, произтичащи от нерентабилно разпределение на времето.



Фигура 9. Достатъчност на информацията на пациентките свързана с тяхното състояние

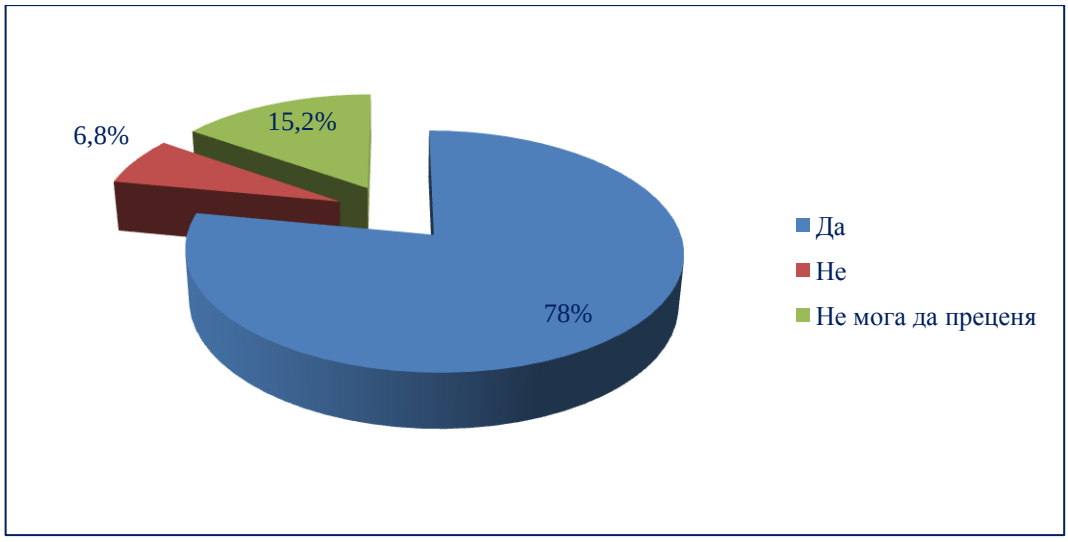
На въпроса „*Достатъчна ли е информацията, която акушерките Ви предоставят?*”, едва половината (50,4%) от анкетираните лица отговарят положително. Значителен относителен дял заема отговор „отчасти“, който посочват 43,2% от респондентите. Отрицателно са отговорили само 6,4% от анкетираните. Видно е от резултатите, че пациентките не получават достатъчна информация от акушерката по отношение на състоянието и проблемите на бременността си или грижите за заболяването (фиг.9). Общуването по смислен и разбираем за пациента начин помага за вземането на информирани решения за собственото му здраве или за здравето на детето му (включително неродените деца). Но трябва да се има впредвид, че регламентираните професионални компетенции на акушерките определят рамките на техните професионални отговорности и за всяка една ситуация акушерката трябва да знае каква информация има право да даде на пациентката и каква няма право.



Фигура 10. Предпоставки за успешна комуникация

В изследването е проучено мнението на пациентките за подобряване на професионалното общуване в акушерската практика. В препоръките, които те дават за осъществяване на успешна комуникация в акушерската практика (фиг.10), първо място заема „*изслушването на пациента*“ - 46%. Данните и от други проучвания, дискутирани в теоретичната част на разработката, определят дефицита на това комуникативно умение като съществен проблем на медицинските грижи у нас. За съжаление в България патерналисткият модел (висок контрол на медицинския специалист и нисък на пациента) е всеобщ, с малки изключения. Наблюдава се демонстрация от страна на оказващия здравни грижи на висок социален и образователен статус чрез вербално и невербално поведение, поемане на решения и рискове, несподелени с пациента, но отнасящи се, разбира се, до неговото здраве, неуведомяване за съществуването на алтернативни възможности за лечение, налагане на схема на поведение при лечението, липса на каквото и да било обяснение или обсъждане на диагнозата и лечението. Приема се, че пациента трябва само да слуша, но никой не си поставя за цел да му предостави възможност да говори и да бъде изслушан. Съблюдаването на принципа за комуникация, поставяща в центъра пациента, е явно пренебрегвана част в медицинската практика и в частност – акушерската.

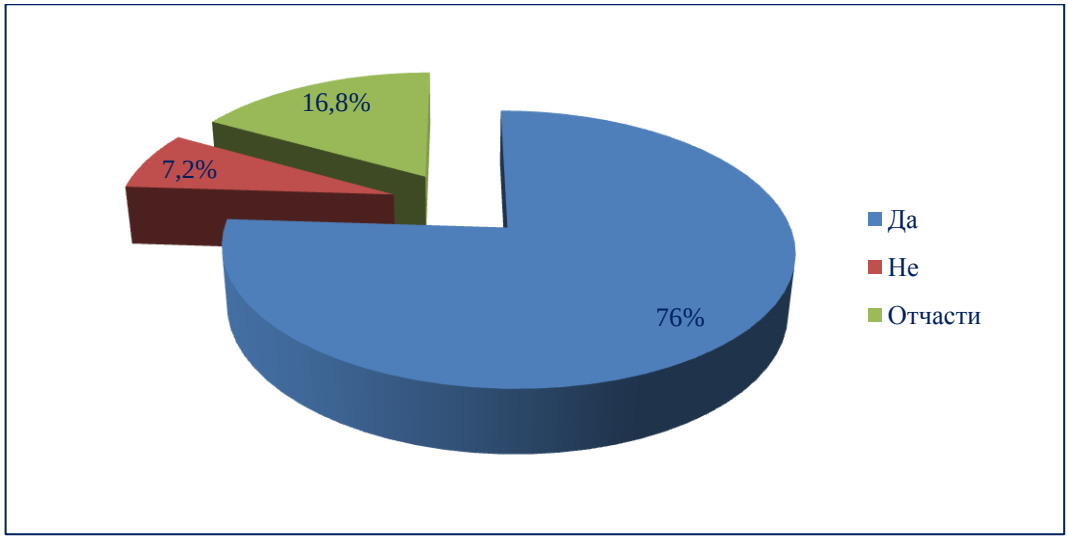
На второ място е поставена „*интонацията и бързината на говорене”* - 38,4 %. Чрез интонацията на вербалната реч много често медицинските специалисти показват неуважително отношение към пациентите. Бързото говорене е сериозен проблем за комуникацията. Речта на акушерката трябва да бъде изразителна, правилно интонирана, разнообразна, за да има положително въздействие върху пациентката. За повече от ¼ от жените-респонденти трета по важност препоръка към комуникативните умения на акушерките е „*използването на достъпен, разбираем език”* – 26,8%. Необходимо е овладяването на професионална комуникация, съответстваща на пола, образованието, възрастта, образователния ценз, култура, етническа принадлежност на ползвателите на акушерски грижи. Нарушената устойчивост и концентрация на вниманието при голяма част от пациентите не им позволяват да разберат и дори да чуят какво им се казва по отношение на състоянието им, изследвания, терапия или друга информация. При общуването на акушерката с бъдещата майка това важи в още по-голяма степен, поради обстоятелството, че по време на бременността жената е емоционално лабилна и склонна към по-силни емоционални реакции. Нивото на тревожност на пациентката може да се отрази на способността й да се концентрира и осмисли информацията, давана й от акушерката.



Фигура 11. Комуникативните умения като критерии за постъпване на работа според пациентите

Според мнението на 78% от анкетираните жени-ползватели на акушерски грижи, комуникативните умения трябва да са един от основните показатели при назначаване на акушерките на дадено работно място. Отрицателен отговор, както и отговор „не мога да преценя“ са посочили една незначителна част от респондентите (фиг.11). Получателите на акушерска помощ се нуждаят от пълноценни професионални грижи и внимание към техните потребности, страхове и страдания. Това именно Балинт нарича „лекарството лекар” – сигурността, че си при тези, които ще положат пълноценни грижи и имат компетентност да ти помогнат.

Резултатите от отговорите показват, че в повечето случаи жените имат доверие на акушерката в нейната професионална компетентност, но и изискват от нея осъществяване на ефективно професионално общуване, основано на личната грижа към човека, изразена в отношение на внимание, съчувствие, емоционална топлота, зачитане и подкрепа. Уменията за общуване е подходящо да бъдат поставени като приоритет при провеждане на конкурси и при подбор на персонал за работа с бременни жени, родилки и гинекологично болни жени.

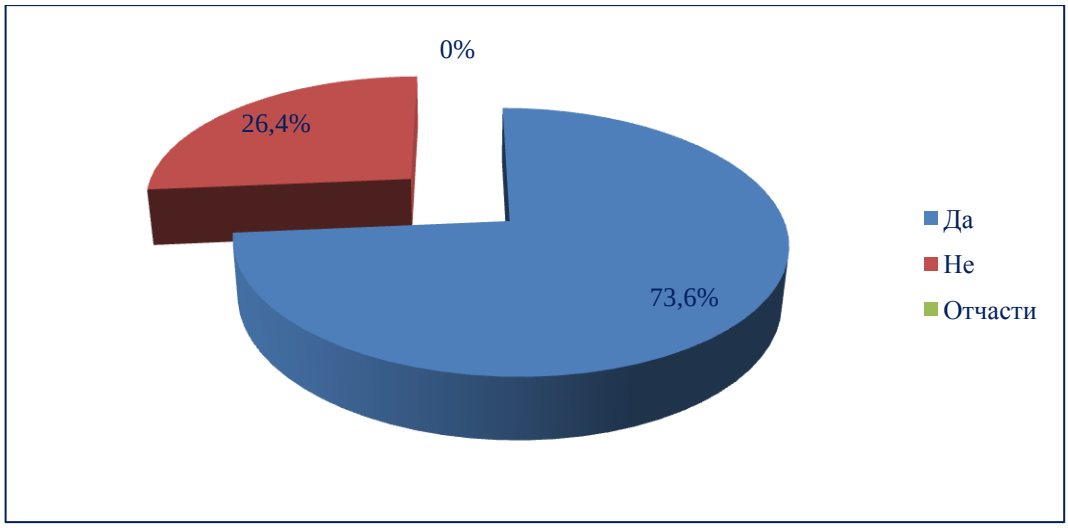


Фигура 12. Необходимост от подобряване на обучението на акушерките относно комуникационните умения

Отговорите на въпроса: *„Необходимо ли е според Вас да бъде засилена подготовката по комуникативни умения при обучението на акушерките в*

Медицинския университет?“ почти съвпадат с данните, получени и на предходния въпрос. Повече от 2/3 от жените-респонденти (76%)категорично подчертават необходимостта от подобряване на обучението в насока професионална комуникация (фиг.12). Това недвусмислено потвърждава мнението на пациентите, че значимо място в професионалните компетенции на акушерките заемат техните комуникативни умения. Обучението на акушерките през последните години беше съществено променено, но въпреки това акцентът все още не е поставен върху овладяването на професионалната комуникация. В учебната програма фигурират въпроси, касаещи професионалните комуникации, но те са по-скоро от общ характер. Подходящо е в академичната подготовка на акушерките да се задълбочи обучението в модели на терапевтично поведение /и подобряване на невербалния и вербалния стил на комуникация *акушерка- екип - пациент* / на базата на рефлексивна практика и усвояването на адекватни психологични подходи за прилагане на пациент - центрирания подход, чието подценяване рефлектира негативно върху качеството на акушерските грижи.

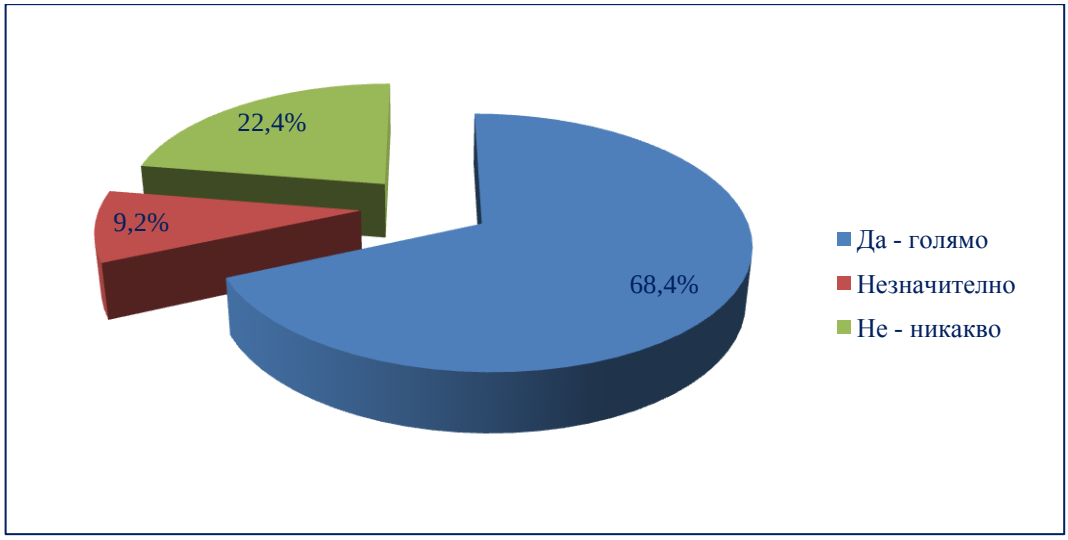
Добрите комуникации между пациентите и медицинските специалисти са гаранция за създаването на добри отношения между тях и за изграждането на доверие, което е особено важно в акушерската практика.



Фигура 13. Доверие на пациентите към акушерките

От анализа ясно личи, че пациентите в по-голямата си част, се доверяват на акушерките, които са поели отговорността за грижите към тях. Но има и не малка част – 26,4%, според които такива взаимоотношения на доверие не се създават (фиг.13). Причините трябва да се търсят действително в комуникацията между акушерка и пациент. По време на раждане е крайно необходимо родилката да има пълно доверие на акушерката и да може да сподели с нея всичко, което я вълнува.

Акушерската практика е особено специфична област на медицината, при която се създават условия за споделяне на конфиденциална информация и за изграждане на доверие, основаващо се на професионалните умения на акушерката. Важно условие е акушерката да умее да общува професионално и да предразположи жената към изграждането на взаимно доверие.



Фигура 14. Значение на невербалната комуникация в акушерските грижи според пациентките

Според значителна част от анкетираните пациентки – 68,4%, елементите на невербалната комуникация имат съществено значение. В общуването между акушерките и жените, освен вербалната реч, значителен дял заема несловесната (невербална) комуникация. Жестовете, мимиките, погледите, интонацията на гласа са основен компонент за изграждане на взаимно доверие и атмосфера на спокойствие.

Прави впечатление, обаче, че за повече от 1/5 от жените-респонденти, невербалната комуникация няма значение (фиг.14). Може би това се дължи, от една страна, на социалния и образователен статус на част от отговорилите. а от друга, на разбирането на тази малка част от анкетираните, че сериозните проблеми, пред които е изправена една бременна жена или родилка изискват преди всичко прояви на професионалните практически умения на акушерката.

3.2. Комуникациите в акушерската практика от гледната точка на акушерките

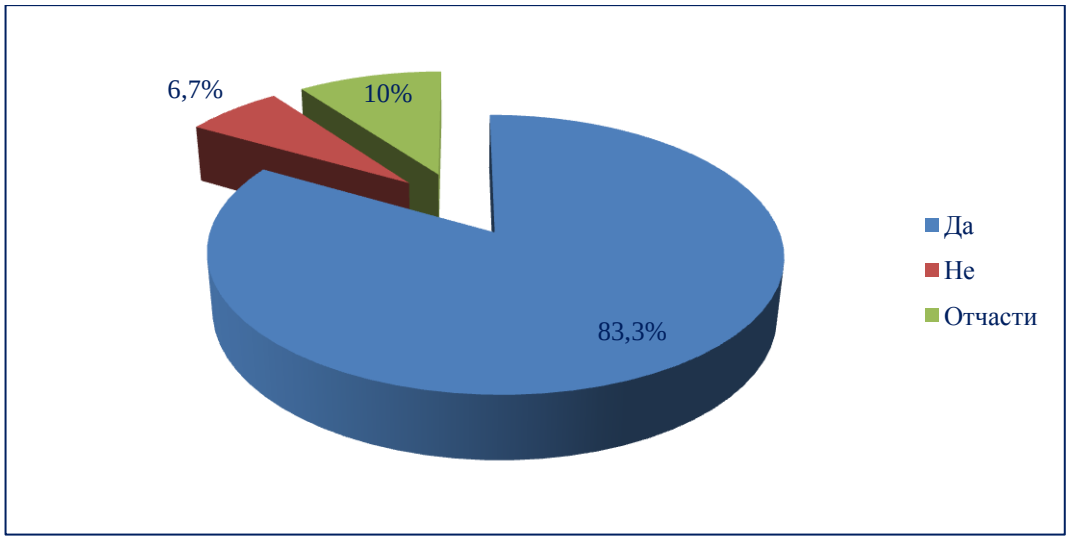
Анализът на възрастовата характеристика на включените в проучването акушерки показва, че средната възраст на анкетираните е 41 години, като най-голям е относителният дял на тези, които са на възраст от 41 до 50 години – 34,7%. Близо една трета от акушерките са на възраст от 31 до 40 години. Най-малко са тези на възраст от 24 до 30 години. Над 50 годишна възраст са близо 1/5 от анкетираните (табл.1).

В последните години се забелязва застаряване на работещите в системата на акушерските грижи медицински специалисти, което е вследствие, от една страна, на малкото желаещи да се обучават в това професионално направление и от друга, че младите новозавършили кадри, предпочитат да работят в чужбина.

Таблица 1. Сравнителен анализ на възрастовите характеристики и професионалния стаж на акушерките

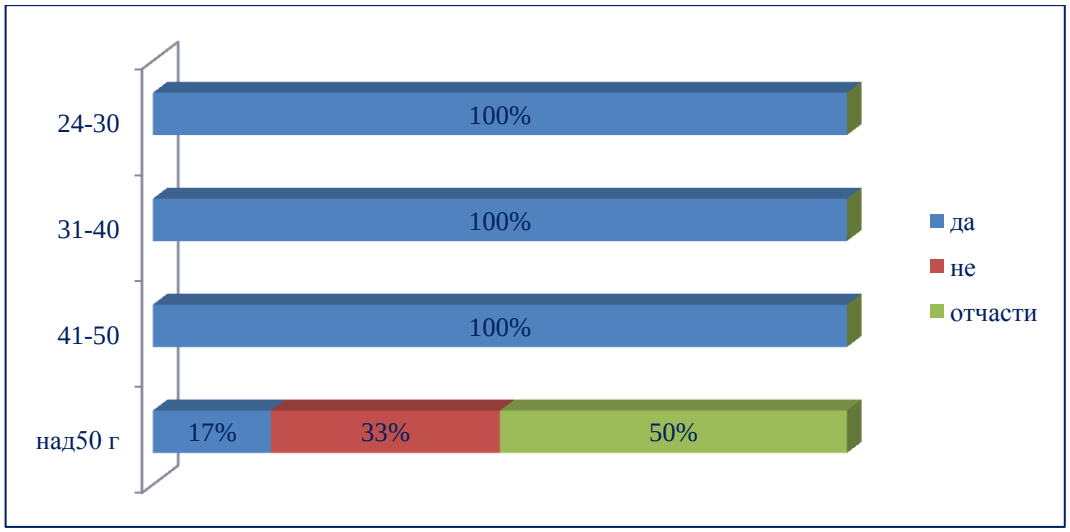
Възраст на акушерките			**Акушерски трудов стаж**		
Ср. Възраст (± SD) 41г ± 7м	**Брой**	**%**	**Среден стаж (± SD) 14г ± 2м**	**Брой**	**%**
24-30 год.	23	15,3%	**1-3 год.**	23	15,3%
31-40 год.	45	30,0%	**4-10 год.**	35	23,3%
41-50 год.	52	34,7%	**Над 10 год.**	62	41,4%
Над 50 год.	30	20%	**Над 20 год.**	30	20%

По отношение на професионалния трудов стаж на респондентите се забелязва, че по-големия относителен дял се пада на акушерките със стаж над 10 години – 41,4%, след тях са групата със стаж до 10 год. - 23,3%. Най-малък е делът на анкетираните със стаж от 1-3 години. Средния трудов стаж на акушерките е 14 години (табл.1).



Фигура 15. Положително влияние на комуникативните умения за взаимоотношенията акушерка-пациентка

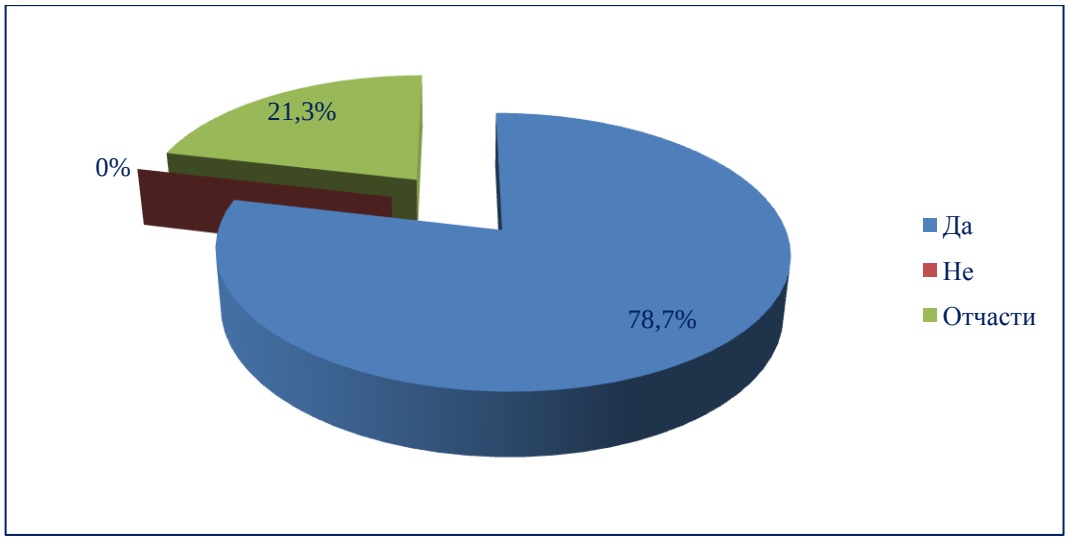
В обобщения анализ за мнението на анкетираните акушерки относно влиянието на комуникативните умения за създаване на добри взаимоотношения с жените-потребители на акушерски грижи, определено трябва да се подчертае, че по-голямата част от тях – 83,3% - са напълно съгласни, че комуникативните умения имат много съществена роля при създаването на добри взаимоотношения между акушерката и пациентката. Отрицателно са отговорили само 6,7%, а отговор „отчасти“ са посочили 10% от анкетираните (фиг.15). При сравнителен анализ с резултатите на същия въпрос от анкетата на пациентите – респонденти, не се наблюдава статистически значимо различие ($x^2 = 2,692$ $p>0.05$), което показва, че и акушерките и пациентите имат близко становище за значимата роля на комуникативните умения в акушерските грижи. И това е така, защото акушерската практика се основава не само на професионалните компетенции на акушерката, но в повечето случаи се създават взаимоотношения, които определят както поведението на пациентката, така и нейната удовлетвореност от акушерските грижи.



Фигура 16. Разпределение на мнението на акушерките съобразно трудовия им стаж, относно ролята на комуникативните умения за създаването на добри взаимоотношения между акушерката и пациентката

От анализа на фигура 16 е видно, че има статистически значима разлика (*Phi=0,894, p<0,05*) по отношение мнението на по-младите на възраст акушерки и тези над 50 годишна възраст. Всички респонденти (100%) на възраст до 50 години, отговарят положително относно ролята на комуникативните умения за създаването на добри взаимоотношения между тях и жените, за които полагат акушерски грижи. Прави впечатление, че 33% от по-възрастните акушерки не смятат, че професионалното общуване е предпоставка за създаване на добри взаимоотношения, а 50% - че има роля - „отчасти". Най-малкият относителен дял се пада на тези, които са на мнение, че комуникативните умения нямат никакво значение (фиг.16).

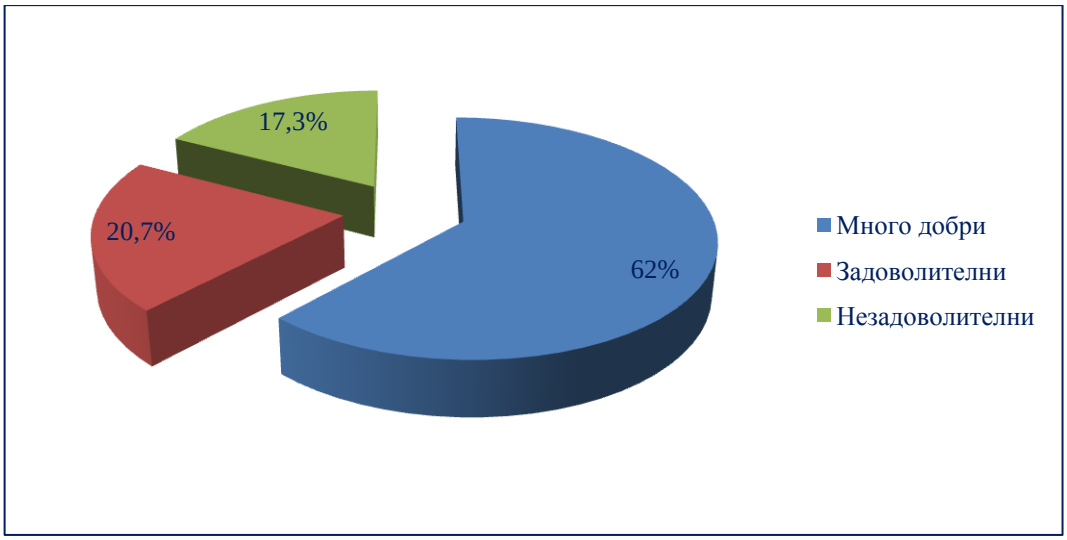
Може да се предположи, че това се дължи на факта, че по-възрастните акушерки отчитат професионалните си компетенции и рутината в работата си като по важен аспект в обгрижването на жените – бременни, родилки и гинекологично болни. Уменията на акушерката да разговоря с пациентката и да й предоставя информацията, от която тя има нужда, са гаранция за изграждането на взаимоотношения в професионалните акушерски грижи.



Фигура 17. Самооценка на акушерките за комуникативни им умения допринасящи за по-голямо доверие на пациентките към тях

Според по-голямата част от анкетираните акушерки – 78,7%, изградените и формирани у тях умения за професионално общуване, допринасят съществено за доверието на пациентките им. Отрицателен отговор на този въпрос не е посочен от респондентите, но отговор „отчасти“ са избрали 21,3% от анкетираните (фиг.17). Изследвана е зависимостта между тези резултати и мнението на жените, получили акушерски грижи. 94,4% от анкетираните пациентки оценяват по-високо необходимостта от комуникативни умения за спечелването на доверието им и по метода на Ман - Уитни е отчетена статистически значима разлика между тяхното мнение и акушерките респонденти ($u=16745, p< 0,05$).

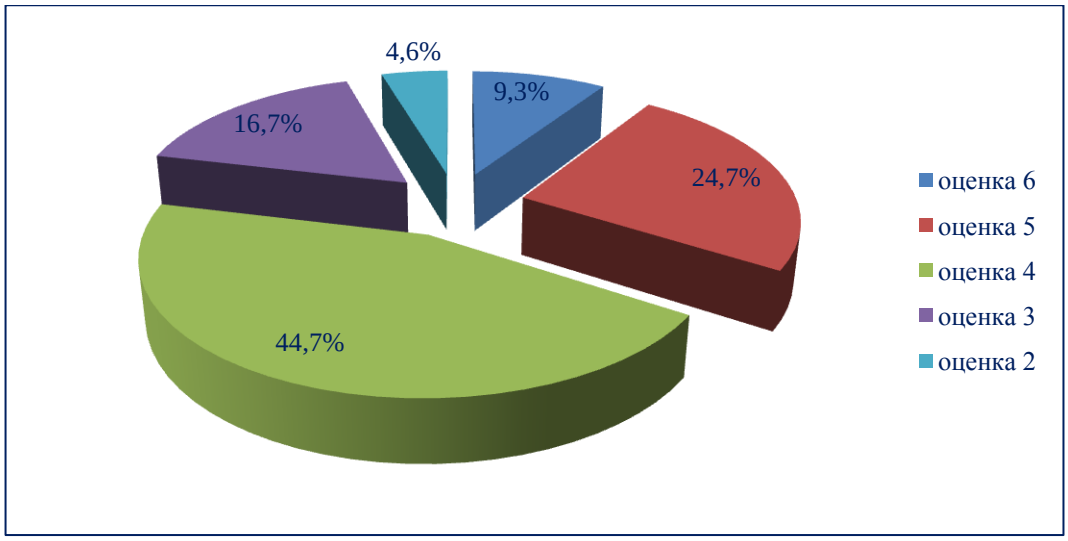
Предразполагането на пациентката и спечелването на нейното доверие са основни елементи от акушерските грижи. Много често раждащата жена има изразена потребност от внимание, разбиране и подкрепа за споделяне на преживяванията ѝ в момента на раждането. Важен акцент в дейността на акушерката е професионалната комуникацията с пациентката, като манипулациите и процедурите са последващи в акушерския процес.



Фигура 18. Оценка на акушерките относно комуникативните умения на колегите им

Оценката на акушерките по отношение на комуникативните умения на колегите им показва следните резултати: като „много добри“ са оценени комуникационните умения на акушерките от 62%, като „задоволителни“ – 20,7% и „незадоволителни“ – от 17,3% от анкетираните. Тези резултати определено показват една висока критичност от страна на акушерките и необходимост от развитие на умения за комуникация (фиг.18).

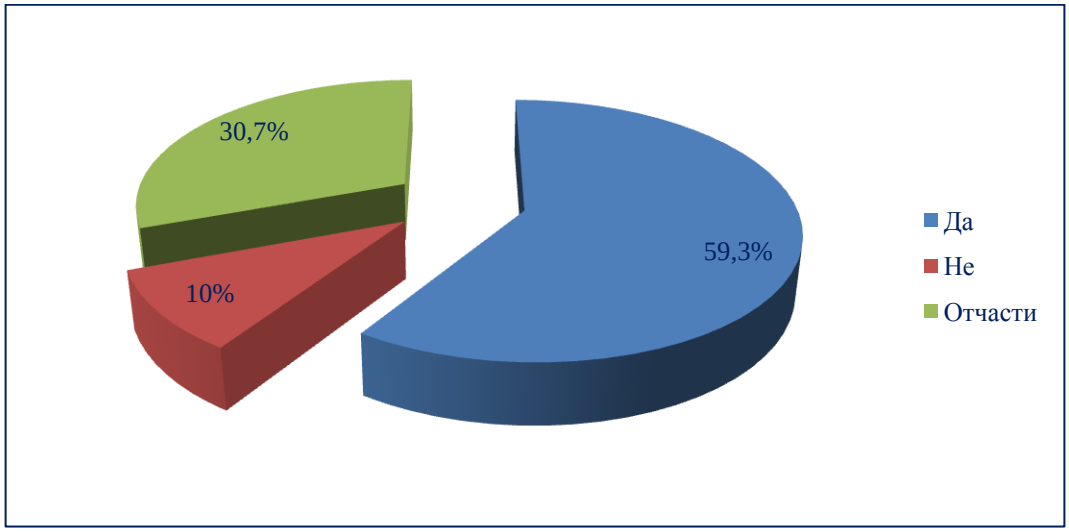
Натрупването на опит в практиката не винаги може да бъде гаранция за развиване на комуникационните умения, ако това не се осъществява целенасочено.



Фигура 19. Оценка на комуникативните умения на новопостъпилите акушерки

По-голямата част от анкетираните акушерки– 44,7% поставят оценка „добър 4“ на комуникативните умения на новопостъпилите акушерки, оценка „много добър 5“ са поставили ¼ от анкетираните, оценка „среден 3“ са поставили 16,7% от акушерките, оценка „отличен 6“ са посочили едва 9,3%, а „слаб 2“ – 4,6%. Тези резултати определено показват, че новоназначените акушерки не притежават необходимите комуникационни умения, за да се справят с функциите и задачите на акушерката (фиг.19).

Независимо от извършените промени в обучението на акушерките, явно те все още не са добре подготвени и обучени за осъществяване на необходимите професионални комуникации с пациентките.

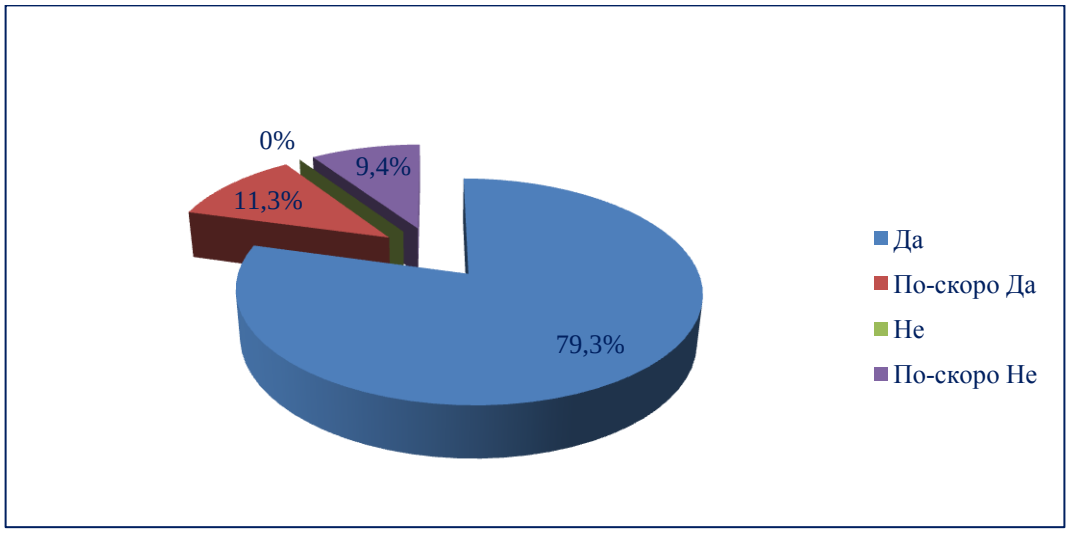


Фигура 20. Неефективна комуникация при новоназначените акушерки поради недостатъчни комуникативни умения

Положителен отговор на това съждение са посочили 59,3% от анкетираните. Отрицателен отговор са избрали 10% от акушерките, а отговор „отчасти“ – 30,7% от респондентите. Получените данни съвсем резонно отчитат незначителна корелация ($x^2=1,986,\ p>0,05$) с анализа на предишния въпрос, че оценените новоназначени акушерки с недостатъчни комуникативни умения, довеждат и до неефективната комуникация с пациентките (фиг.20).

В акушерската практика комуникациите са един от основните фактори за постигане на ефективни резултати, поради което липсата на комуникативни

умения се отразява съществено върху работния процес, независимо от спецификата на секторите в акушерството.



Фигура 21. Мнение на акушерките относно водещата роля на университета за формиране на комуникационни умения

Според акушерките, академичната подготовка има водеща роля за формирането на комуникативните умения на студентите – 79,3%. По скоро „да“ са посочили 11,3% от респондентите, а 9,4% - по скоро „не“. Напълно отрицателни отговори няма посочени, което показва реално, че в университета студентите имат възможност да се обучават и да развиват конкретни комуникативни умения, които са им необходими, за да изпълняват на високо ниво професионалните си функции (фиг.21).

Програмите за обучение в университетите трябва да предоставят на студентите възможности да развиват своите професионални умения чрез различни и допълнителни форми на обучение. Освен това университетските структури трябва да предлагат и различни програми за обучение, които да се предлагат като следдипломно обучение за тези, които считат че не са добре подготвени по определени теми или професионални области.

Таблица 2. Сравнителен анализ на самооценките на акушерките за комуникативните им умения при:

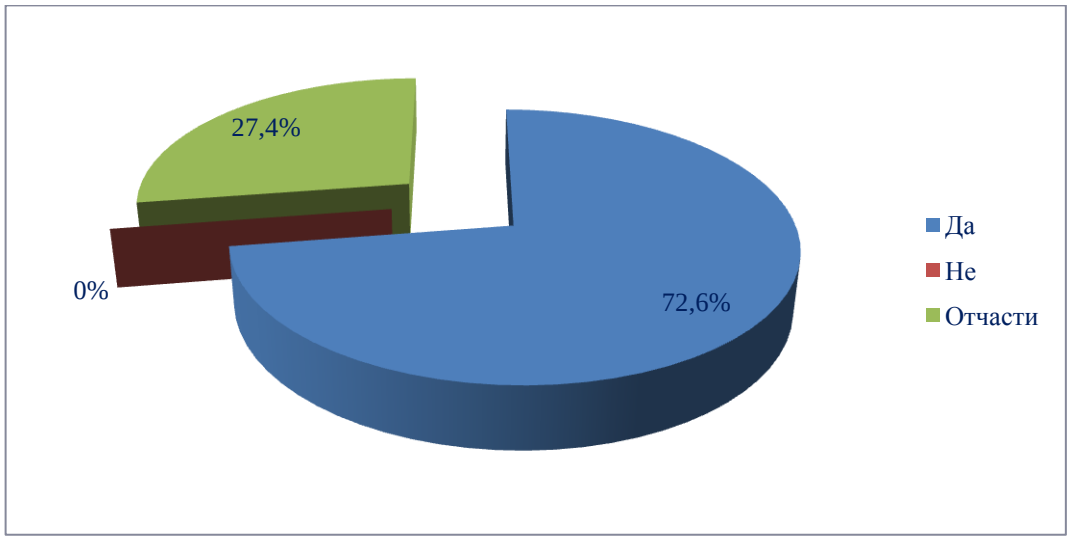
Оценка	**Общуване с пациенти**		**Общуване с близките на пациентите**		**Общуване с колегите в мед. екипи**		**Общуване със своите ръководители**	
	Брой	**%**	**Брой**	**%**	**Брой**	**%**	**Брой**	**%**
Отличен 6	119	79,4%	76	50,6%	146	97,4%	79	52,7%
Мн. добър 5	31	20,6%	60	40%	4	2,6%	65	43,3%
Добър 4	-	-	14	9,4%		-	6	4%
Среден 3	-	-	-	-		-	-	
Слаб 2	-	-	-	-		-	-	
Ср. оценка($\bar{x}$)	**5,79**		**5,41**		**5,97**		**5,48**	
P > 0,05								

Средно аритметичните резултати ($\bar{x}$), (табл.2) показват, че не съществуват статистически значими разлики в самооценките на акушерките за общуването им в професионалната сфера. Анкетираните акушерки оценяват с „отличен 6“ комуникативните си умения относно общуването с колегите в екипите, както и при общуването с пациентите. Оценка „много добър 5“ те поставят на общуването си с близките на пациента и със своите ръководители. Оценки „добър 4“, „среден 3“ и „слаб 2“ почти няма посочени от респондентите. Процесът на комуникация между акушерките и пациентите, от една страна, и между самите акушерки, от друга, има твърде разнородни измерения. Поради това медицинският персонал трябва да умее не само да осъществява преки контакти с отделните пациенти, техните близки и екипа, но и много добре да познава механизмите на формиране на междуличностните отношения.

При направена съпоставка с оценката на пациентките-респонденти за уменията на акушерките за професионално общуване се установява статистически значима разлика *(u=13442, p<0,05*). Според половината от пациентките, комуникативните умения на акушерките са „задоволителни”.

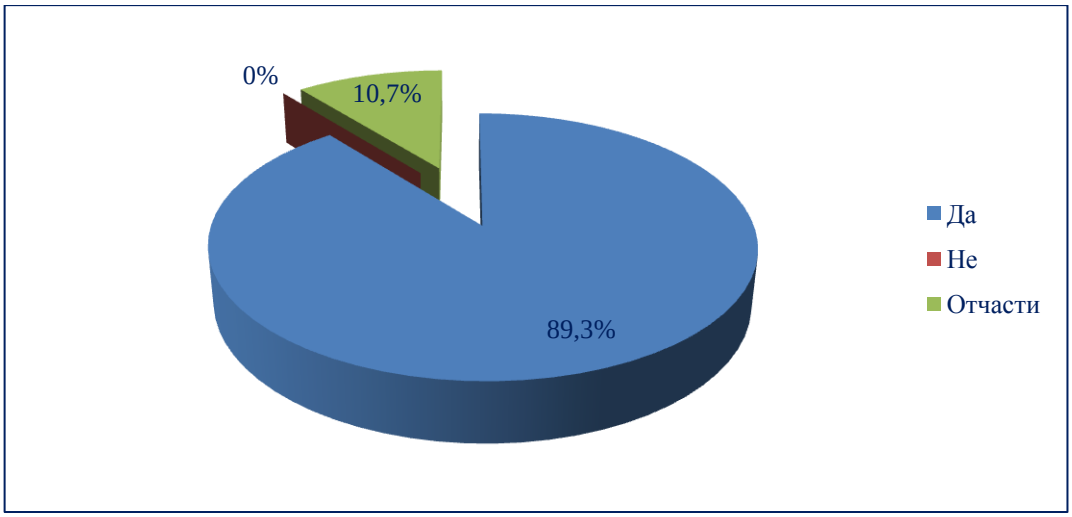
Ефективността на комуникацията до голяма степен зависи от това до колко взаимоотношенията между медицинския персонал и пациентите се

изграждат на принципите на сътрудничеството, взаимното уважение и доверие, сърдечността и отговорността.



Фигура 22. Мнение на акушерките относно комуникативните им умения за избягване на конфликтни ситуации

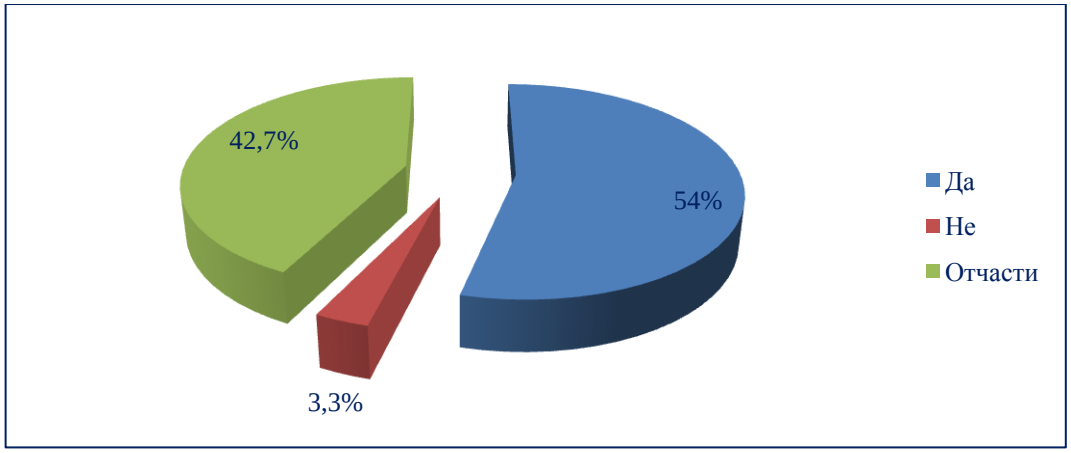
Пропуските вследствие на неефективната комуникация стават причина, макар и рядко, за възникване на проблеми в работата и могат да доведат до конфликти ситуации. Значителна част от анкетираните - 72,6% - са отговорили положително на въпроса „*Приемате ли, че притежавате комуникативни умения, които Ви помагат да избегнете конфликтните ситуации в работната среда?* Отрицателен отговор няма посочен от анкетираните акушерки. Близо 1/3 от респондентите са посочили отговор „отчасти“ (фиг.22). Тези данни показват, че акушерките като цяло оценяват своите умения по комуникация като достатъчно добре развити, за да се справят в конфликтни ситуации. Въпрос на лично усърдие и желание за самоусъвършенстване е непрекъснатото обогатяване на комуникативната им компетентност, за да могат да избягват конфликтните ситуации, възникващи по време на тяхната практика.



Фигура 23. Самооценка на акушерките относно умението им за слушане

Акушерките определено считат, че имат изградени умения свързани с изслушването на събеседника си – това може да бъде пациентка, близките на пациентката или колеги. Близо 90% от анкетираните отговарят на този въпрос положително, а отрицателни отговори няма посочени (фиг.23).

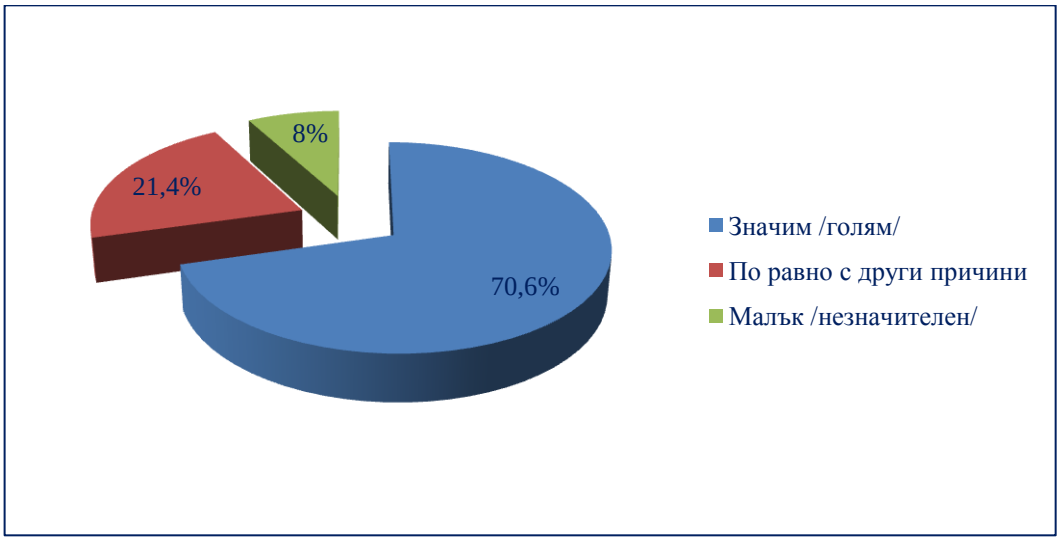
Умението за възприемане на информация изисква много търпение и разбиране на чувствата на пациентите. Акушерките трябва добре да познават състоянието на една жена по време на бременност, по време на раждане, както и по време на различни здравословни проблеми. Именно в тези случаи е много важно акушерката да може да изслушва и да получи необходимата информация, за да вземе и най-подходящото решение, което професионалните й компетенции позволяват.



Фигура 24. Умения за подпомагане на процеса на комуникация с рационални решения

Положителен отговор на този въпрос са посочили половината от анкетираните акушерки – 54%. Значителна част от анкетираните – 42,7% дават отговор „отчасти“, а отрицателен отговор са избрали само 3,3% (фиг.24).

Резултатите показват, че независимо от високата самооценка на акушерките по отношение на техните комуникативни умения, когато трябва да предприемат конкретни действия и да вземат решения, при които трябва да помогнат реално на процеса на комуникация, те се затрудняват. Ето защо е необходимо, независимо от продължителността на професионалния опит, на всички полагащи здравни грижи да се предоставя възможност за развитие и усъвършенстване и в областта на комуникациите.

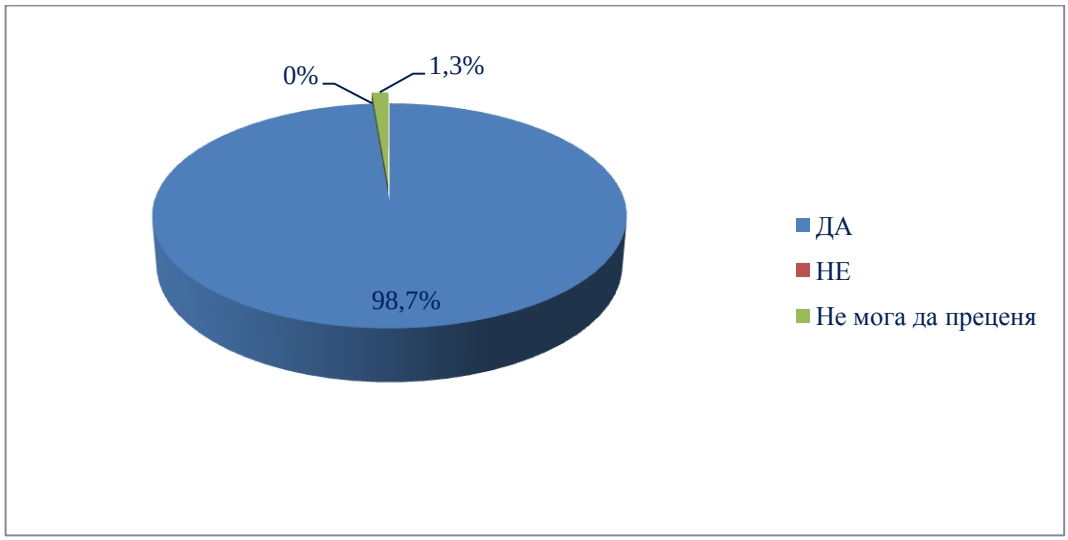


Фигура 25. Наличие на конфликти в резултат на грешки при комуникацията

По-големият относителен дял от анкетираните акушерки- 70,6% посочват, че редица конфликти се дължат на грешки при осъществяване на комуникация с пациентките или между колегите. Близо 1/5 от тях посочват, че делът на конфликтни ситуации вследствие на комуникативен дефицит е равен на дела от други причини . Значението на комуникацията за допускането на конфликти е незначително, според 8% от тях (фиг.25).

Необходимо е по-задълбочено изучаване на проблемите, свързани с комуникацията и конфликтните ситуации в акушерската практика, за да могат да се решават адекватно. Важно е да се познават основните етични принципи,

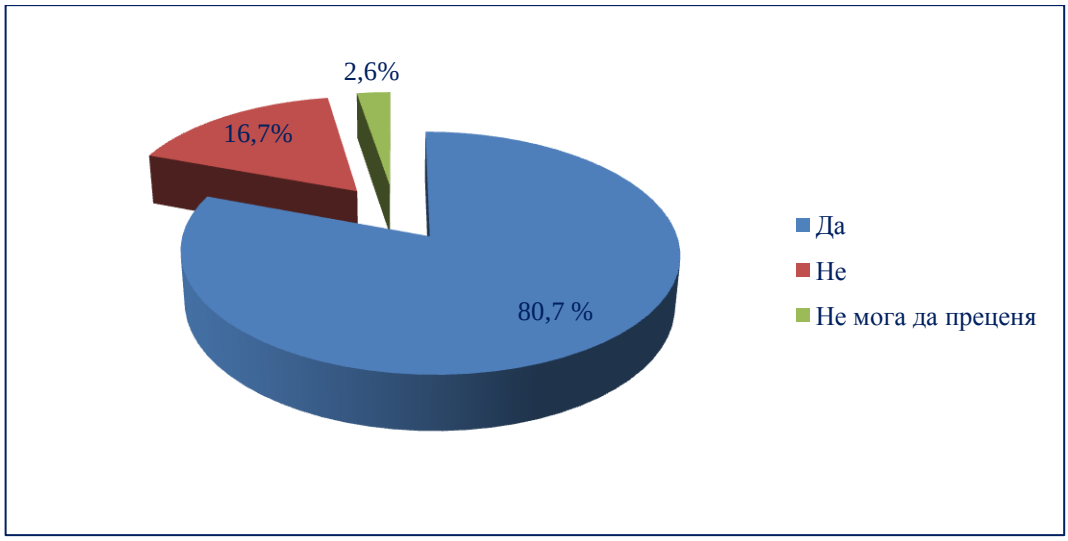
от които се ръководи професията, както и професионалните компетенции, за да не се избягват конфликтни ситуации.



Фигура 26. Потребност от засилена подготовка по комуникативни умения

Почти всички анкетирани акушерки - 98,7% са на мнение, че е необходимо да бъде повишена подготовката по отношение на професионалните комуникации – от една страна на студентите и от друга страна – на професионалистите (фиг.26). Необходимо е да се използва целият потенциал на университетите, за да се организират различни и разнообразни форми на обучение, които да отговарят на индивидуалните потребности на всички, избрали тази професия.

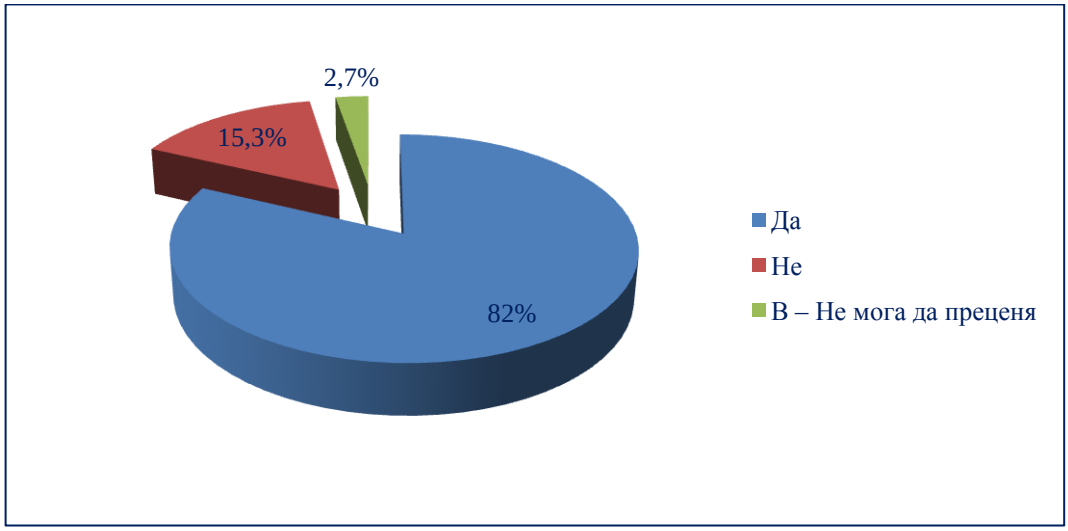
Акушерството е професия, която изисква много добри способности за комуникация, но те трябва да бъдат развивани и усъвършенствани през различните периоди на професионално развитие. Решаването на казуси от професионалната практика повишава квалификацията на работещите от сферата на здравните грижи и ги подпомага при вземането на правилно решение, отговарящо на съвременните професионални стандарти.



Фигура 27. Потребност от обучение по СДО относно проблемите на работната среда

Получените резултати свидетелстват, че 80,7% от анкетираните акушерки са на мнение, че в обучението по СДО трябва да бъдат включени проблеми от практиката. Малък е относителният дял на тези, които не желаят такова обучение. Реално обучението на работещите акушерки трябва да им помага да се справят адекватно в различните работни ситуации (фиг.27).

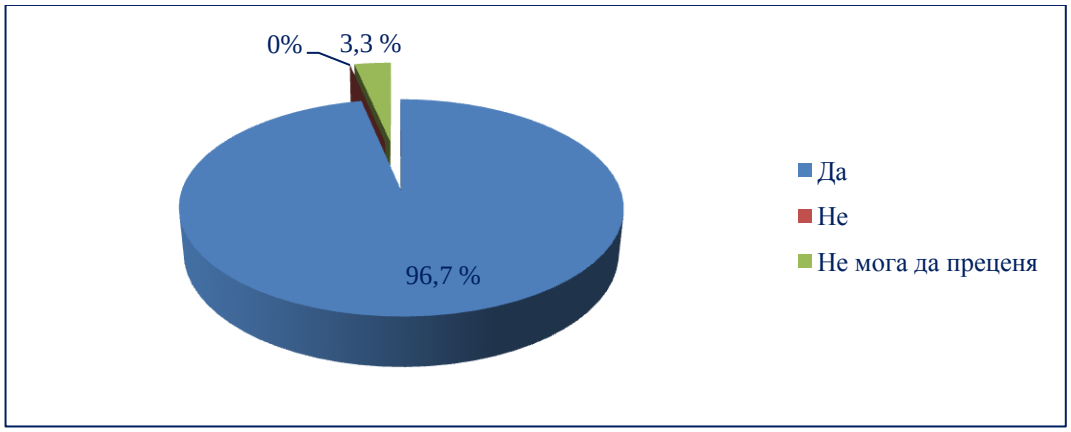
Следдипломното обучение има за цел да поддържа знанията и уменията на професионалистите на високо ниво. Актуализирането на учебния материал във висшите училища се извършва непрекъснато в съответствие с развитието на научните постижения, поради което трябва да се търсят възможностите на СДО.



Фигура 28. Желание на акушерките за участие в практикум по комуникации

Анализът на резултатите показват, че по-голямата част от анкетираните акушерки - 82%, биха се включили в практическо обучение по комуникации. Прави впечатление, че има известна част – 15,3% от анкетираните, които отговарят отрицателно на този въпрос (фиг.28). Докато младите акушерки и част от тези със стаж до десет години приемат почти безусловно ползата от допълнителни форми на обучение за придобиване на комуникативни познания, то акушерките с над 10 години стаж, в съчетание с малка част от средната генерация, считат, че използването на тези форми няма смисъл.

Разработването на практически ръководства и практикуми по комуникации в акушерската практика е изключително целесъобразен начин за създаване на организация, при която всяка една акушерка да има възможност да участва в практическо обучение, което да отговаря на нейните потребности.

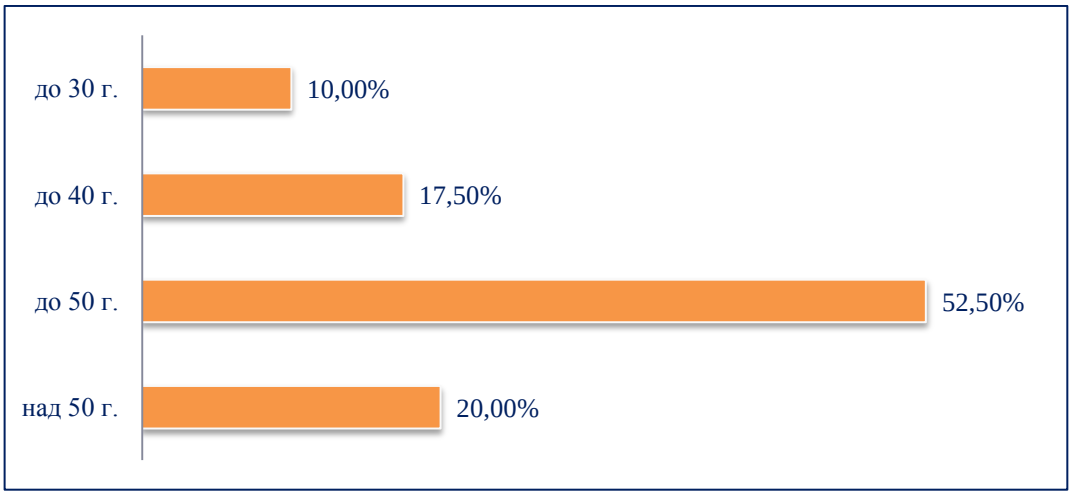


Фигура 29. Поставянето на комуникационните умения като важен критерии за постъпване на работа в акушерската практика

Ясно е убеждението, че за да получиш добра професионална реализация, трябва да имаш добри комуникативни умения. Това споделят 96,7% от анкетираните. Почти всички са на мнение, че е необходимо комуникационните умения на кандидатите за работа да бъдат поставяни като приоритет. Отрицателни отговори на този въпрос няма посочени. Ето защо е необходимо да се разработят критерии както за оценка на персонала, така и за оценка на кандидатите за назначаването им като акушерки, които да включват оценка на комуникационните умения (фиг.29).

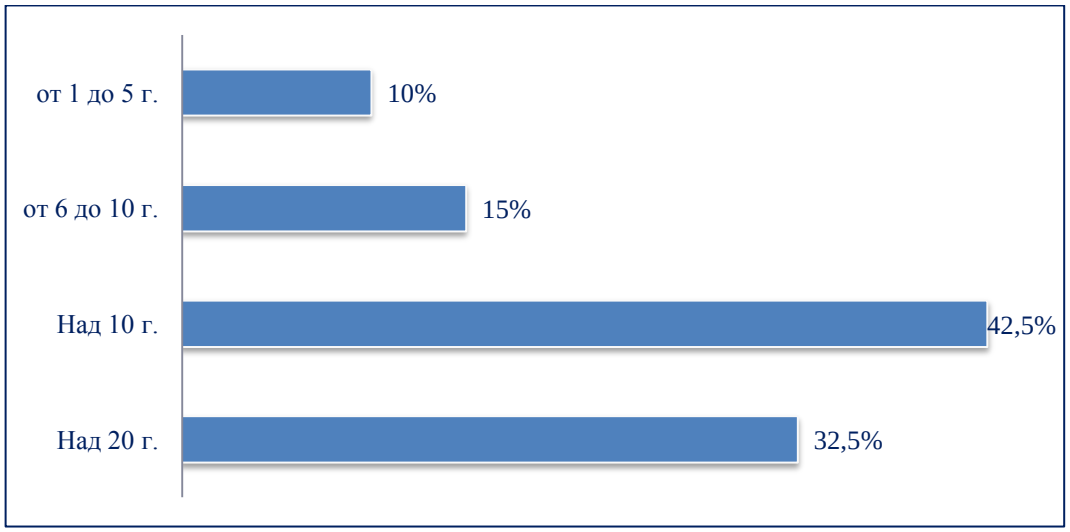
3.3. Проблемите на професионалните комуникации в акушерската практика според преподавателите

За целта на нашето изследване проведохме проучване на университетски преподаватели на студентите от специалност „акушерка” от различни МУ от страната. Анализирахме мнението им относно проблемите на професионалните комуникации в акушерската практика и връзката между степента на тяхното усъвършенстване и неефективната комуникация.



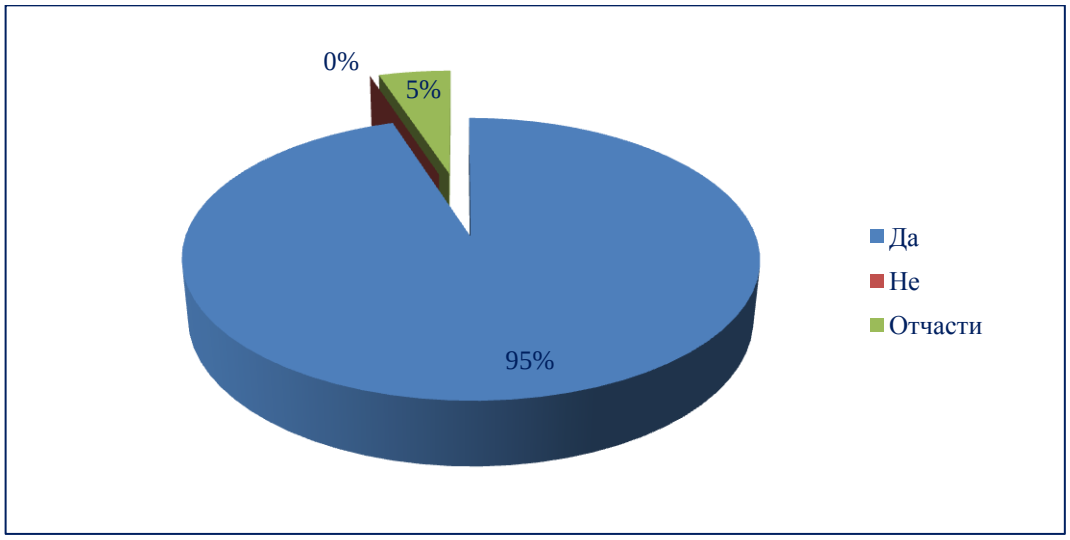
Фигура 30. Възрастово разпределение на преподавателите

Анализирайки респондентите по възраст, се установи, че в проучването са участвали преподаватели на различна възраст. Най-големият относителен дял се пада на лицата до 50 години - 52,5%, следвани от тези над 50 години – 20%. (фиг.30)



Фигура 31. Разпределение на преподавателите според трудовия стаж

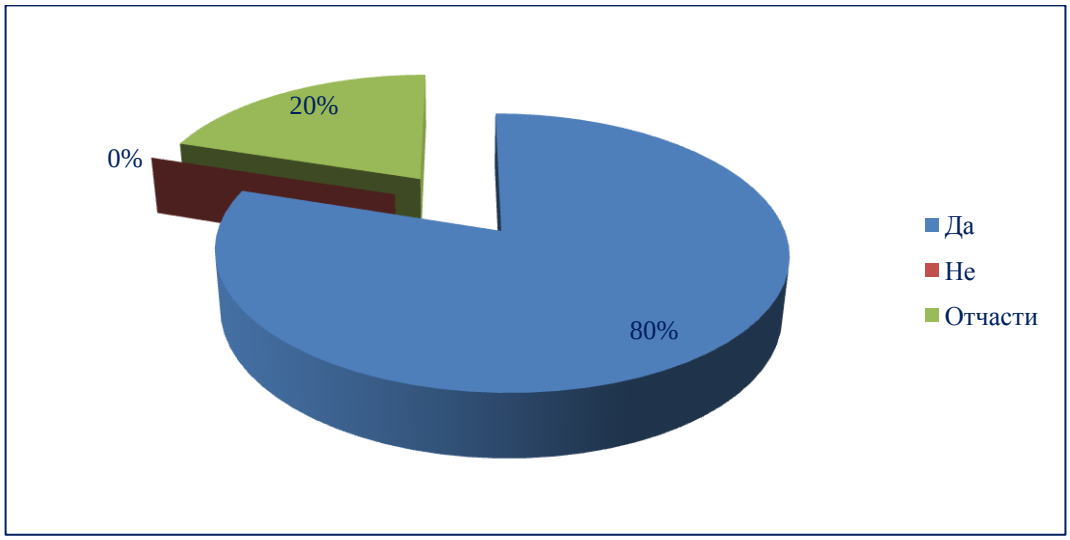
Според получените резултати, преобладават анкетираните преподаватели със стаж над 10 години. На второ място са тези с трудов стаж над 10 години, а тези със стаж от 6 до 10 години са на трето място. Действително трябва да се има в предвид, че с натрупването на повече практически опит всеки един преподавател развива и усъвършенства своите умения за комуникация и общуване. Въпреки това, тези умения се определят до голяма степен от личностните качества на всеки един човек и начина му на общуване, които изразяват спецификата на всяка една човешка индивидуалност. Възрастта променя преподавателите не само по отношение на уменията за комуникация, но променя и техните професионални качества (фиг. 31).



Фигура 32. Влияние на комуникативните умения за подобряване качеството на акушерските грижи

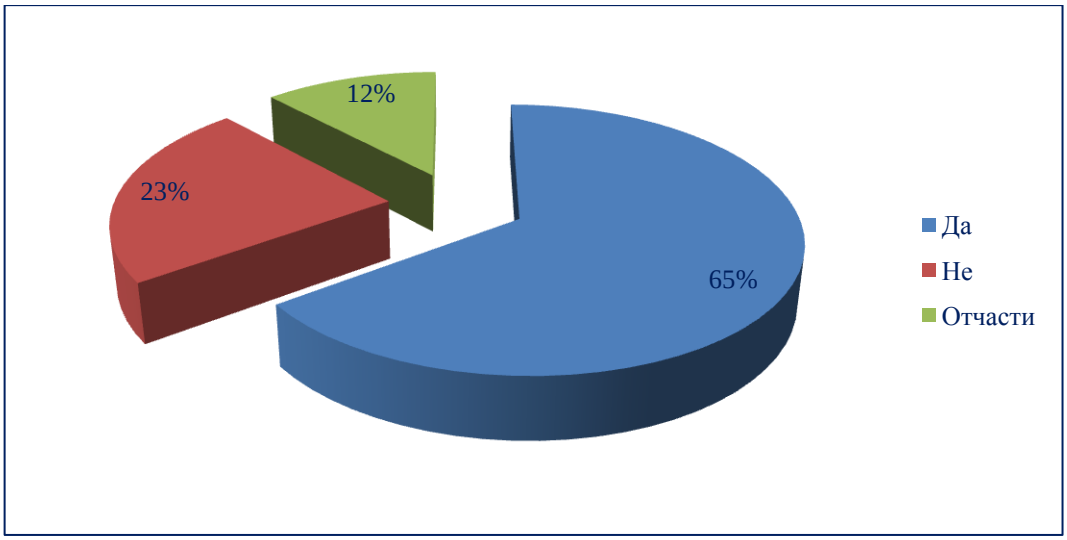
Почти всички преподаватели – 95%, са на мнение, че комуникативните умения оказват съществено влияние върху качеството на акушерските грижи (фиг.32). Наблюдението на бременността, консултациите на бременната жена, воденето на раждане и др. са акушерски дейности, които е невъзможно акушерката да осъществи без да провежда ефективна комуникация с пациентката. Общуването между акушерката и пациентката е необходимо да бъде съпроводено със създаването на по-тесни взаимоотношения, базиращи се на конфиденциалността и на интимността на пациентката. Тези специфични

особености трябва да се имат впредвид, когато се обсъждат проблемите на комуникацията в акушерската практика.



Фигура 33. Необходимост от комуникативни умения в професионалната подготовка на студента

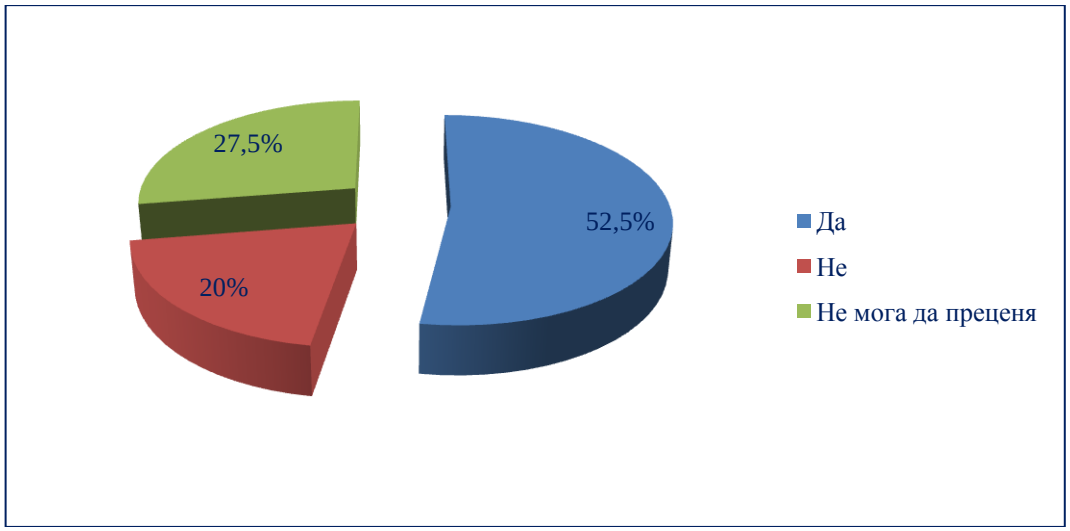
Получените резултати от пряката анкета с преподавателите разкриват, че болшинството от изследваните университетски преподаватели (80%) изразяват мнение, че комуникативните умения са съществен елемент от професионалната подготовка на студентите. Отрицателен отговор не е посочен от нито един от анкетираните, а отговор „отчасти“ са посочили 20% от тях (фиг.33). Наблюдението на бременността, консултациите на бременната жена, воденето на раждане и др. са акушерски дейности, които е невъзможно акушерката да осъществи без да провежда ефективна комуникация с пациентката. Жените са изключително чувствителни по време на бременността и по време на раждането, както и по време на следродилния период. Общуването между акушерката и пациентката създава по-тесни взаимоотношения, базиращи се на конфиденциалността и на интимността на пациентката. Тези специфични особености трябва да се имат впредвид и е целесъобразно да се разработят допълнителни учебни програми за формиране и развитие на комуникативните способности на студентите, необходими им при обгрижването на жените.



Фигура 34. Роля на обучението при формиране на комуникативни умения на студентите

Повече от половината анкетирани преподаватели – 65% - отговарят положително на въпроса *„Според Вас, изпълнява ли МУ водеща роля при формиране на комуникативните умения в студентите - бъдещи акушерки ?“* (фиг.34). Отговор „отчасти“ са посочили много по-малко от тях - само 12%. Трябва да се обърне внимание на относителния дял на преподавателите, които посочват отговор „не“ – 23%. Тези резултати определено показват необходимостта от промяна в обучението на акушерките по отношение на професионалните комуникации и възможностите за формиране на комуникативни умения у студентите по време на практическото им обучение.

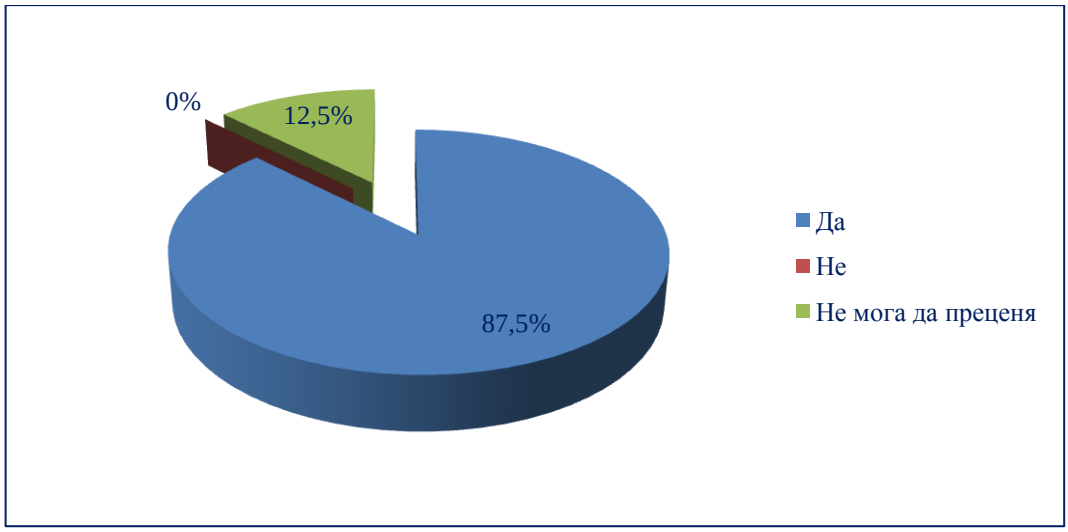
Проведените реформи в обучението на акушерките доведоха до създаването на 9 дисциплини в сферата на акушерските грижи (регламентирани от държавните изисквания), но по темата за професионалните комуникации са отделени само 2 часа лекции и 2 часа упражнения през първия семестър.



Фигура 35. Достатъчност на обучението относно професионалното общуване

Половината от анкетираните преподаватели 52,5%, са на мнение, че обучението в професионално общуване е достатъчно, но отговорилите отрицателно - 20%, и тези, които не могат да преценят -27,5%, съставляват другата половина от анкетираните. Може да се подчертае, че обучението на студентите от специалност „акушерка“ има съществени пропуски в изследваната област. Недостатъчният хорариум възпрепятства формирането на професионални умения, необходими на акушерките за осъществяване ефективна комуникация с всяка една пациентка (фиг.35).

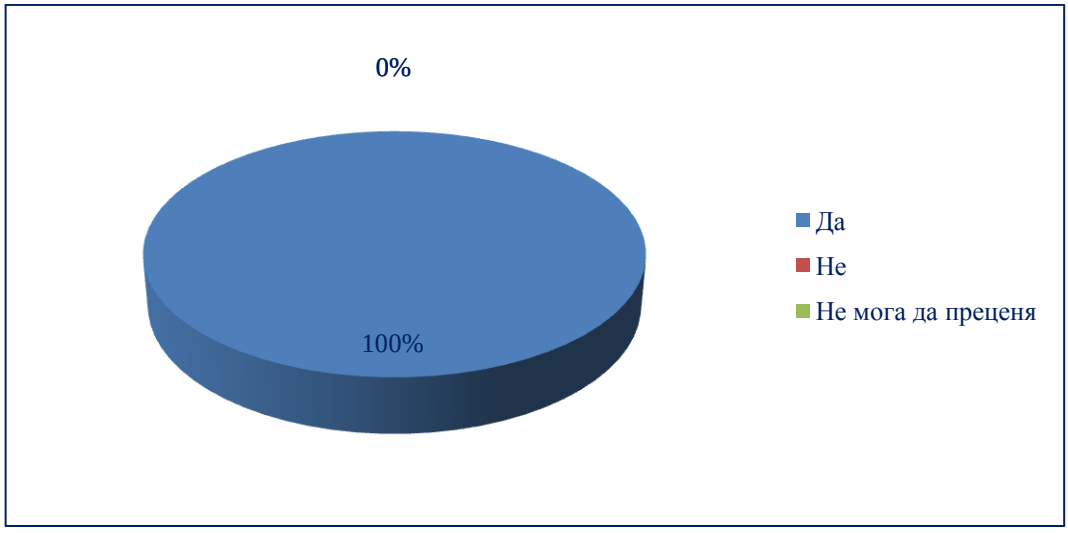
Съвременните средства на преподаване са изключително разнообразни и ефективни и те могат успешно да бъдат използвани по отношение създаването на професионални комуникативни умения. Това могат да бъдат ролеви игри, решаване на казуси за конкретни случаи от акушерската практика, като се обосновават професионалните отговорности на акушерката и вземането на решения в съответствие с етичните принципи и норми на професията.



Фигура 36. Необходимост от повишаване на подготовката на акушерките относно професионалното общуване

Темата за комуникациите намира все по-голямо развитие в сферата на обучението, но когато става въпрос за професионална акушерска практика, трябва да се има впредвид професионално поведение и общуване, което се характеризира с определени рамки и форма на информацията, както и с определени професионални умения, изградени в процеса на обучение.

Резултатите определено показват, че почти всички преподаватели (87,5%) са на едно и също мнение – необходимо е да се направят промени в обучението на акушерките и то в посока поставяща акцент върху комуникациите и формирането на професионални умения за общуване (фиг.36).



Фигура 37. Необходимост от практически тренинг на студентите относно общуването с пациентите

Всички анкетирани преподаватели (100%) са на мнение, че е необходимо въвеждането на практически тренинг за студентите, които се обучават по специалност „акушерка“, за да развият своите умения в посока на професионалното общуване с жените, за които полагат грижи (фиг.37). Редица учебни програми предлагат обучение по комуникативен тренинг, но целите на това обучение са създаването на общи умения за комуникация, без да се отразява спецификата на акушерската практика и особеностите на взаимоотношения, които възникват по време на акушерската консултация, по време на подготовката на бременната жена за раждане, по време на периодите на раждане, както и след това. Това са изключително специфични ситуации в живота на една жена и в тези моменти тя има до себе си един професионалист, от комуникативните способности, на който зависи как ще преживее всичко това. Психологическото и емоционалното състояние на жената е другият съществен фактор, който определя общуването на акушерката като особена и изключително специфична функция.

Таблица 3. Сравнителен анализ на оценяването на студентите от преподавателите

Оценка	Комуникативни умения на **новопостъпили** студенти за **общуване в студентската група**		Комуникативните умения на **новопостъпили** студенти при **общуване с пациентите**	
	Брой отговорили преподаватели	**В %**	**Брой отговорили преподаватели**	**В %**
Отличен 6	4	10,00	2	5,00
Мн. добър 5	8	20,00	7	17,50
Добър 4	25	63,00	21	52,50
Среден 3	3	7,00	10	25,00
Слаб 2	0	-	0	-
Ср. оценка	**4,33**		**4,02**	
	P< 0,05			

Прави впечатление резултата от оценките на преподавателите за новопостъпилите студенти и комуникационните им умения. И в двете групи по-големият относителен дял се пада на оценка „Добър”. При общуването в

студентската група оценката „Среден” е 7%, а при общуването с пациенти е 25%. Това говори за неуменията на студентите за професионално общуване. Използвайки еднофакторния дисперсионен анализ и метода на най-малките значими разлики при сравняване на средно аритметичните стойности, се забелязва съществена разлика. Преподавателите оценяват уменията на студентите за общуване по между си с добър - 4,33, а уменията им да общуват с пациенти с добър – 4,02 (*p <0,05*)**.** Тези резултати определено показват едно ниско ниво на комуникативни умения на студентите, които постъпват да се обучават по тази специалност (табл.3).

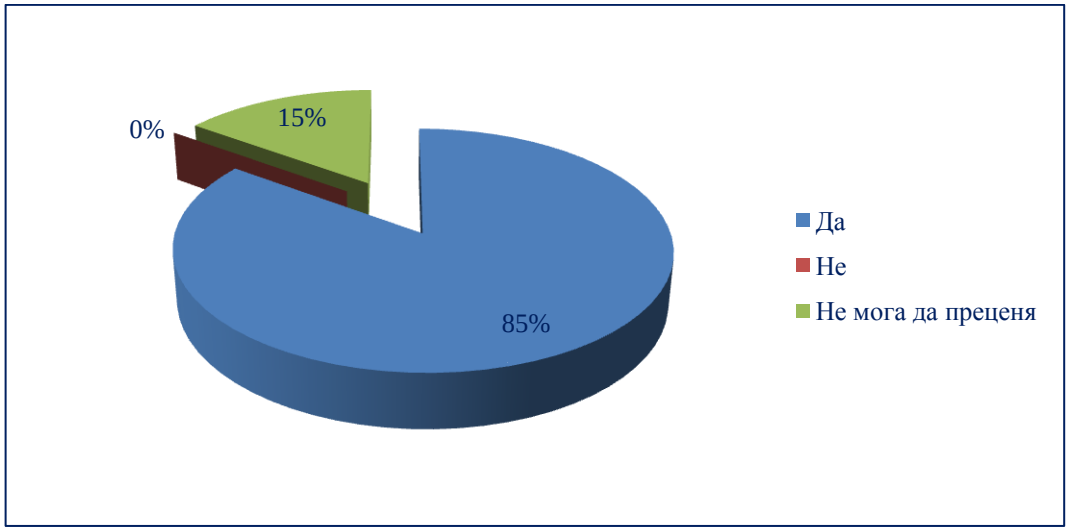
Таблица 4. Оценяване на студентите от преподавателите в началото и в края на обучението им относно комуникативните им умения

Оценка	Комуникативни умения на **новопостъпилите** студенти при **общуване с пациентите**		Комуникативни умения на **завършващите** студенти при **общуване с пациентите**	
	Брой отговорили преподаватели	**В %**	**Брой отговорили преподаватели**	**В %**
Отличен 6	2	5,00	8	20,00
Мн. добър 5	7	17,50	20	50,00
Добър 4	21	52,50	10	25,00
Среден 3	10	25,00	2	5,00
Слаб 2	0	-	0	-
Ср. оценка	**4,02**		**4,85**	
	P < 0,001			

Относно оценката на преподавателите относно уменията на студентите да комуникират с пациента в началото на обучението им по специалност „акушерка“: най-голям е относителният дял на преподавателите, оценяващи ги с оценка „добър 4” – 52,5% от анкетираните. На второ място е посочена оценка „среден 3” - 25% от преподавателите. На трето и четвърто място са съответно тези, оценени с „мн. добър 5” – 17,5% от преподавателите и с оценка „отличен 6” - само 5% от преподавателите.

Резултатите от оценките на завършващите студенти са значително по-различни от предходните. Половината от анкетираните преподаватели поставят оценка „мн. добър 5” на комуникационните умения на студентите при тяхното завършване. Оценка „отличен 6” е поставена от по-голям брой преподаватели – 20%, а оценка „добър 4” – от 25% от анкетираните. Оценка 3 са поставили само 5% от анкетираните преподаватели (табл.4).

Установено е статистически значимо увеличаване на средната оценка на преподавателите относно комуникативните умения на студентите в началния курс на обучение – „добър 4,02“ и при завършването им – „мн. добър 4,85“ ($p<0,001$), което е добър показател за влиянието на обучението при формиране и развиване на професионалните комуникативни умения на студентите от специалността. Прави впечатление, че и при двата въпроса няма преподаватели, които да са посочили оценка „слаб 2“, което е признак, че при приемането в университета е направен подбор и са приети за обучение кандидати с определено ниво на комуникативните умения, които могат да бъдат развити в процеса на обучение.

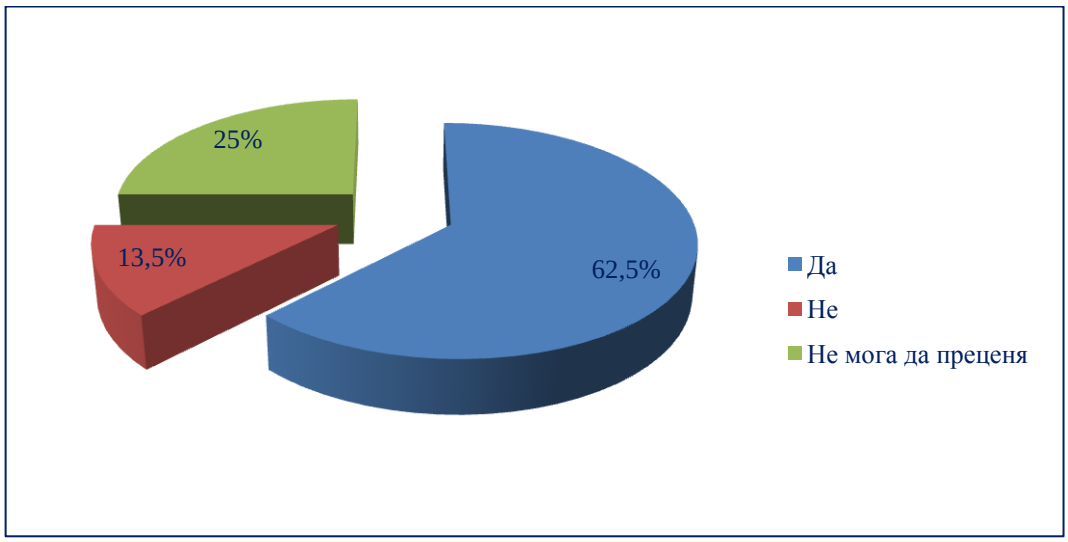


Фигура 38. Самооценка за комуникативните умения на преподавателите

Самооценката на преподавателите относно техните комуникативни умения показва, че значителна част от анкетираните – 85% определят своите комуникационни умения като достатъчни, за да осъществяват

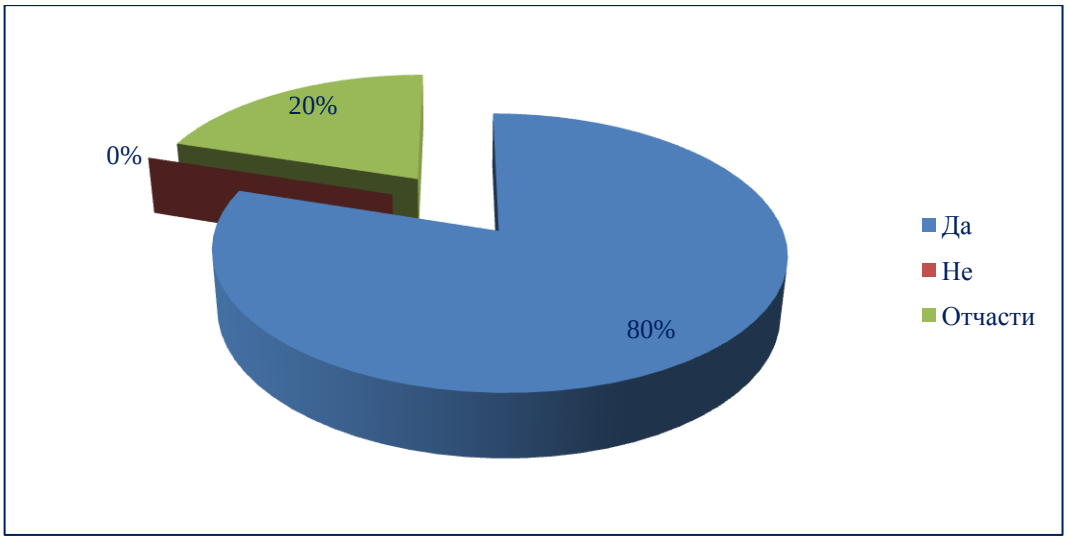
преподавателската си дейност. Има една не малка част от тях, които не могат да преценят това, като отрицателни отговори на този въпрос липсват (фиг.38).

Преподавателската професия определено изисква умения за комуникация, за да може знанията, които даден преподавател има, да бъдат разбрани и усвоени от студентите. Преподавателите непрекъснато осъществяват комуникации на различни нива в практическото обучение на студентите, поради което те са от съществено значение за тяхната успешна професионална реализация.



Фигура 39. Потребност от усъвършенстване на комуникативните способности на преподавателите

Преподавателската професия е особено специфична дейност, която се осъществява чрез средствата на комуникацията и общуването. Получените резултати показват, че независимо от факта, че преподавателите са средно с над 10 години трудов стаж, значителна част от тях - 75% считат, че имат потребност от усъвършенстване на способностите за комуникация и общуване. Прави впечатление също, че няма преподаватели, които да са посочили отрицателен отговор. Това показва, че всички, независимо от възрастта и професионалния си опит, считат, че трябва да се развиват в тази насока и да доусъвършенстват комуникативната си компетентност (фиг.39).



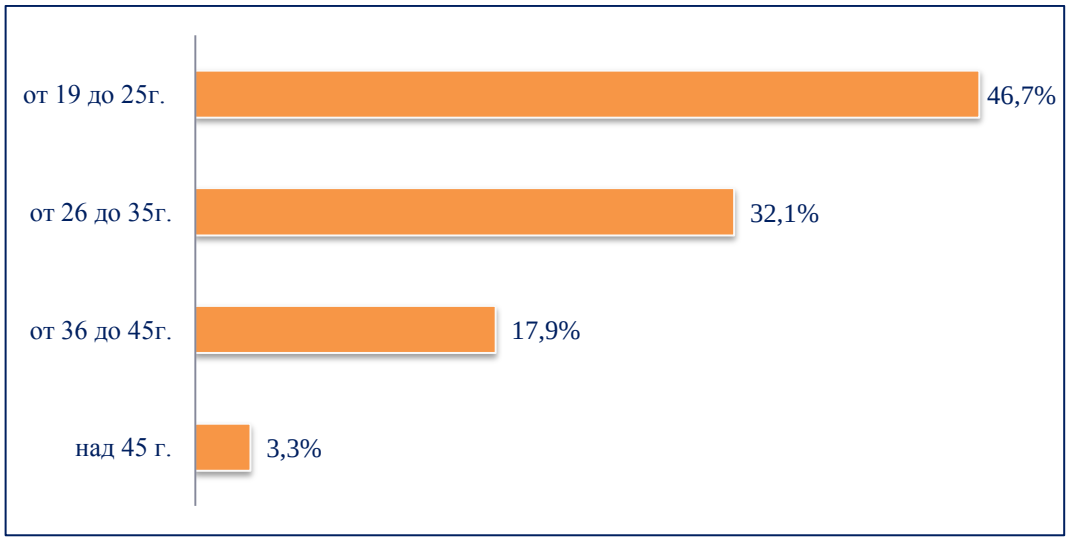
Фигура 40. Самооценка на преподавателите относно способността за справяне с конфликтни ситуации

При самооценката на преподавателите за способността им да се справят с конфликтни ситуации възникнали в дейността им, се забелязва високият процент на положително отговорилите, но не се достига до 100 % позитивна самооценка. Една пета от анкетираните отговарят с „отчасти“, което показва, че не са напълно сигурни в уменията си да се справят успешно при възникването на различни конфликти (фиг.40).

Успешното справяне и изборът на най-подходящо поведение по време на конфликтни ситуации до голяма степен зависи от предварителната подготовка и обучение. Само, когато човек е добре информиран и запознат с тези проблеми, само тогава може да направи преценка и да вземе правилното решение по отношение на поведението си.

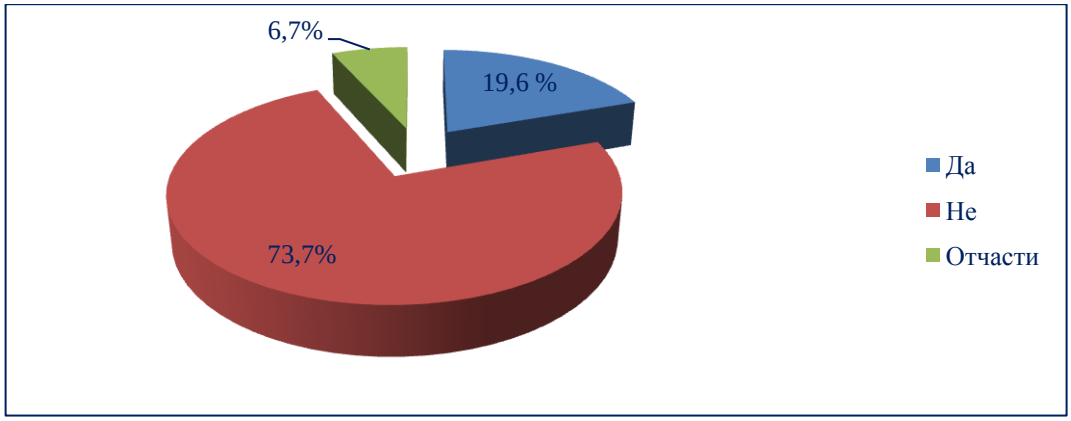
3.4. Комуникациите в учебния процес на студентите от специалност „Акушерка“

Преобладаващата част от студентите, които се обучават по специалност „акушерка“ са на възраст от 19 до 25 години, има и не малка част – около 1/3, които са от 26 до 35 години. Макар и по-малко, има и такива, които са на възраст от 36 до 45 години – 17,9% и над 45 – 3,3%. Това показва една доста разнородна група по отношение на възрастта (фиг.41).



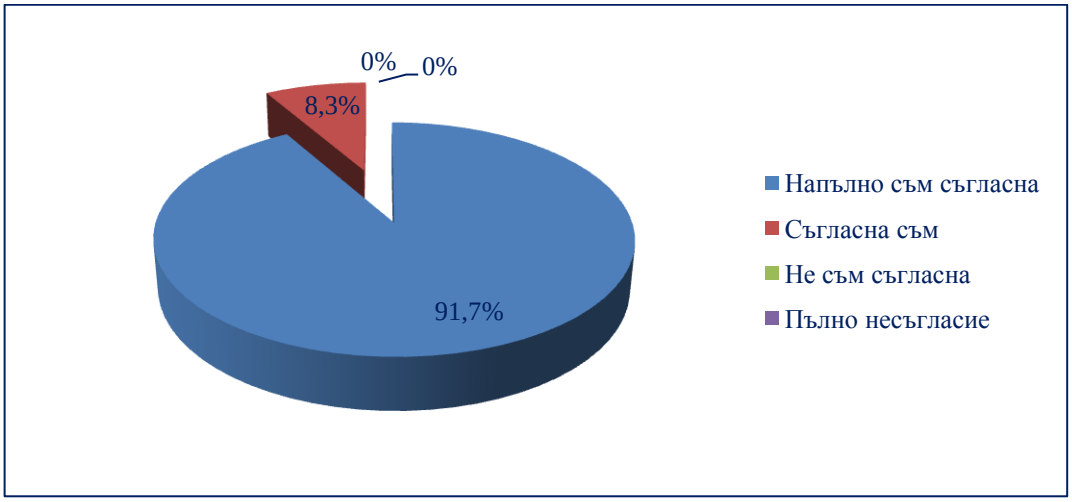
Фигура 41. Разпределение на анкетираните студенти според възрастта

Обучението по комуникационни умения трябва да бъде съобразено от една страна с индивидуалните способности на студентите, а от друга – с тяхната възраст и натрупан практически опит.



Фигура 42. Самооценка на комуникативните умения на студентите преди постъпването им за обучение

Получените данни определено показват, че студентите нямат предварителна подготовка относно развитието на комуникативните си умения. По-голямата част от анкетираните студенти – 73,7%, съобщават, че не са участвали в каквито и да било форми на обучение, при които да бъдат развивани техните умения за общуване и комуникация. Положително са отговорили 19,6%, а отговор „отчасти“ са посочили 6,7%. Тези резултати определено показват, че обучението на акушерките по отношение на изграждането и развиването на професионални умения за комуникация трябва да започне още в началото – при тяхното постъпване в университета, като през цялото обучение се развиват и надграждат техните знания и умения, за да може при завършването си да са способни да ги прилагат на практика. (фиг.42)



Фигура 43. Необходимостта от развитие на комуникативните умения при акушерките

По този въпрос почти всички студенти – 91,7%, от специалността са „напълно съгласни”, че за осъществяването на акушерската професия са необходими професионални комуникационни способности и умения. 8,3% от тях - са „съгласни” с това съждение, и няма нито един „несъгласен” (фиг.43). Според теоретичните постановки всеки индивид е уникален по отношение на комуникацията – вербална и невербална, но когато става въпрос за професионални комуникации, всяка една професия има своя специфика, и за да може тя да бъде осъществявана, са необходими точно определени умения.

Акушерската професия е свързана с грижите за жената в особено специални ситуации от нейния живот, поради което общуването, обмена на информация, отношението, доверието и запазването на професионалните граници на общуване са от изключително значение.

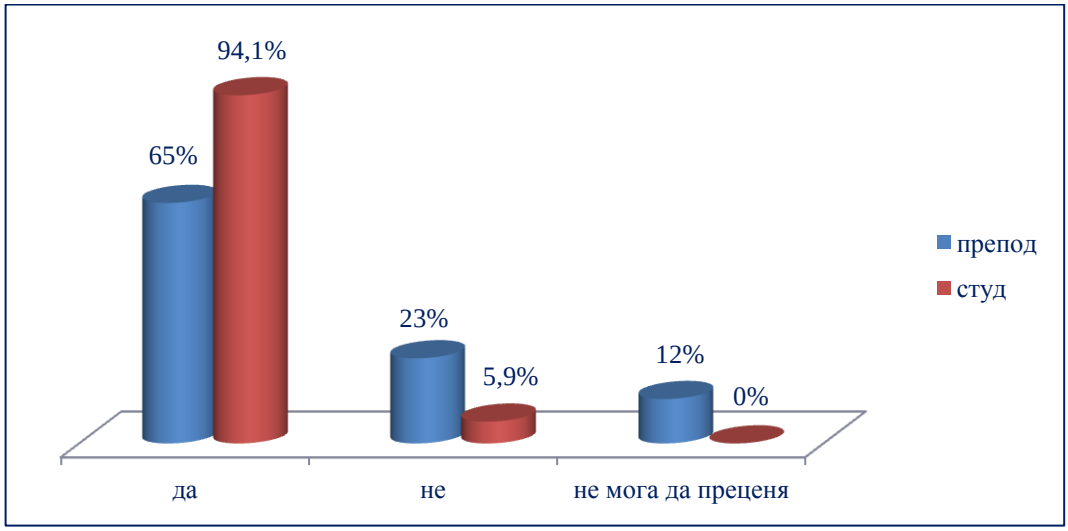
Таблица 5. Сравнителен анализ от самооценката на студентите за общуване в студентската група и професионалното общуване с пациентите

Оценка	Самооценка на студенти за комуникативните им умения при **общуване в студентската група**		Самооценка на студенти за комуникативните умения при **общуване с пациентите**	
	Брой отговорили студенти	**В %**	**Брой отговорили студенти**	**В %**
Отличен 6	89	37,00%	43	17,90%
Мн. добър 5	120	50,00%	51	21,30%
Добър 4	12	5,00%	137	57,10%
Среден 3	19	8,00%	9	3,70%
Слаб 2	0	-	0	-
Ср. оценка	**5,16**		**4,43**	
	P< 0,05			

Половината от анкетираните студенти смятат, притежават „много добри" комуникационни умения за общуване с колегите си от групата Оценка „отличен 6" са си поставили 37%, а оценка „среден 3" – 8%. Значително по-малко от анкетираните, които са се оценили с „добър 4" – 5%. Тези данни определено показват, че студентите могат да общуват свободно по между си. Но способностите за общуване на всеки човек са изключително различни и трябва да бъдат развивани и променяни в съответствие с неговата среда и професионално развитие. Доста по критични са самооценките на студентите-респонденти за комуникационните им умения за общуване с жените, на които трябва да се оказват акушерски грижи. Най-големият относителен дял се пада на оценка „добър 4" – 57,1% Оценка „отличен 6" са си поставили само 17,9%, а „много добър5" – 21,3%. Прави впечатление, че оценка „слаб 2" не е поставена от никой. Резултатите показват, че студентите самооценяват подготовка си, като недостатъчната относно уменията за общуване с пациентките и техните

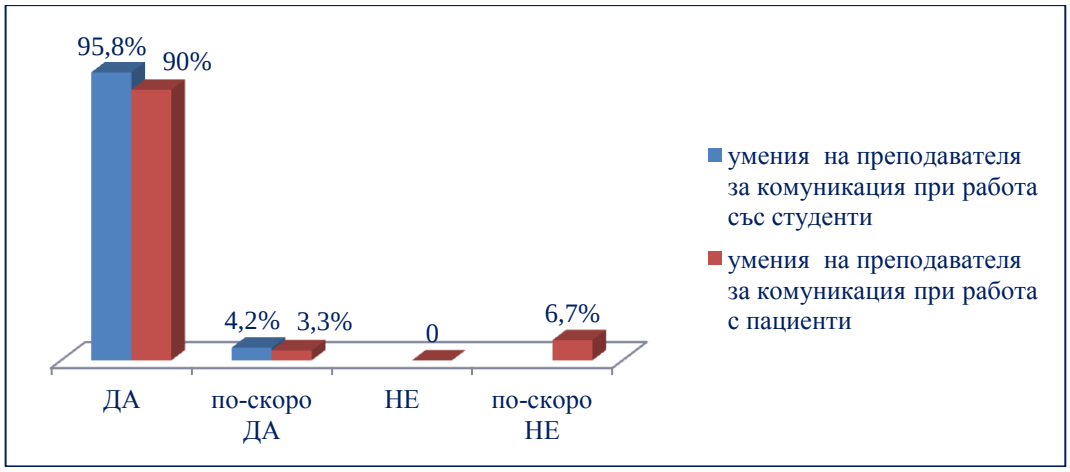
близки, а това е крайно необходимо, за да може да осъществяват своята професионална дейност (табл.6).

Използвайки t-критерия на Стюдан Фишер е изчислена статистически значима разлика (*t=3,758 p<0,05*). Става ясно, че у нас общообразователната система създава условия за изграждането и развиването на общи комуникационни умения на учениците, поради което в рамките на университетското обучение трябва да се осъществява специално насочено обучение за формиране и усъвършенстване на комуникативната компетентност.



Фигура 44. Ролята на университетското обучение за формиране на комуникативните умения на студентите

На въпроса за водещата роля на университетското обучение за формиране на комуникативни умения, отговорите на студентите определено показват тяхното положително мнение – 94,1%. Много малък процент, едва 5,9% от тях не са съгласни (фиг.44). Тези данни корелират с доста по-малкия процент, който дават преподавателите – 65% - изразили положително становище, а 23% - дават отрицателен отговор. При сравнителен анализ по метода на Ман-Уитни, се установява статистически значима разлика (*u=3347,1 p<0,001*). Това са резултати, които показват че е необходима промяна в обучението на студентите по отношение изграждане и формиране на комуникативни умения, които са им необходими за да могат да се реализират пълноценно в тази професия.



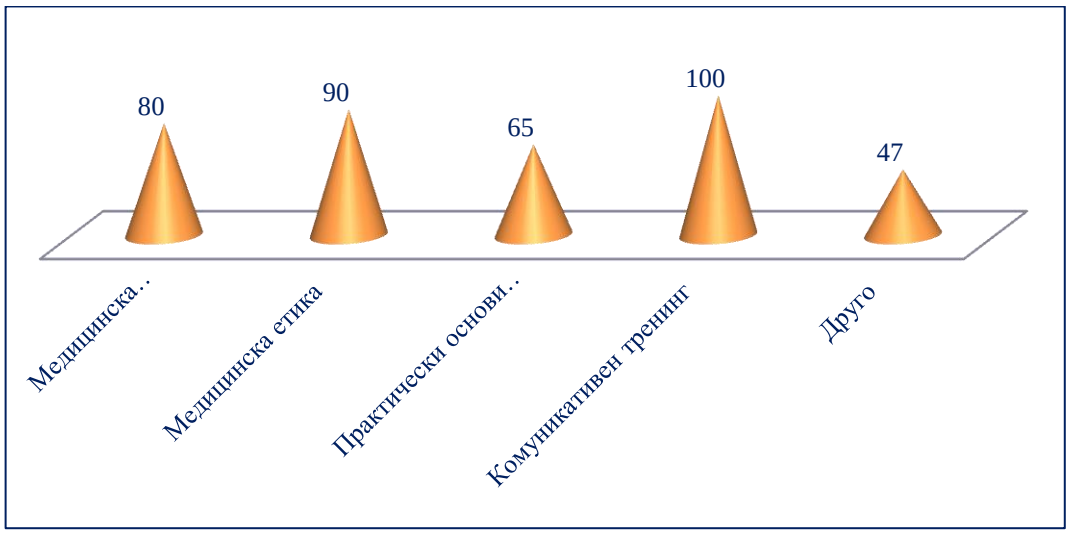
Фигура 45. Мнение на студентите относно комуникативните умения на преподавателите при общуването с тях и при работа с жените, на които се оказват акушерски грижи

Важно място в обучението по професионална комуникация в акушерските грижи, заема преподавателят като основна фигура, която насърчава, провокира и мотивира формирането и усъвършенстването на комуникативните умения на студентите. Тя намира израз в определени препоръки, съвети изисквания и даване на примери за подходящ начин на комуникация.

При прилагането на еднофакторния дисперсионен анализ (ANOVA) на данните от фигура 45, за разкриване на различия в отговорите на изследваните студенти относно удовлетвореността им от комуникативните умения на преподавателите по време на курса им на обучение, резултатите показват статистически значими различия, които се обуславят от вида на комуникацията *($p<0,05$).*

95,8% от студентите - респонденти смятат, че без съмнение пълноценното общуване с преподавателите, които са специалисти в своите професионални области, имат значима роля при стимулирането им за активно участие в обучението и повишаване на интереса за реализация в избраната професия. Тук отрицателни отговори не са посочени. Според тях относително високо е и професионално ниво на комуникативните умения на преподавателите по време на практическото обучение и при оказване на акушерските грижи – 90% от

анкетираните студенти отговарят с „да“. Отговор „по-скоро да“ са посочили 3,3% от анкетираните. Но тук има и известна част – 6,7%, които са посочили отрицателен отговор. Наличието на отрицателни отговори е сигнал за пропуски и грешки в преподавателската дейност, които трябва да бъдат коригирани. Много често тези пропуски се дължат на по-големия брой студенти в група, който води до недостиг на време и възпрепятства възможността на преподавателя да формира и усъвършенства практическите умения за професионалното общуване с пациентките под негово ръководство. Известно е, че само добрите комуникации на преподавателите не са достатъчни, за да се развиват уменията и компетенциите на студентите. Необходимо е да се прилага голямо разнообразие от съвременни средства и подходи, за да може да се постигнат целите на учебния процес във връзка с развитието на комуникационните умения на студентите, важна характеристика за тяхната професионална подготовка.

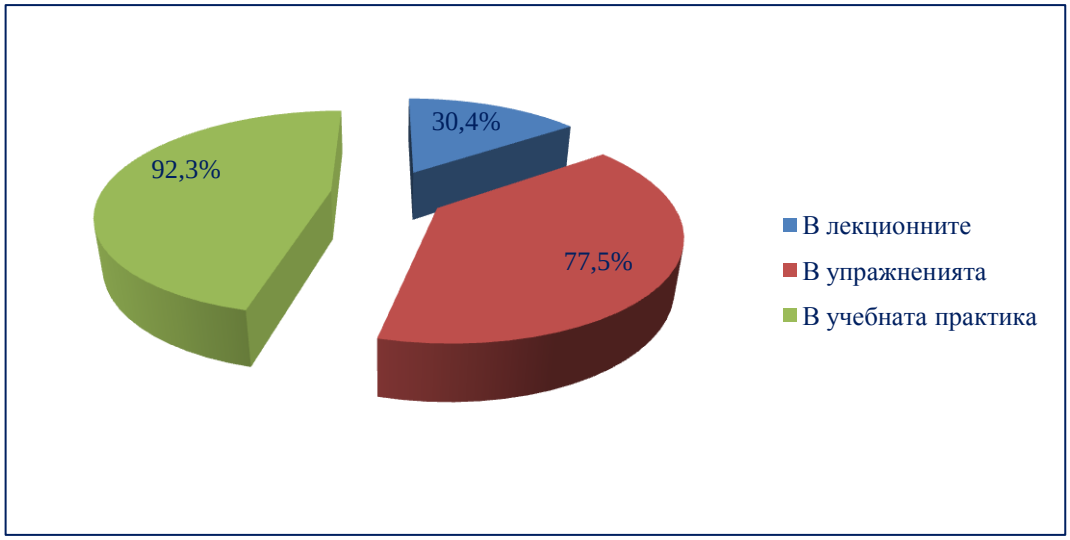


**Процентите са повече от сто, поради даване на повече от един отговор*

Фигура 46. Мнение на студентите относно дисциплините, по които получават теоретични знания относно комуникациите

Според студентите, дисциплините по които получават преди всичко теоретични знания по темата за комуникации, са: комуникативен тренинг, медицинска психология и медицинска етика. Прави впечатление, че по-малък е

относителният дял на студентите, които посочват „Практически основи на специализираните акушерски грижи” като дисциплина, която им дава такива знания. Тази дисциплина е основна за студентите от специалността и има за цел да развива практическите им умения в грижите, но в същото време включва теми за теоретична подготовка преди практическото приложение на знанията и уменията.



**Процентите са повече от сто, поради даване на повече от един отговор*

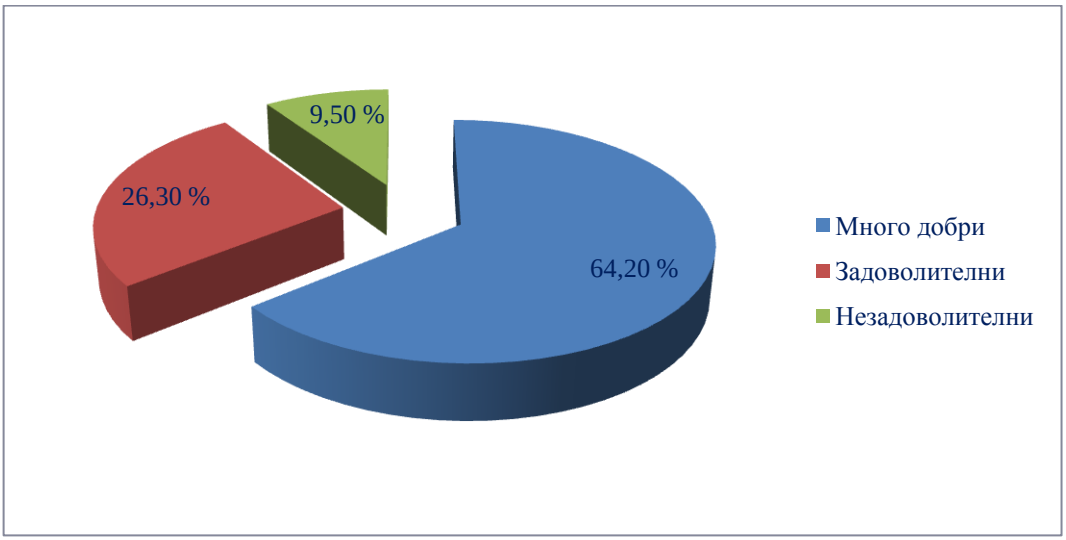
Фигура 47. Мнение на студентите относно учебните форми за усвояване на комуникативни умения

Според студентите – респонденти, най-големитя относителен дял се пада на усвояването на комуникативни умения по време на учебната им практика – 92,3%. Това може да се счита като добър индикатор за интереса на студентите към бъдещата професия. Друга голяма част – 77,5% са на мнение, че упражненията са формата, която спомага за развиването на комуникационните умения. Лекциите като форма за усъвършенстване на уменията по професионална комуникация са посочени само от 30,4% от анкетираните(фиг.47). След усвояването на основните теоретични знания за комуникацията в акушерските грижи и формиране на комуникативни умения в учебно-практическите кабинети, студентите усъвършенстват тези умения и ги

превръщат в навици на професионалното си поведение, по време на клиничната практика, ръководена от преподавателите по здравни грижи.

Резултатите показват необходимостта от обновяване и осъвременяване на тематичния план на учебната практика, целящи разширяване на знанията и изграждане на практически умения за комуникации, конкретно насочени към определени дейности и грижи от сферата на акушерската практика.

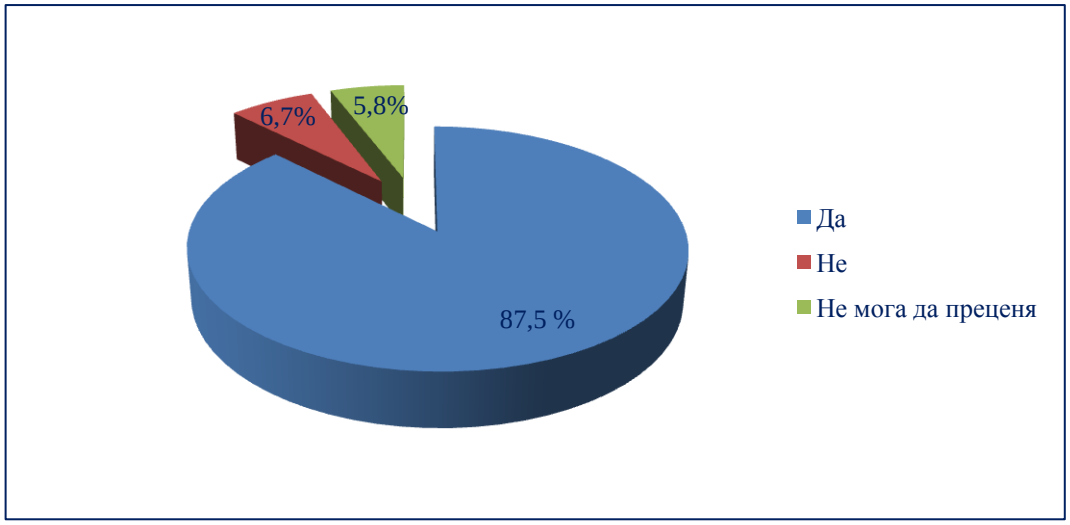
Професионалните комуникативни умения на акушерките е необходимо да се формират във всички клинични дисциплини, съобразно спецификата на разглежданата проблематика. Необходимо е да се провеждат специални упражнения, не само за получаване на информация, но и за развитие способностите на студентите да разговарят с пациентите чрез решаване на казуси, основаващи се на най-често срещаните професионални ситуации.



Фигура 48. Оценка на студентите за комуникативните умения на акушерките от учебните бази

По-голямата част от студентите оценяват комуникативните умения на акушерките като „много добри“ – 64,2%, но има не-малка част от тях, които ги оценяват като „задоволителни“ -26,3% и 9,5% - като „незадоволителни“. Резултатите определено показват, че има недостатъчна подготовка на акушерките по отношение на професионалните комуникации с пациентките(фиг.48).

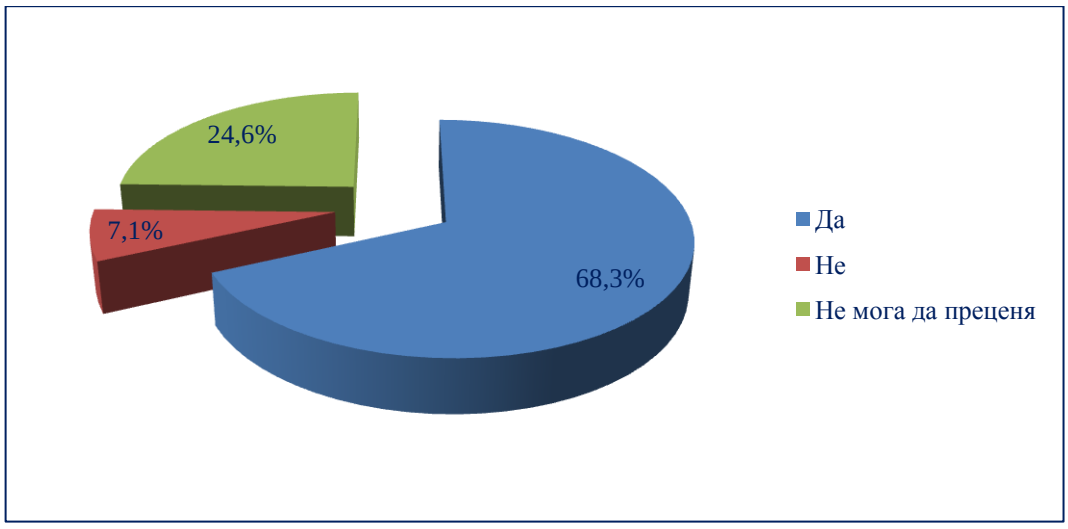
За да бъде осъществено качествено обучение на студентите от специалност „акушерка“, е необходимо да бъде провеждано обучение и на наставниците и участниците в процеса на практическото им обучение. Акушерската практика изисква да се развиват уменията на акушерката по отношение на редица съвременни медицински изследвания и методи, но съществено място трябва да имат и професионалните комуникации.



Фигура 49. Потребност на студентите от специално обучение за придобиване на практически умения по комуникация

При анализа на въпроса: „*Имате ли потребност от специално обучение за придобиване на практически умения по професионална комуникация*” (фиг.49) най-големия относителен дял – 87,5% се пада на студентите - респонденти, които изразяват мнение, имат необходимост от обучение, което да е насочено към формиране на специфичните за акушерската професия професионални комуникационни умения. Спецификата на различните ситуации в акушерската професия не могат да бъдат предадени на студентите по друг начин, освен да се структурират и да се поднесат в допълнителна дисциплина, като се използват възможностите на съвременните педагогически методи и подходи – като ситуационни задачи, ролеви игри и др. Трябва да се осигури възможност младите специалисти да приложат на практика усвоените теоретични знания и умения за професионалната комуникация. Затова е

необходимо е в обучението да се използва пълноценно включването на пациент в учебния процес, който предоставя възможност на студентите да развиват комуникативната си компетентност в специфична за медицинското обучение образователна среда. В общуването с жените нуждаещи се от акушерска грижа, бъдещите акушерки се учат чрез действие и емоционално преживяване да използват различни техники за задаване на въпроси в зависимост от целите, които си поставя конкретната ситуация, емоционалното състояние и характера на пациентката, развиват умения за активно слушане, умения за разчитане на невербалното поведение, за изразяване на емпатия. Гарант за качеството на здравните грижи полагани за пациента, е преподавателят (наставникът).



Фигура 50. Умения на студентите за комуникация в конфликтни ситуации

По-голямата част от анкетираните студенти са на мнение, че имат способността да се справят в конфликтни ситуации по най-подходящия начин – 68,3%. Отрицателен отговор са посочили едва 7,1% от студентите, но близо ¼ от тях отговарят че „не могат да преценят“ (фиг.50).

Но трябва да се отчете факта, че те все още не са попадали в ситуации, при които сами могат да вземат решение за разрешаване на възникнал с

пациентката конфликт. Обучението относно поведението им в различни конфликтни моменти при обгрижването на жените е от особена важност и необходимост, за да бъдат подготвени и да могат бързо да вземат решения, за да се справят с проблема.

В акушерската практика винаги има възможност да бъде създадена конфликтна ситуация, поради което е важно акушерката да знае и да може да реагира правилно и адекватно на ситуацията. Психологическото състояние на жената по време на бременност, раждане и при гинекологично заболяване е много променено и затова акушерката трябва да познава здравните проблеми на пациентката, за да може да анализира причините водещи до промяна в нейното поведение.

Равносметката от направения анализ разкрива, че мненията на изследваните лица (университетски преподаватели и студенти) в голяма степен са сходни и затова не се установяват статистически значими разлики. Представителите и от двете извадки приемат комуникативните умения като значим фактор в акушерската практика и необходимостта от формиране и усъвършенстване на комуникативната компетентност на студента.

3.5. Концептуален модел за развитие и овладяване на професионална комуникация в акушерските грижи

Въз основа на задълбочен анализ на български и европейски литературни източници, на добрата практика в областта на акушерските грижи, както и на емпиричните данни от настоящето проучване разработихме Концептуален модел за развитие и овладяване на професионална комуникация в акушерските грижи.

В професията на акушерката комуникативните умения се явяват неразделна част от професионалната им компетентност. За да могат акушерките да общуват ефективно с жените, са им необходими специални комуникативни умения и техники. Тези умения помагат и за изграждането на близка връзка между акушерката и жената, което е от ключово значение за крайния резултат от бременността и раждането. Грижата за изграждането на добра връзка между акушерка и пациент е важна, защото акушерството е професия на грижите.

Именно поради своята близост с пациента, към нея има едно, на практика безалтернативно изискване – да притежава и непрекъснато да развива своите комуникативни умения и навици.

Професионалното поведение на акушерката с оглед осъществяване на ефективна психологична комуникация е свързано със съблюдаване на някои основни изисквания:

- да успокоява, да напътства, да информира за всичко свързано със състоянието;
- да подготвя и разяснява на бъдещата майка как протича едно спокойно и овладяно раждане;
- да задава въпроси, обобщаващи казаното от пациентката;
- да води разговори на теми, които са най-близки до пациентката (навици, интереси и др.);

Според експерти на СЗО първостепенно място в акушерските грижи заема комуникацията между акушерката и жените ползватели на тези грижи. Насоките на този процес могат да бъдат онагледени чрез следния модел:

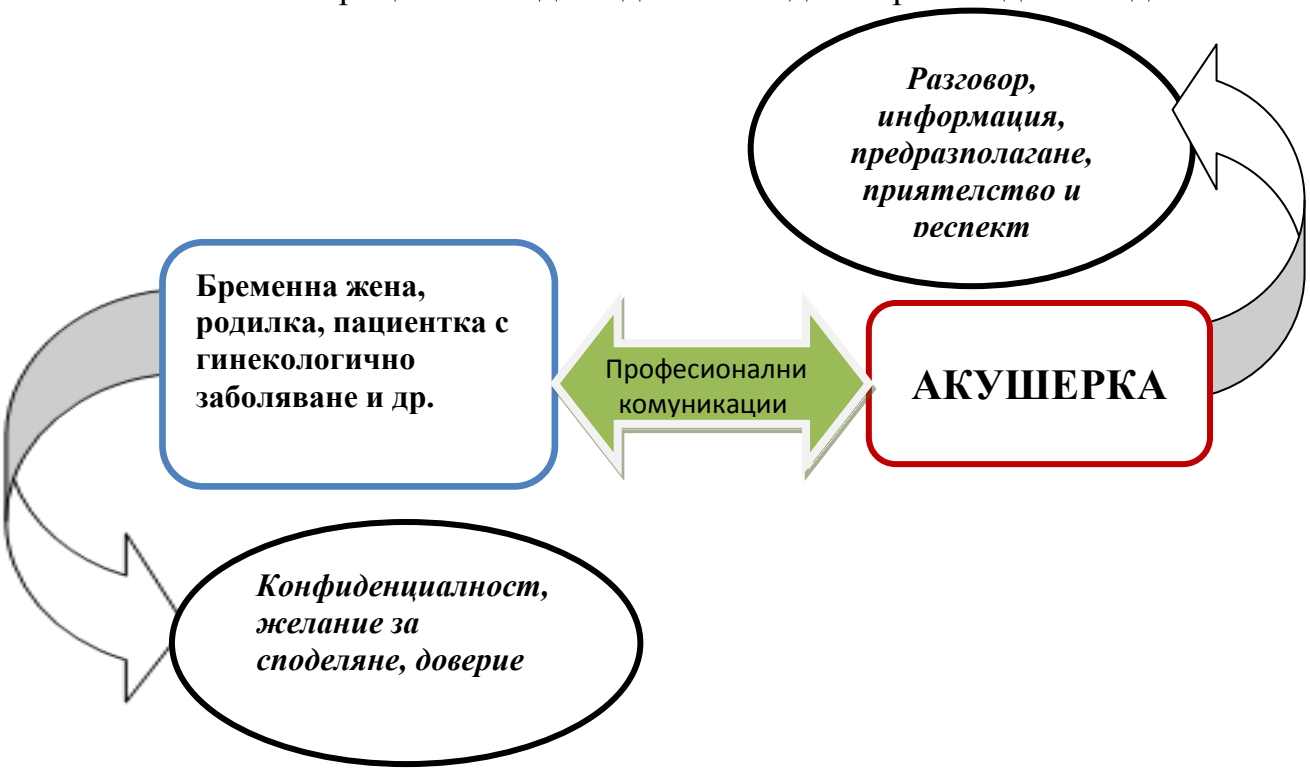


Схема 4. Модел на професионални комуникации в акушерските грижи

По този начин, един от най-актуалните проблеми на акушерските грижи, се явява проблемът с комуникативната компетентност на акушерките при осъществяването на специфична професионална комуникация на акушерката с бременни, родилки и жени с гинекологични проблеми, който намира своето изражение в уменията:

- да се разбере емоционалното състоянието на пациентката;
- да се въздейства върху психиката на пациентката;
- да се управлява собственото емоционално състояние.

Развитието на комуникативната компетентност на акушерките, трябва да започва в базовото обучение на студентите от специалност „Акушерка“ чрез придобиване на основни знания и практически умения за комуникация с пациента и да се доразвива чрез подходящи програми, в продължаващо обучение и професионална кариера на акушерката.

Въпросът, свързан с развитието и усъвършенстването на професионалната комуникация и комуникативните умения на бъдещите акушерки, е от особено значение. Очертава се явна потребност от обучение на акушерките за усъвършенстване на комуникативните им знания и умения, които ще подобрят взаимоотношенията с жените потребители на акушерски грижи (пациенти).

Акцентирането върху най-ефективните условия, средства техники за развитие и усъвършенстване на комуникативните компетенции и структурирането им във вид на модел, реализуем при организирането на процеса на практическо обучение в условията на висшето медицинско училище, способства за професионалното развитие на студентите. Това предполага установяване на взаимоотношения, позволяващи отчитането и удовлетворяването на нуждите от общуване, правилното разбиране и оценка на информацията за ефективността на комуникацията, което от своя страна помага за реализирането на качествена професионална подготовка на бъдещите акушерки.

Усъвършенстването на комуникативните умения в бъдещите акушерки ще бъде по по-ефективно, при реализиране на модела за развитие на комуникативна компетентност (професионална комуникация) чрез организиране на практическо обучение, обединяващо:

- познавателен, поведенчески и мотивационен компонент на комуникативна компетентност;
- комплекс от психолого-педагогични, организациони и дидактично-методични условия за развитие на комуникативната компетентност.

Към тези условия се отнасят:

- ❖ ориентиране на процеса на обучение към развитие и усъвършенстване на комуникационната компетентност;
- ❖ преориентиране на студентите от позициите на обекти към позициите на субекти в професионалната дейност;

- ❖ налагане на необходимостта от самообразование, в частност усъвършенстване на професионалната комуникация;
- ❖ обезпечаване на възможностите за участие на студенти в извън аудиторни проекти на творчески групи в различни направления, ориентирани към развитие и усъвършенстване на комуникативната компетентност.

Основните направления на модела се разпределят в следните посоки:

I. Организационни

Работа със студенти:

- Организиране на семинар на студентите преди клиничната практика, даване на практически задачи за провеждане на професионални разговори с пациентките.
- Организиране и провеждане на събеседвания със студенти на теми свързани с холистичния подход в акушерските грижи
- Организиране на практически курсове по комуникативен тренинг

Работа с педагогическите колективи :

Провеждане на срещи с преподавателите в специалността за оптимизиране на дейността им, свързана с развитието на знания и умения в областта на професионалната комуникация на студентите.

II. Научно-методически

- Разработване на програма за свободно-избираема дисциплина за развитие на комуникативна компетентност на студентите /Приложение 1/.
- Разработване на „Комуникативен“ паспорт на студента;
- Разработка на задачи за студентите свързани с клиничната практика в съответното отделение, осигуряващи усъвършенстване на уменията за професионална комуникация;
- Оформяне на мултимедийни презентации относно начините и подходите за ефективно общуване с пациентите;
- Оформяне на каталог с материали от периодичния печат относно общуването с пациенти;

- Създаване на електронна база данни с информационни материали, осигуряващи интерактивно обучение, с практична насоченост;
- Разработване на анкети за анализ на нивото на формиране на професионалната комуникация на студентите;
- Разработване на карти за самооценка на студента за осъществяване на рефлексии след приключването на клиничните практики по специалността.

III. Изследователски

- Диагностика на нивото на формирана комуникативна компетентност на студентите чрез:
  - ❖ Отчитане на резултати от оценки и самооценки на студента при регистрирането им в „Комуникативен паспорт на студента“, с цел идентифициране проблемите в обучението, определяне на перспективни направления, внасяне на промени в учебната програма.
  - ❖ Изследване на нивото на комуникативни компетенции на студентите на различни етапи на обучение съгласно разработените критерии /Приложение 2/.

Комуникативните умения на студентите, достигнати в процеса на формиране на комуникативните навици, предполагат решаване на задачи на различни нива *микониво* – общуване един с друг; *мезониво* – общуване с пациенти; *макониво* – общуване с други субекти в съвкупността. Такова общуване е възможно, само когато всеки индивид непрекъснато се стреми да издига и обогатява своята комуникативна култура.

Анализът на дейностите показва необходимостта от специална целенасочена подготовка на студентите - бъдещи акушерки, по отношение на комуникативната култура, в основата на която е комуникативната компетентност (професионалната комуникация).

Процесът на развитие на комуникативната култура не може да се разглежда изолирано от способностите за общуване и формирането на професионалната комуникация.

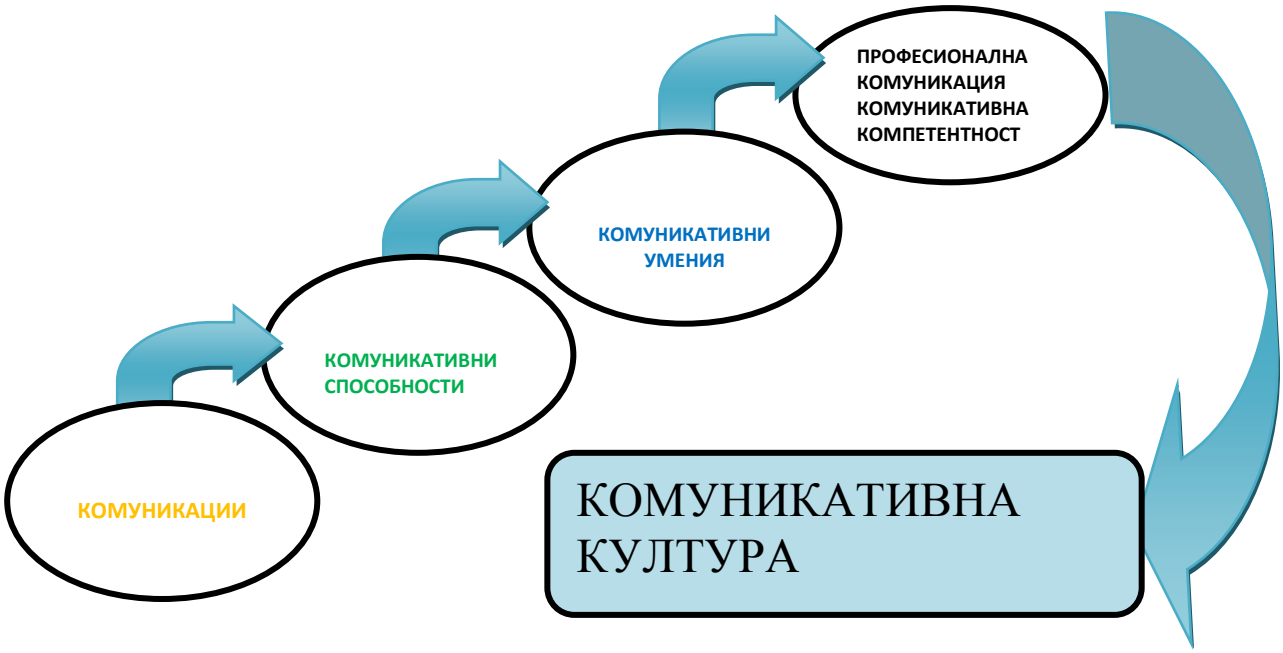


Схема 5. Процес на развитие на комуникативна култура

Управлението на процеса на развитие на комуникативната компетентност, изисква способност за безпроблемни и последователни действия в способността да се общува с хората:

- да организира съвместна дейност с пациентите;
- да се избира правилния стил и тон при общуването с пациентите;
- да контролира тяхното внимание;
- да предразполага събеседника към себе си;
- да предава информация визуално и др.

Формирането на професионална комуникация при студентите предполага три групи на умения:

- ❖ Комуникативни (обмен на информация);
- ❖ Интерактивни (междуличностно взаимодействие);
- ❖ Перцептивни (взаимно възприятие и разбиране).

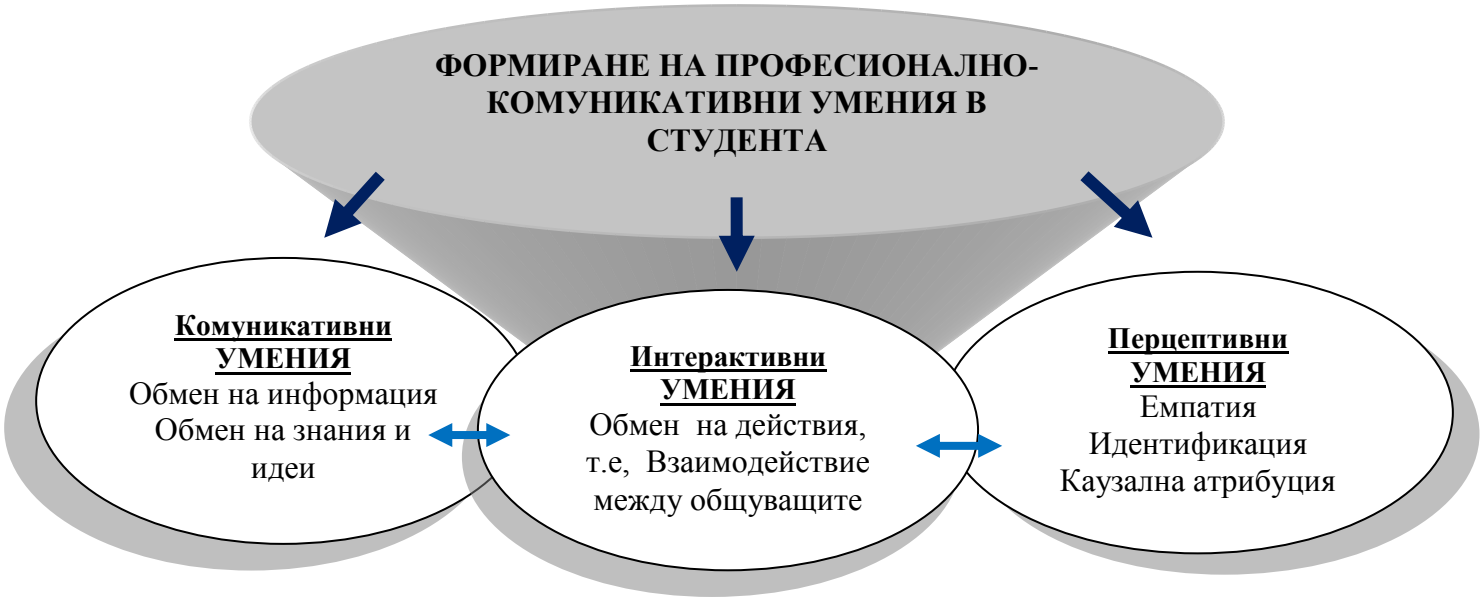


Схема 6. Механизми за формиране на професионално комуникативни умения

Ефективността на комуникацията до голяма степен зависи от това до колко взаимоотношенията между акушерките и пациентите се изграждат на принципите на сътрудничеството, взаимното уважение и доверие, сърдечността и отговорността. Процесът на комуникация между тях, от една страна, и между самите медицински специалисти от друга, има твърде богати измерения. Поради това акушерките трябва да умеят не само да осъществяват преки контакти с отделните пациенти, а и много добре да познават механизмите за формиране на междуличностните отношения.

В практиката си, акушерките постоянно общуват с жени, ползватели на акушерски грижи. И владеенето на комуникативни умения е част от професионалните им компетенции. Студентите - бъдещи акушерки трябва да се научат да управляват процесите на взаимодействие с участниците в лечебния и акушерския процес.

За развитието на комуникативната компетентност на студентите в процеса на обучение са необходими следните задължителни компоненти: познавателни (информационни), поведенчески (действени) и мотивационни (личностни).

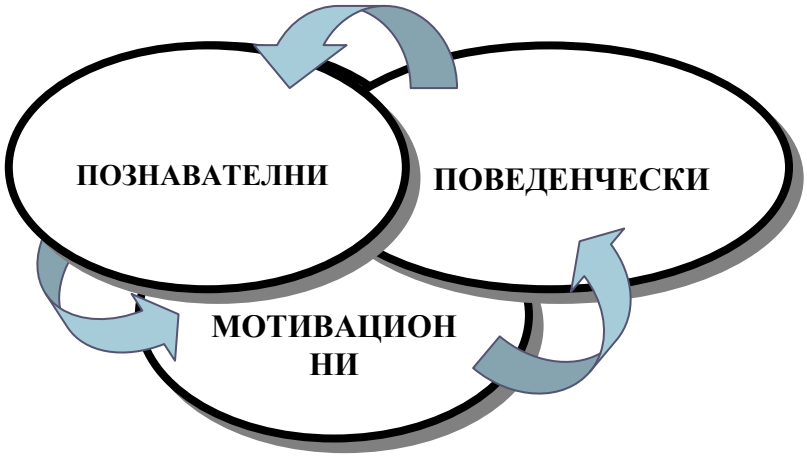


Схема 7. Компоненти за развитие на комуникативна компетентност на студента

Комукативната компетентост при акушерката включва следните компоненти:

ПОЗНАВАТЕЛНИТЕ са свързани с измененията в познавателната сфера на студента, предполага задълбочаване на неговите знания (лингвистични, социоално-културни, психологически), касаещи общите закони на общуването, закономерни комуникации, съвременни концепции за развитието на личността. Познавателният компонент включва в себе си следните знания:

- лексико-граматични знания и навици на езика;
- знания за социалния, историческия и етнокултурния фон;
- знания за терминологии, професионализъм;
- знания за стратегии и тактики за ефективно общуване.

ПОВЕДЕНЧЕСКИ - Те са насочени към развитието на разнообразни начини за комуникативна дейност в студентите, на цялостно самоопределяне и самоизразяване на личността на студента в процеса на решаване на комуникативни задачи. Той предимно е ориентиран към изграждането на умения. Под умения се разбира способността да се изпълнява определена дейност, формирана от личния опит на студентите на основата на знания. В нашето изследване това се отнася за комуникативните умения, свързани с осъществяване на професионални комуникации, адекватни на съответния тип ситуации. Поведенческият компонент включва в себе си:

- умения да се прилагат знания в ситуации на общуване;
- умение да се общува в рамките на актуална професионална тематика за решаването на професионални комуникативни задачи
- владеене на модели на поведение с използването на комуникативна техника, приета в определна етно култура;
- способност успешно да се реализира стратегия и тактика за ефективно професионално общуване.

МОТИВАЦИОННИЯТ компонент има за цел оказване на помощ на студента в асимилиране на професионално важните личностни и комуникативни качества, свързани с професионалната дейност, развитието на мотивациите и развитието на комуникативните му компетенции, като необходимо условие за професионално самоусъвършенстване.

В процеса на развитие на комуникативните компетенции, за системно образуващ компонент следва да се счита *мотивационният*, тъй като именно той в най-голяма степен съдейства за реализиране на процеса на развитие на личността на бъдещата акушерка, в процеса на професионална й подготовка. Този компонент оказва влияние на най-дълбоките слоеве на личността на студента: личностни ценности, постановки, система от убеждения, мотивационна сфера.

Мотивационният компонент включва в себе си:

- ориентация на личността;

- интерес към овладяването на професията;

- хуманно отношение към лечебния процес.

Може да се каже, че задълбочаването на теоретичните знания (познавателният елемент), разширяване на съдържанието и обема от комуникативни умения (поведенческият елемент) водят към трансформация на мотивационната сфера (мотивационен елемент) и осъзнаване на необходимостта от знания и умения в областта на професионалните

комуникации в акушерските грижи и лежащите в тяхната основа мотиви и ценности.

Тези компоненти се намират в диалектическа връзка и умението за общуване се разглежда като съвкупност от тях. На основата на знания, придобити в процеса на комуникативна ситуация, в студените се формират комуникативни умения, изграждат се комуникативните навици; някои навици, изградени като автоматични, се превръщат в комуникативни навици, и обратно, на основата на комбиниране на налични навици се осъществява формиране на нови комуникативни умения. От друга страна, комуникативните ситуации формират комуникативен опит в студентите, който се проява в нови комуникативни знания.

В процеса на практическото обучение на студентите, също се формират познавателни, поведенчески и мотивационни елементи на комуникативна компетентност, които определят нейното прогресивно развитие и усъвършенстване в бъдещите акушерки. Основна роля играе мотивационният компонент, който в най-голяма степен способства за оформяне личността на бъдещата акушерка и обуславя процеса на професионалното общуване. Именно той насърчава студента към постоянно опресняване на знанията, разширяване на запаса от комуникативни умения и навици, т.е. води към развитието на комуникативна компетентност, необходима за осъществяването на специфичната професионална комуникация на акушерката.

По този начин процесът на развитие и усъвършенстване на комуникативната компетентност (професионалната комуникация) в акушерските грижи, оказва непосредствено позитивно влияние върху професионалното личностно развитие на студентите и намират свое практическо изражение в осъществяването на активна и ефективна дейност в хода на клиничното обучение.

Комбинацията от тези компоненти представлява различни нива на формиране на професионалната комуникация в акушерските грижи и определят степента на готовност на студента към общуването.

Ниско ниво — комуникативната дейност на студентите носи неосъзнат характер, изборът на методите и средствата на общуване са на случаен принцип. Няма развити умения и навици подходящи за професионално общуване.

Средно ниво— комуникативната дейност се явява осъзната, но не се различава по творчески характер, не винаги съответства на даден тип ситуации, изборът на методи и средства не винаги е адекватен на комуникативното поведение.

Високо ниво — комуникативната дейност се явява осъзната, целенасочена, отличава се с творчески характер, развити са комуникативни умения и знания в областта на професионалното общуване.

3.6. Резултати и обсъждане от направената експертна оценка на концептуалния модел за развитие на професионална комуникация в акушерските грижи

Осъществена е експертна оценка на изготвения модел на професионална комуникация в акушерската практика, основан на анализираните данни от проведеното изследване и проучения положителен опит в тази посока. Оценката е изготвена от 19 експерти в областта на акушерските и здравните грижи, общественото здраве и организационното поведение - хабилитирани преподаватели по акушерство и гинекология, управление на здравните грижи, приложна психология, медицинска педагогика, главни и старши акушерки в АГ-болници с образователно-квалификационна степен «Бакалавър» и «Магистър» по управление на здравните грижи.

Анализът на получените експертни мнения показва, че моделът се приема без забележки от повечето експерти. В тези оценки се изтъква като положителен факт балансът, който е постигнат в синтеза на емпиричните данни

от проведеното проучване върху отделните аспекти на комуникациите в акушерските грижи и изведените акценти на добрата акушерска практика.

Всички експерти одобряват формулираните и разработени механизми и компоненти във формирането на професионални комуникативни умения, които предоставят по-добри дидактически и организационни възможности в зависимост от потребностите на студентите. Особено високо са оценени детайлно представените функции на модела, които притежават явна научно-приложна стойност.

Експертите са на мнение, че представеният модел на професионална комуникация в акушерските грижи съответства на належащите нужди от развитие на комуникативната компетентност в сферата на акушерските грижи. Той може да послужи като база за развиване и оценяване на комуникативните компетенции на акушерките. Постоянният напредък в практиката и качеството на акушерските грижи изисква съответен напредък в качеството на образованието на тези, които навлизат в професията на акушерката, както и непрекъснато обучение на онези, които вече практикуват.

Силните страни на модела, според експертите, са: актуалност, уникалност – за пръв път се разработва такъв модел с научно-приложен характер в сферата на акушерските грижи; изграден е върху ясна цел, много добре формулирани задачи и функции, разработване на „Комуникативен“ паспорт на студента и др.

Като слаби страни са посочени: не са определени отчетливо учебните форми; подходящо е да се обогати тематично.

Посочените затруднения, които могат да възникнат при прилагането на модела, са: организационни, материални, технически.

Единодушно е мнението на експертите, че моделът ще оптимизира подготовката на акушерките по отношение на комуникативната им професионална компетентност, постигането на екипна ефективност и и по-високо качество на акушерските грижи.

Някои от експертите отправят препоръка да се обмислят учебни и тренингови форми за овладяване на знания и умения в сферата на професионалните комуникации в акушерската практика, като се постави акцент върху академичната подготовка на акушерките.

Според експертите моделът отговаря на явните потребности за оптимизиране на образователната подготовка в областта на акушерските грижи. Прилагането му ще съдейства за постигане на комуникативни компетенции, значими за професията на акушерката.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Получените резултати определено показват, че всеки, който е поел пътя на хуманна професия, каквато е грижата по опазване на човешкото здраве и живот, е призван да овладява не само знания и умения в своята професионална област, но и да развива комуникативната си компетентност. Тъй като професията на акушерката принадлежи към т. нар. комуникативни професии и предполага непрекъснати контакти с пациенти от най-различни социални, етнически и културни групи, добрата културална подготовка се явява практически задължителен елемент от нейната обща професионална подготовка. Разгледано в по-разширен план, тази подготовка е задължителна и за всички специалисти в здравеопазната система. Знаем, че ефективният процес на лечение задължително преминава през естествените, неформални отношения в системата медицински специалист / пациент.

Осъществяването на био-психо-социален подход към здравето в съответствие със съвременните европейски стандарти за медицинско обслужване изисква добра социалнопсихологична подготовка на акушерката. Тя е необходима стъпка към изграждането ѝ като компетентен професионалист в областта на общественото здраве. Съществен елемент от нейната работата е умението ѝ да общува: с обгрижваните жени и техните близки, с колегите, с членовете на мултидисциплинарния екип. Всъщност без ефективно общуване усилията ѝ не ще имат необходимия ефект, защото в комуникативния процесс се обменя важна информация, изграждат се отношения на взаимно разбиране и партньорство.

Установяването на степента на усвоените комуникативни умения на акушерките като значима част от професионалната им подготовка представлява опит да се достигнат резултати в тази недостатъчно изследвана област. Ето защо проведохме това комплексно проучване, като обхванахме всички участници в процеса: обучавани, обучаващи, работещи специалисти и потребители на акушерски грижи. В този ред на мисли разгледахме различни

аспекти на професионализма на акушерките в контекста на задължителното изискване за притежаване на комуникативни умения.

Необходимо е да се използва целият потенциал на академичната подготовка и продължаващото обучение, за да се организират различни и разнообразни форми на обучение, насочени към усъвършенстване и развитие и на комуникативна компетентност на практикуващи и бъдещи акушерки.

Въпреки, че резултатите не предлагат категорични отговори на многобройните въпроси, свързани с комуникативната компетентност на здравните професионалисти, те могат да послужат като основа за сравнителен анализ или отправна точка при бъдещи изследвания.

ИЗВОДИ

Въз основа на направения анализ на данните от проведеното емпирично проучване могат да се формулират следните основни изводи:

1. Обобщавайки акцентите на анализираните литературни източници, определяме ясната необходимост от задълбочаване на академичната подготовка на акушерките по отношение на овладяването на модели на терапевтично поведение чрез подобряване на невербалния и вербалния стил на комуникация „акушерка – пациент".
2. Над половината респонденти – жени, ползватели на акушерски грижи (54%) оценяват като „много добри" комуникативните умения на акушерките, 1/3 от анкетираните са ги посочили като „задоволителни", а 14,4% са дали „незадоволителна" оценка. Близо ¼ от анкетираните жени споделят, че не се създават взаимоотношения на доверие с акушерките, поели отговорността за грижите към тях.
3. Според 54% от пациентките, основните проблеми на комуникацията в акушерската практика се дължат на липсата на желание за общуване от страна на акушерките, а 1/3 от респондентите считат, че причина за това е дефицитът на професионални умения за общуване.
4. Всички анкетирани акушерки (98,7%) са на мнение, че се налага да бъде оптимизирана подготовката по отношение на професионалните комуникации – от една страна на студентите и от друга страна – на професионалистите.
5. 70,6% от акушерките посочват, че значим дял от конфликтите, възникнали в процеса на работа се дължат на грешки при комуникацията и смятат за необходимо да бъде засилено обучението по комуникативни умения във Висшите медицински училища. Над 82% от акушерките изявяват желание да участват в практикуми по комуникации, както и в

програмите за СДО да бъдат включени проблеми по общуването в работна среда.

6. Мнението на практикуващите акушерки (96,7%) и на респондентите-жени (78%) са твърде сходни по отношение на необходимостта, комуникативните умения да са един от основните показатели при назначаване на акушерките на дадено работно място.
7. Почти всички преподаватели - респонденти (80%), изразяват положително становище, че комуникационните умения са необходим елемент от професионалната подготовка на студентите от специалност „Акушерка".
8. 87,5% от преподавателите считат, че в обучението на бъдещите акушерките е необходимо да постави акцент върху комуникациите и формирането на професионалните им умения за общуване. Всички (100%) изразяват мнение, че за студентите е необходимо въвеждането на практически тренинг за общуване с пациента.
9. Значителна част от студентите (87,5%) са на мнение, че имат потребност от специално обучение, което да е насочено към формиране на специфичните за акушерската професия професионални комуникационни умения. Според 92,3% от тях, най-добре комуникативните умения се овладяват и формират по време на клиничната им практика.
10. Повече от половината студенти-респонденти оценяват комуникативните умения на практикуващите акушерки като „много добри" – 64,2%, но не-малка част от тях ги оценяват като „задоволителни"(26,3%), а 9,5% - като „незадоволителни". Тези резултати определено показват, че има недостатъчна подготовка на акушерките по отношение на професионалните комуникации с пациентките.
11. Всички изследвани групи лица определят единодушно значимостта на комуникативните способности на акушерките, като съществен елемент от професионалната им компетентност.

12. С разработения концептуален модел за развитие и овладяване на професионална комуникация в акушерските грижи е намерен практически подход за оптимизиране на обучението и подобряване качеството на акушерските грижи.
13. Според експертната оценка, разработеният концептуален модел:
    - отговаря на явните потребности за оптимизиране на образователната подготовка в областта на акушерските грижи;
    - притежава научно-приложна стойност;
    - прилагането му ще съдейства за постигане на комуникативни компетенции, значими за професията на акушерката.

ПРЕПОРЪКИ

Изхождайки от конкретните резултати на проведеното проучване и за постигане на по-голяма ефективност, разработихме следните препоръки към Висшите медицински училища

1. Да се въведе изискване за минимално ниво комуникативни умения у бъдещите акушерки, което да стане част от приемния изпит за постъпване във висшето училище.
2. Да се актуализират периодично учебните планове и програми по „Медицинска етика", „Психология" и други учебни дисциплини имащи отношение към комуникативната компетентност.
3. В учебните програми по всички клинични дисциплини да застъпят и учебно практически задачи за изграждане на комуникативни умения, съобразно спецификата на разглежданата патология.
4. Да бъдат разработени и предложени актуални програми по комуникативни умения за СДО, касаещи работа в екип и преодоляване на конфликти, както за акушерките, така и за ръководителите и мениджърите на АГ грижи.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ОДОБРЯВАМ
РЕКТОР НА МУ **За учебната**

УЧЕБНА ПРОГРАМА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА „АКУШЕРКА” ЗА ОБРАЗОВАТЕЛНО КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН „БАКАЛАВЪР”

Наименование на дисциплината: ***КОМУНИКАТИВНА КОМПЕТЕНТНОСТ В АКУШЕРСКАТА ПРАКТИКА***	**Сигнатура**	**Хорариум** ***15 часа***
Образователна степен	**Бакалавър**	
Вид на обучение *редовно*	**Часове за седмица** 1	**Брой кредити** 1
Вид на дисциплината *Свободно избираема*		
Вид на курса	Един семестър / шести /	
Ниво на курса /според наредбата за Учебните програми/	Ниво Б /бакалавър/	
Форми на оценяване	Текущо оценяване Участие в семинари	**Семестриален изпит**
Какви форми и методи на обучение се използват в курса?	Лекция, учебно-практически и семинарни занятия, дискусия, ролеви игри, самостоятелна работа, учебно-практически задачи, решаване на казуси	

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ
Бакалавърска програма по здравни грижи
КАТЕДРА: ЗДРАВНИ ГРИЖИ
Адрес: София, ул."Бяло море "8
Тел/ факс: 029432346

София, 2014г.

ЦЕЛ НА УЧЕБНАТА ДИСЦИПЛИНА:

Придобиване на ниво на комуникативна компетентност в областта на акушерските грижи за осъществяването на специфична професионална комуникация на акушерката с бременни, родилки и жени с гинекологични проблеми.

Задачи на програмата

* Студентите да получат необходимите теоретични знания в областта на комуникациите в акушерските грижи

* Студентите да придобият практически умения за прилагане на професионалната комуникация на акушерката при бременни, родилки и гинекологично болни жени.

* Студентите да формират високо ниво на комуникативна компетентност, необходимо им за подобряване на акушерския подход за грижи при бременни, родилки и гинекологично болни жени.

ОПИСАНИЕ НА КУРСА:

Курсът се състои от 15 академични часа, реализирани в различни учебни форми

- Лекции – 5 часа
- Учебно-практически задачи, семинарни занятия и ролеви игри – 10 часа, изискващи активност от страна на студентите и самостоятелна работа по предварително зададени теми по време на аудиторната и извънаудиторна работа.

Формиране на оценката - по два начина:

Чрез текущ и заключителен контрол

Методи за изпитване и оценяване:

Устно, писмено, тестове, решаване на практически задачи, казуси и др.

УЧЕБНО - ТЕХНИЧЕСКИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕПОДАВАНЕ: схеми, таблици, данни от проучвания, интерактивни средства, изработени документи от студенти и др.

ТЕМАТИЧЕН ПЛАН
ПО ТЕМАТИЧНИ ЕДИНИЦИ И ЧАСОВЕ

ТЕМА	Лекции	Упражнения	Общо
1. Процесът на комуникация като обмен на информация (пряка и обратна връзка)	1	-	**1**
2. Специфични характеристики на медицинската комуникация между акушерката и бременната	1	-	**1**
3. Специфични характеристики на медицинската комуникация между акушерката и раждащата	1	-	**1**
4. Специфични характеристики на медицинската комуникация между акушерката и родилката	1	-	**1**
5. Специфични характеристики на медицинската комуникация между акушерката и гинекологично болната жена	1	-	**1**
6. Основни групи и видове комуникативни техники	-	2	**2**
7. Техники за приемане на невербална и вербална информация от пациента	-	2	**2**
8. Техники за увеличаване обема и верифициране на информацията, получавана от пациента	-	2	**2**
9. Техники за предаване на информация от акушерка на пациентка	-	2	**2**
10. Техники за подкрепяне на комуникативната дейност на пациента	-	2	**2**
	5	**10**	**15**

ОБЩО: 15 учебни часа в един раздел - 5 часа лекции и 10 часа упражнения.

ПРЕДВАРИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ: успешно да са завършили курса по медицинска етика и медицинска психология

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

КРИТЕРИИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НИВО НА КОМУНИКАТИВНА КОПЕТЕНТНОСТ ЗА ОСЩЕСТВЯВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНА КОМУНИКАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА”

Ниско ниво

Елементи	***Характеристика на елементите на професионална комуникация***
Познавателен	Познанията по професионална комуникация са минимални. Студентите си взаимодействат при изпълнението на прости задачи в ситуации на общуване, изискващ несложен директен обмен на мнения по значими въпроси, относно сферата на конкретно обкръжение, условия за живот и дейност.
Поведенчески	Студентите владеят отделни комуникативни умения и навици, но ги използват неосъзнато и неефективно. Не са способни да осъществяват и прилагат средства за професионално общуване адекватно на ситуациите. Обръщението е закрито (не проявяват чувства и не заемат позиции), емпатията и рефлексите не са развити. Комуникативната изобретателност отсъстват.
Мотивационен	Мотивите за усъвършенстване на комуникативната компетенция не са формирани, затова и отсъства активност, насочена към усъвършенстване на общуването. В ситуации на общуване хуманитарните идеали не са приоритет. Студентите възлагат отговорността за характера на общуване на свои на партньори и се осланят на външни обстоятелства.

Средно ниво

Елементи	***Характеристика на елементите на професионална комуникация***
Познавателен	Владеят емпирични комуникативни знания, с ниска степен на общуване, усещат недостиг на оперативни знания в областта на общуване. Студентите си взаимодействат с определена степен увереност относно широк кръг въпроси, относно ежедневни ситуации, учебни теми, бъдещи професионални дейности.
Поведенчески	Формирани са основните комуникативни умения и навици. Методите и средствата за комуникация се използват осъзнато. В ситуации на речево общуване действат успешно, независимо че нестандартните ситуации предизвикват затруднения. Не винаги проявяват емпатия, невладеят достатъчно рефлексия. Комуникативната изобретателност в някои ситуации на професионална комуникация отсъства.
Мотивационен	Мотивите за усъвършенстване на комуникативната компетенция е формирана частично, поради това активността, насочена към достигане на професионална комуникация, се явява частична. Хуманистичното отношение не се явява приоритетно в сложни ситуации на общуване с пациента. Студентите приемат за своя отговорност характера на общуването.

Високо ниво

Елементи	*Характеристика на елементите на професионална комуникация*
Познавателен	Знанията носят системен, научен и оперативен характер. Студентите с лекота подбират методите и средствата за професионална комуникация с пациента, коректни и ефективни са в ситуации на общуване с тях или с колеги на професионални теми.
Поведенчески	Формирани са комуникативните умения и навици. Студентите ефективно и осъзнато използват средства и методи за общуване с пациента. Нестандартните комуникативни ситуации на общуване не предизвикват затруднения, често проявяват комуникативна изобретателност.
Мотивационен	В индивидуалните характеристики на студента, хуманистични идеали са приоритет. Студенти показват емпатия и рефлексия. Студентите комуникарат по такъв начин, че не предизвикват напрежение и стрес, като придават лична значимост на събитията и преживявания на пациента, изразявайки позицията си ясно, използвайки адекватни вербални и невербални средства.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

Анкетна карта за пациента

Уважаеми ДАМИ!

С тази анонимна анкетна карта проучваме Вашето мнение за комуникативните умения на акушерките и връзката между степента на тяхното усъвършенстване и неефективната комуникация в акушерската практика. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на процеса на формиране на комуникативни умения. Моля, заграждайте с кръгче верния отговор! БЛАГОДАРИМ ВИ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО!

1. **Какво е вашето образование?:**
   Начално; Основно; Средно; Висше;
2. **На колко години сте?**
   от 19 до 30г.; от 31 до 40г.; от 41 до 50г.; над 50

№	Въпрос	Оценка
1.	**Представи ли Ви се акушерката, която се грижеше за Вас по време на престоя Ви в болничното заведение?**	А/ Да Б/ Не В/ След като попитах
2.	**Съгласни ли сте, че комуникативните умения благоприятстват за по-добри взаимоотношения между акушерката и пациента?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
3.	**Удовлетворени ли сте от уменията на акушерките да общуват с Вас по време на грижите и болничното лечение?**	А/Да Б/ Не В/ Отчасти
4.	**Как бихте оценили комуникативните уменията на акушерките, които са Ви обслужвали.**	А/Много добри Б/ Задоволителни В/ Незадоволителни
5.	**С какво са свързани проблемите в медицинската комуникация, според Вас?**	А/липса на умения за общуване Б/ липса на желание В/професионална компетентност Г/комуникативните умения на пациентите
6.	**Смятате ли, че пречка за достатъчна комуникация с пациента е липсата на време, поради недостатъчност на персонала ?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
7.	**Получавате ли необходимата информация от акушерките, когато се интересувате по въпроси свързани със състоянието Ви?**	А/ Да В/ Не Г/ Отчасти
8.	**Какво е необходимо според Вас за успешна комуникация в здравеопазването?**	А/ достъпен език Б/ интонация и темп В/ изслушване на пациент Г/ друго
9.	**Целесъобразно ли е според Вас, при постъпване на работа да се вземат предвид и комуникативните умения на акушерки?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя
10.	**Необходимо ли е според Вас да бъде засилена подготовката по комуникативни умения при обучението на акушерките в Медицинския университет?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя
11.	**Имате ли доверие в акушерките, които се грижат за Вас?**	А/ Да напълно Б/ Донякъде В/ Не
12.	**Според Вас, имат ли значение мимиките, погледите, жестовете и интонацията на гласа на акушерките?**	А/ Да - голямо Б/ Незначително В/ Не - никакво

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

Анкетна карта за акушерки

Уважаеми колеги!

С тази анонимна анкетна карта проучваме Вашето мнение за комуникативните умения на акушерката и връзката между степента на тяхното усъвършенстване и неефективната комуникация в акушерската практика. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на процеса на формиране на комуникативни умения. Моля, заграждайте с кръгче верния отговор! БЛАГОДАРИМ ВИ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО!

1. **Вие сте акушерка с трудов стаж по специалността:**
   □1 – 3 години; □ 4 – 10 години; □ над 10 години; □ над 20 години;
2. **На колко години сте?**
   □от 23 до 30г.; □от 31 до 40г.; □от 41 до 50г.; □ над 50

№	Въпрос	Оценка
1.	**Съгласни ли сте, че комуникативните умения благоприятстват за по-добри взаимоотношения между акушерката и пациента?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
2.	**Смятате ли, че Вашите комуникативни умения допринасят в по-голяма степен за доверието на пациентката Ви към Вас?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
3.	**Как оценявате комуникативните умения на колегите си?**	А/ Много добри Б/ Задоволителни В/ Незадоволителни
4.	**Дайте обобщена оценка по шестобалната система на комуникативните умения на новопостъпилите акушерки**	6 5 4 3 2
5.	**Приемате ли, че новопостъпилите акушерки създават повече предпоставки за неефективна комуникация, поради недостатъчни комуникативни умения?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
6.	**Според Вас, изпълнява ли водеща роля Медицинския университет при формирането на тези умения?**	А/ Да Б/ По-скоро ДА В/ Не Г/ По-скоро НЕ
7.	**Оценете по шестобалната система комуникативните Ви умения за:** **А/ Общуване с пациентите** **Б/ Общуване с близките на пациентите** **В/ Общуване с колегите в медицинските екипи** **Г/ Общуване със своите ръководители**	 6 5 4 3 2 6 5 4 3 2 6 5 4 3 2 6 5 4 3 2
8.	**Приемате ли, че притежавате комуникативни умения, които Ви помагат да избегнете конфликтните ситуации в работната среда?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
9.	**Умеете ли да слушате при общуване ?**	А/ Да Б / Не В/ Отчасти
10.	**Умеете ли да подпомагате с рационални умения процеса на комуникиране?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя
11.	**Какъв дял от конфликтите с болните и колегите във Вашия колектив се дължат на грешки при комуникацията?**	А/ Значим /голям/; Б/ По равно с други причини; В/ Малък /незначителен/
12.	**Необходимо ли е според Вас да бъде засилена подготовката по комуникативни умения в Медицинския университет?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя

13.	**Необходимо ли е според Вас, в програмите за СДО за акушерки да бъдат включени проблемите на общуването в работната среда?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя
14.	**Ако Ви бъде предложен практикум по комуникации, бихте ли се включили?**	А/ Да Б / Не
15.	**Целесъобразно ли е според Вас, при постъпване на работа да се вземат предвид и комуникативните умения на акушерки?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя

ПРИЛОЖЕНИЕ №5

Анкетна карта за преподаватели

Уважаеми колеги!

С тази анонимна анкетна карта проучваме Вашето мнение за комуникирането в различни условия и връзката между степента на тяхното усъвършенстване и неефективната комуникация. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на процеса на формиране на комуникативни умения. Моля, заграждайте с кръгче верния отговор! БЛАГОДАРИМ ВИ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО!

1. **Вие сте преподавател с трудов стаж по специалността:**
   □1 – 5 години; □ 6 – 10 години; □ над 10 години; □ над 20 години;
2. **На колко години сте?**
   □ до 30г.; □ до 40г.; □ до 50г.; □ над 50

№	Въпрос	Оценка
1.	**Съгласни ли сте, че комуникативните умения на акушерките, влияят за подобряване качеството на грижите за пациента?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
2.	**Смятате ли, че комуникативните умения са необходим елемент от професионалната подготовка на студентите - бъдещи акушерки ?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
3.	**Според Вас, изпълнява ли МУ водеща роля при формирането на тези комуникативни умения в студентите?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
4.	**Достатъчни ли са според Вас, дисциплините в учебния план свързани с професионалното общуване?**	А/ Да Б/ Не В/ Не мога да преценя
5.	**Необходимо ли е според Вас да бъде засилена подготовката по комуникативни умения при обучението на акушерките в Медицинския университет?**	А/ Да Б/ Не В/ Не мога да преценя
6.	**Според Вас, необходим ли е практически тренинг на студентите за общуване с жените, на които се оказват акушерски грижи?**	А/ Да Б/ Не В/ Не мога да преценя
7.	**Оценете по шестобалната система умения на новопостъпилите студенти за общуване в студентската група:**	6 5 4 3 2
8.	**Оценете по шестобалната система комуникативните умения на новопостъпилите студенти и готовността им за общуване с жените, на които се оказват акушерски грижи:**	6 5 4 3 2
9.	**Оценете по шестобалната система комуникативните умения на завършващите студенти при общуване с жените, на които се оказват акушерски грижи:**	6 5 4 3 2
10.	**Смятате ли, че Вашите комуникативни умения са достатъчни за преподавателската Ви дейност?**	А/ Да Б/ Не В/ Не мога да преценя
11.	**Според Вас, преподавателите от ФОЗ, имат ли нужда от допълнително усъвършенстване на комуникативните си способности?**	А/ Да Б / Не В/ Не мога да преценя
12.	**Приемате ли, че притежавате комуникативни умения, които Ви помагат да избегнете конфликтни ситуации при общуването със студентите?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

Анкетна карта за студенти

Уважаеми студенти!

Молим Ви да попълните анонимната анкетна карта, с която проучваме Вашето мнение по въпроси за комуникирането /общуването/ в различните условия за обучение и работа на акушерките. Резултатите ще се използват само за нуждите на проучването с цел оптимизиране на процеса на формиране на комуникативни умения. Моля, заграждайте с кръгче буквата на верния отговор!

БЛАГОДАРИМ ВИ ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО!

1. **Кой курс сте? □ I; □ II; □ III; □ IV;**
2. **На колко години сте? □от 19 до 25г.; □от 26 до 30г.; □от 31 до 35г.; □от 36 до 46г.; □ над 46**

№	Въпрос	Оценка
1.	**Преди постъпване в Медицинския университет имахте ли специална подготовка по комуникативни умения?**	А/ Да Б/ Не В/ Отчасти
2.	**Приемате ли, че са необходими комуникативни умения у бъдещата акушерка?**	А/ Напълно съм съгласна Б/ Съгласна съм В/ Не съм съгласна Г/ Пълно несъгласие
3.	**Оценете по шестобалната система Вашите умения за комуникация с колегите от студентската група**	6 5 4 3 2
4.	**Оценете по шестобалната система на този етап от обучението Ви уменията за комуникиране с жените, на които се оказват акушерски грижи и техните близки**	6 5 4 3 2
5.	**Изпълнява ли Медицинския университет /ФОЗ/ водеща роля при формирането на тези умения ?**	А/Напълно съм съгласна Б/ Съгласна съм В/ Не съм съгласна Г/ Пълно несъгласие
6.	**Показват ли преподавателите във ФОЗ нужните комуникативни умения при работата си със студентите?**	А/ ДА Б/ По-скоро ДА В/ НЕ Г/ По-скоро НЕ
7.	**Показват ли преподавателите нужните комуникативни умения при работа с жените, на които се оказват акушерски грижи и техните близки?**	А/ ДА Б/ По-скоро ДА В/ НЕ Г/ По-скоро НЕ
8.	**По кои учебни дисциплини получихте теоретични познания по комуникация?**	1Медицинска психология 2 Медицинска етика 3 Комуникативен тренинг 4 Практически основи на САГ 5 Друго
9.	**В кои от следните учебни форми усвоявате най-добре умения за комуникация?**	А/ в лекционните Б/ в упражненията В/ в учебната практика
10.	**Как бихте оценили комуникативните умения на работещите акушерки от базите за обучение**	А/ много добри Б/ задоволителни В/ незадоволителни
11.	**Имате ли нужда от специално обучение за придобиване на практически умения по комуникация?**	А/ ДА Б / НЕ В/ Не мога да преценя
12.	**Умеете ли да общувате надеждно при ситуации на конфликти?**	А/ ДА Б / НЕ В/ Не мога да преценя

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7

ВЪПРОСНИК
ЗА

ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА НА МОДЕЛ НА ПРОФЕСИОНАЛНА КОМУНИКАЦИЯ В АКУШЕРСКИТЕ ГРИЖИ

1. Считате ли, че предложеният модел отговаря на общоприетите изисквания за техническо оформяне?
   - Да отговаря
   - Да отчасти
   - Не отговаря

   Критични бележки……
   ……
   ……
   Предложения……
   ……
   …….
2. Считате ли, че са включени основните тематични направления и компоненти, които трябва да присъстват в професионалната подготовка по комуникации на акушерките?
   - Да
   - Отчасти
   - Не

   Критични бележки……
   ……
   …….
   Предложения……
   ……
   …….

3. Считате ли, че предложеният модел ще бъде ефективен и ще повиши реално комуникативните умения на студентите?
   - Да
   - Отчасти
   - Не

   Критични бележки…….
   ……

Предложения……
……
……

4. Кои, според Вас, са силните страни на модела?
   ……
   ……
   ……

5. Кои, според Вас, са слабите страни на модела?
   ……
   ……
   ……

6. Посочете, според Вас, какви затруднения могат да възникнат при прилагането на модела в практиката
   ……
   ……
   ……

7. Посочете, според Вас, възможности за по-лесното внедряване модела в професионалната подготовка на акушерките
   ……
   .....
   .....
   .

БЛАГОДАРИМ ВИ ЗА АКТИВНОТО УЧАСТИЕ!

Б И Б Л И О Г Р А Ф И Я

1. Александрова, М., Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, София, 2007г.
2. Александрова М. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. В: Сборник от научни студии и стадии на ЮЗУ „Неофит Рилски”- Съвременното образование – мисия и визия. Унив. изд. „Неофит Рилски”, Благоевград, 2010, с. 459 – 462.
3. Алексиева В., И. Стамболова**.** Конфликти на работното място. Здравни грижи, 2009, бр. 2, с. 24-25.
4. Алтшулер, Дж., Как да работим с хроничната болест. Семеен подход, София, БПА, 1999.
5. Андреева Л., Социално познание и личностно взаимодействие, С, 1999.
6. Аргайл, М., Хендерсън М.,Анатомия на човешките отношения, С.,1989 .
7. Ачкова, М., Приложна психология в медицината и здравните грижи, София, 2001г., изд. „КОТИ ЕООД”.
8. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, София, 2010г., изд. „Булвест 2000”.
9. Балканска, П., П.Бикова, За емоционалната интелигентност и обучението на медицински специалисти, Интердисциплинната идея в действие, ТЕМТО, София, 2011,80-83.
10. Балканска, П., Невербалното поведение – съществен елемент в психологичната подготовка на здравни специалисти, Интердисциплинната идея в действие, ТЕМТО, София, 2011,84-87.
11. Балканска, П., Емпатично поведение в медицинската практика, В: Медицинска педагогика, ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2010, 216-225.
12. Балканска, П., Ж. Христов, М.Александрова, Работа в екип и екипни взаимодействия, В: Медицинска педагогика, ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2010, 226-238.

13. Балканска, П., Ж. Христов, Професионално общуване и комуникативна компетентност, В: Медицинска педагогика, ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2010, 203-215.

14. Балканска, П., П.Бикова, За емоционалната интелигентност и обучението на медицински специалисти, В:Интердисциплинната идея в действие, ТЕМТО, София, 2011,80-83.

15. Балканска, П., Н. Георгиев, Т. Попов, К. Попова Осигуряване и поддържане на компетентността в здравната организация като стратегическа функция на управлението, В: Интердисциплинната идея в действие, под ред. акад.Н.Манолов, изд. ТЕМТО, София, 2010, 185-189.

16. Бикова П. Обучението на пациентите – приоритет на съвременното сестринство, Здравни грижи, бр. 3,2010, с. 12-14.

17. Бодалев А., Личност и общуване, София, 1983г.

18. Борисов, В., Здравен мениджмънт т. 1, Филвест, 2004 г.

19. Борисов, В., С. Попова, Л. Георгиева и др. Промоция на здравето. София, 1998, 117.

20. Борисов, В., Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова. Социална медицина. София, 2002, 64-71.

21. Булева Л., Человек: детельность и общение, М., 1978г.

22. Велев П. и В. Нишева, Самооценка на комуникативните способности на медицинските специалисти, Сестринско дело бр. 2/2004 г.

23. Воденичаров, Ц., М. Митова, С. Младенова, Медицинска педагогика, София, 2008г., изд. „Артик 2001".

24. Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, София, 2006г., изд. „Фалкор Консулт" ООД.

25. Воденичаров Ц., С. Попова**,** Медицинска етика, С., Екопринт, 2010, 230

26. Воденичаров, Ц., Зл. Глутникова, Л. Гатева, Иновации в медицинското образование, София, 1997г., изд. „Аквaграфис ООД".

27. Воденичаров, Ц. Път в медицината. С., ЦНИМЗ, 1992, 95

28. Гарнър, А., А. Пийз, Езикът на тялото, СИЕЛА С., 2000 г.

29. Голдман, Д., Емоционална интелигентност, Кибеа, 2000 г.

30. Десев, Л. Речник по психология, "Булгарика", С., 1999 г

31. Джонев, С. "Социална психология",София, изд. «Софи-Р»,1996.

32. Димитрова,М., И.Стамболова, Проблеми на професионалното общуване на медицинските сестри, Сестринско дело, 42, 1, 7-10.

33. Димитрова, Е., Студентите медицински сестри и акушерки с университетско образование за качеството на професионалната им подготовка, сп. „Сестринско дело", София, 2009г., бр.4, стр. 30.

34. Димитрова М., И. Стамболова**.** Невербалната комуникация в процеса на оказване на здравни грижи. Здравни грижи, 2010, бр. 2, с. 9-12.

35. Димитрова, Е., С. Младенова, М. Митова, Студентите – медицински сестри и акушерки за качеството на учебния процес в медицинското висше училище, сп. *TRAKIA JOURNAL OF SCIENCES*, Volume 6, Number 2, Supplement 3, 2008, p. 97 - 100.

36. Димитрова Д., Емил Ковачев. Психологически аспекти на акушеро -гинекологичната практика. Здраве и Наука , Медицински колеж София бр. 1/2013.

37. Димитрова, Е., М. Митова, П. Балканска, Обучението на медицинските сестри в България и европейското образователно пространство, сп. „Здравен мениджмънт, София 2007г., стр. 69-72.

38. Димитрова, Е., Формиране на професионални качества у студентите-медицински сестри, в процеса на клинично обучение, сп. „Здравни грижи", София, 2006г., стр.24-27.

39. Емелянов ,М., Практикум по конфликтологии, Минск, 2000 г.

40. Живкова, Хр., Емпатия в медицинската практика, Българско списание по психология , 1996 г., кн.1, стр. 101-106.

41. Златанова-Великова Р., Я. Проданова, Т. Златанова**.** Миграцията на здравни специалисти и последиците от нея. Здравна политика и мениджмънт, 2010, 10, бр. 3, с. 91-93.

42. Златанова Т. Световни тенденции в продължаващото медицинско обучение. Седма международна научно-практическа конференция "Преподаване, учене и качество във висшето образование – 2010", „Научни изследвания – висше образование - иновации", 18-19 юни 2010

43. Каменов, К. и колектив, Човек, екипи, лидери, Люрен, С., 2000 г.

44. Кейсмънт, П., Да се учим от пациента, София, Лик, 1999.

45. Кръстева Н., Организация на личния труд на главна медицинска сестра, Здравен мениджмънт, т. 4, 6/2004 г.

46. Леви, В., Изкуството да общуваме, НИКЕ, С., 1994 г.

47. Лисина М., Ив. Димитров, личност и самопризнание, С., 1982г.

48. Ломов Б., Проблема общения в психологии, Москва, 1981г.

49. Майерс, Д., Социальная психология. Санкт Петербург Питер, 2006.

50. Маринова, П., Конфликти в здравеопаването, Враца 2002 г.

51. Маркхам, У., Управление на конфликта, С., 1999 г.

52. Митова М. Методика на обучението по практика в медицинските колежи, График Консулт ООД, С., 1998 г.

53. Милчева Хр., И. Стамболова, и др. Основи на сестринските и акушерските грижи (учебник). Ст.Загора, 2009.

54. Милчева Хр. Съвременен модел за обучение на медицинските сестри и акушерките, Управление и образование, том VIII (3), 2012, 109-112.

55. Младенова С**.** Здравна промоция в семейството. В: Семейна медицинска сестра – учебно помагало, БЧК, С., 2009.

56. Младенова, С., Опитмизиране на обучението на здравни кадри чрез използване на учебни алгоритми, в сб. Съвременното образование мисия и визии, Благоевград, 2010, стр. 519 – 522.

57. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра” и „акушерка” за образователно-квалификационна степен „бакалавър”, ДВ: бр. 95, 29.11. 2005г., изм. ДВ. бр.82 от 10.10. 2006г., изм. ДВ. бр.88 от 9.11.2010г.

58. Наредба № 1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, ДВ. бр.15 от 08.02. 2011г.

59. Наръчник за медицинските сестри, колектив под ред. на Катя Юрукова, Филвест, С., 2004 г.

60. Нешев К., Морал и общуване, София, 1984г.

61. Ново обществено здравеопазване, под ред. на В. Борисов, Аквафикс, С., 2003 г.,

62. Паунов М., Организационно поведение, Сиела, С., 1998 г.

63. Петрова Н., М. Александрова. Самостоятелната работа на студентите. В: Медицинска педагогика. Учебник за студентите от факултетите по обществено здраве. Изд. ЕКСПРЕС, 2010, с. 176-184.

64. Петрова, Г., С. Младенова. Методи на обучение във Висшите медицински училища. В: Медицинска педагогика, изд. ЕКСПРЕС, Габрово, 2010.

65. Попова, С., Н. Кръстева, К. Юрукова, Комуникативни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001г., изд. „ДС Гриф”.

66. Попова К., К. Шопова**.** Отношение на пациента към дехуманизацията в клиничната практика. 25–та научно-технологическа сесия: „Контакт” 2010, ИНГА, с. 210-213.

67. Попов, Т., Студентът като субект на обучението, София, 2006г., изд. ИИК „Везни”.

68.Попов Т., Н. Петрова, М. Александрова. Здравни, хигиенни и психохигиенни аспекти на обучението. В: Медицинска педагогика. Учебник за студентите от факултетите по обществено здраве. Изд. ЕКСПРЕС, 2010, с. 239-244.

69. Попов Т., Ж. Христов, П. Балканска и др. Медицинска педагогика, Габрово, изд. "ЕКСПРЕС", 2010.

70. Попов, Т., Мотивация на студентите обучавани в системата на общественото здраве, сп. „Здравен мениджмънт, 2006г., кн.2, стр.55-59.

71. Попов Т., П. Балканска, Р. Янева, К. Попова, Н. Георгиев, С. Младенова, П. Трендафилова. Отново за педагогическото общуване в процеса на обучение във ФОЗ. Интердисциплинната идея в действие, под ред. акад. Н. Манолов, изд. ТЕМПО, София, 2010г., стр.88 – 95.

72. Попов Т., Л. Чакърова, П. Балканска, Р. Янева, Ст. Гатев, Н. Георгиев. Обучението на бакалаври по «Управление на здравните грижи» в контекста на новите европейски образователни изисквания, В: Сборник «60 години катедра «Социална медицина» МУ-Пловдив, Цигов чарк, Батак, МУ-Пловдив, 2011,25-31.

73. Попов, Т., П. Балканска, П. Трендафилова и др. За някои акценти при обучението на медицински сестри във Факултет „Обществено здраве"-Медицински университет, София. В: Сборник „Висше образование в България и стратегия „Европа 2020", изд. МВБУ, Ботевград, 2011.

74. Попов Т., П. Балканска, С. Младенова, Р. Янева, М. Александрова**.** Студентите от факултета по обществено здраве за обучението им. В: Сборник доклади от конференция "Съвременното образование – мисия и визии", Благоевград, 03 – 04.12.2010 г., ЮЗУ "Неофит Рилски", с. 453 – 458.

75. Попов Т., Р. Янева, П. Балканска, Л. Чакърова, М. Александрова, В. Писев, Г. Петрова. Учебният процес през погледа на студенти в областта на общественото здраве. В: Интердисциплинната идея в действие, под ред. акад.Н.Манолов, изд. ТЕМТО, София, 2009, 61-65.

76. Паригин Б. Основы социально –психологической теории, М.1971г.

77. Стамболова, Ив. и Г. Чанева, Управление на здравните грижи. Под ред. на проф. д-р С. Попова. С., Филвест,2007.

78. Стамболова, И., Г. Чанева, Самооценка на обучението по сестрински грижи на студенти-медицински сестри от ФОЗ-МУ София, София, 2011г., Осма международна научно-практическа конференция-Висшето образование в България и стратегията „Европа 2020”, изд.МВБУ, стр.997-1000.

79. Стамболова, И., А. Димитрова. Научното сестринско изследване – страхове и предизвикателства. Здравни грижи, 2010, бр. 3, с. 6-11.

80. Стамболова, И. Самочувствието на медицинските сестри като израз на тяхната професионална отговорност и удовлетвореност. Здравни грижи, 2010, бр. 1, с. 17-21.

81.Стамболова ,И., Ст. Стамболов. Актуални проблеми в мениджмънта на общата медицинска практика. Медицински меридиани, 2010, бр. 1.

82. Стамболова, И. Страхът на пациента и медицинската сестра. Здравни грижи, 2010, бр. 4, .

83. Стамболова И. Обучение по Управление на здравните грижи на студенти-бакалаври в МУ- София. Кръгла маса за проблемите на обучението по Управление на здравните грижи, Ст. Загора, 2010.

84. Стамболова И. Сестринството – отговорност и самочувствие. Юбилейна научно-практическа конференция, Сливен, 2010.

85. Стамболова И., Ст. Стамболов. Програма „Детско здравеопазване в първичната медицинска помощ”. Сестринско дело, 2009, бр. 2.

86. Станкова В., И. Стамболова**.** Удовлетвореност на пациентите от качеството на здравните грижи в МБАЛ ”Св. И. Рилски”- София Здравни грижи, 2009,бр. 2.

87. Стоицова, Т., Живеем с другите, НБУ, 1998 г.

88. Стоицова, Т. И усмивката може да бъде заповед. Как да се научим да разбираме езика на тялото, София. 1992.

89. Сурчева, Ж. Признанието на сестринския труд и достиженията на работното място: отношение на персонала и мениджърите, Здравен мениджмънт, 2, 2002, № 2, 45-47.

90. Сурчева, Ж. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки, Здравен мениджмънт, 3, 2003 /2/, № 5, 18-28

91. Хендерсон, В. Основни принципи на сестринските грижи, Международен съвет на сестрите, ИЦ ВМИ Плевен, 2003.

92. Чакърова-Гатева, Л., Нетрадиционни педагогически подходи по здравни грижи, София, изд. „Булгарика", 2001г.

93. Чалдини, Р., Кенрик, Д., Нейберг, С. Социальная психология. Пайми себя, чтобы понять других. Прайм еврознак. СПб., 2002.

94. Чанева,Г., И. Стамболова, Управление на здравните грижи, Филвест, 2003 г.

95. Чанева, Г., И. Стамболова, Конфликтни ситуации при медицинските специалисти", сп. "Здравен мениджмънт", бр. 2/2002 г.

96. Чанева, Г., Качеството на сестринските грижи като приоритет, „Артик 2001"ООД, С.,2008

97. Чанева, Г., Сестрински концептуални модели, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С., 2009

98. Чанева, Г., Качество на сестринските грижи, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С., 2009

99. Чанева, Г., Лечебно хранене – организация. Хранителен режим при бременност, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

100. Чанева, Г., Физиолечебни процедури, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

101. Чанева, Г., Запознаване с лекарствените форми и начините на приложение, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

102. Чанева, Г., Предоперативен период – задачи на медицинската сестра и акушерката, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

103. Чанева, Г., Следоперативен период – задачи на медицинската сестра и акушерката, В: Основи на сестринските и акушерските грижи, Изд. КОТА, Стара Загора, 2009

104. Шулман, Л., Изкуството да с помага на индивиди, семейства и групи, Фондация Невронаука и поведение, С., 1994 г.

105. Athanasakis K., E.Pavi, T. Kostantinides, J. Hristov, Tz. Vodenicharov, K. Tchamov, J. Papathanasiou, J. Kyriopoulos. Survey of the Curricula of Public Health Training Programs Across Bulgaria and Greece: opportunities for future collaboration., Folia Medica, 2010, 52, No. 2, p. 72-77.

106. Balkanska P., Y. Prodanova, N. Georgiev. The Competency-Based Approach in the Healthcare Managemen., Second Bulgarian – Greek Scientific Conference "Public Health and Health Care in Creece and Bulgaria – the Challenge of the Cross-border Collaboration", Plovdiv, 8-10 October, 2010.

107. Bellet P, Maloney M., The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. JAMA 1991 Oct 2; 266(13): 1831-2.

108. Boyatzis, R. E., Kolb, D. A. Learning Skills Profile, TRG Hay/McBer., 1993.

109. Boyatzis, R.E., Cowen, S.S., Kolb, D.A.Innovation in Professional Education, McBer &Company, 1998.

110. Brown, B. Meta-competence: a recipe for reframing the competence debate? Personnel Review, 22 (6), p. 26–37.Brue Greg Six Sigma for Small Business, http://www.amazon.com/., 2008.

111. Chapman, K., Improving communication amond nurses, patients and physicians, AJN The American journal of nursing, 2009, Vol. 109, № 11, p.21-25.

112. Cook, John D., Hepworth, Sue J., Wall, Toby D., and Warr, Peter B. The Experience of Work: A Compendium and review of 249 Measures and their Use. London: Academic Press Inc., 2004.

113. Corrigan, E., Nurses as equals in the multidisciplinary team, "Hum Fertil (Camb), 2002, Suppl 1, Vol. 5, p.37-40.

114. Management Standards Centre (2008) National Occupational Standards for Management and Leadership. London. www.management-standards.org

115. Motivational Management. Inspiring Your People for Maximum Performance, 2003

116. Moore, P., Adler N, Robertson P., Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. West J Med 2000 Oct; 173(4): 244-50

117. Murray, K. et al .Effective communication and its delivery in midwifery practice. The Practising Midwife; 9: 4, 2006, 24-26.

118. Murray, C., MJ. Grant, L. Howarth, J. Leigh, The use of simulation as a teaching and learning approach to support practice learning, Nurse Education in Practice, Jan 2008, Vol. 8, № 1, p. 5-8.

119. Platt F, Keller V., Empathic communication: a teachable and learnable skill. J Gen Intern Med 1994 Apr; 9(4): 222-6.

120. Popov, T., R.Yaneva, P.Balkanska, P. Trendafilova, S.Mladenova, K. Popova. Motivation of the students in the Faculty of Public Health about their profession choice. J.Biomed.Clin Res , Suppl. 1Vol. 3 N 1, 2010.

121. Raymond, A., Noe „Employee Training and Development" McGraw-Hill, 2001.

122. Robb, M. et al. Communication, Relationships and Care; a Reader. London: Open University Press, 2004.

123. Sargent, SE, C. Sedlak, D. Martsolf, Cultural competence among nursing students and faculty, Nurse Education Today, April 2005, Vol. 25, № 3, p. 214-221.

124. Shattell, M. Nurse-patient interaction: A review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 2004, 13, 714-722.

125. Spencer, L.M., and Spencer, S.M. (1993) Competence at Work: Models for Superior Performance,NY:John Wiley & Sons Stanton, W. & Ch. Futrell, Fundamentals of Marketing, McGraw-Hill, NY, 1987.

126. Strategy visions for European Healthcare at the beginning of the 21 centery, Report to the European Parlament, 4.12. 2003.

127. Tzacheva N., V. Borisov. Necessity and approaches for university education in occupational health, Aspects of Public health and health Care Policies in Greece and Bulgaria, Papazissis publishers, Athens, 2009, p. 87-94.

128. Rogers C. R. Empatic: an unappreciated way of being // The Counseling Psychologist. 1975. V. 5, N 2. P. 2—10.

129. Zlatanova-Velikova R. The need for training in information technology of students in Medical Universities, Journal of International Scientific Publication: Economy&Business, Vol. 4, Part 4, ISSN 1313-2555, Published at: http://www.science.journals.eu, pp. 180-186.

130. Zlatanova-Velikova R**.** The shortage of health workers globally. Trakia Journal of Sciences, 2010, Vol. 8, Suppl. 2, p. 414-417.

131. Zlatanova-Velikova R., T. Zlatanova. Some approaches for hospital management. Second Bulgarian –Greek Scientific Conference "Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration", Plovdiv, 8-10 Oct. 2010, p. 15.

132. zdraveonline.com

133. www.nmc-uk.org

134. www.nursing-bg.com

135. www.rechnik.info

136. http://www.suite101.com/content/nonverbal-communication-in-healthcare

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ В ТЕКСТА ГРАФИЧНИ И ТАБЛИЧНИ СРЕДСТВА

I. СХЕМИ

Схема 1. Равнища на комуникацията

Схема 2. Основен механизъм на комуникационния процес

Схема 3. Механизъм на възникване на конфликт

Схема 4. Модел на професионални комуникации в акушерските грижи

Схема 5. Процес на развитие на комуникативна култура

Схема 6. Механизми за формиране на професионално комуникативни умения

Схема 7. Компоненти за развитие на комуникативна компетентност

II. ФИГУРИ

Фигура 1. Възрастово разпределение

Фигура 2. Степен на образование

Фигура 3. Представяне и запознаване на акушерката при първа среща с пациентка

Фигура 4. Мнение на анкетираните относно комуникационните умения и добрите взаимоотношения в акушерството

Фигура 5. Удовлетвореност на пациентките от уменията на акушерките за общуване

Фигура 6. Оценка на пациентките относно комуникативните умения на акушерките

Фигура 7. Мнение на пациентите относно проблемите в медицинската комуникация

Фигура 8. Липсата на време и на персонал, като пречка за добрата комуникация

Фигура 9. Достатъчност на информацията на пациентките свързана с тяхното състояние

Фигура 10. Предпоставки за успешна комуникация

Фигура 11. Комуникативните умения като критерии за постъпване на работа според пациентите

Фигура 12. Необходимост от подобряване на обучението на акушерките относно комуникативните умения

Фигура 13. Доверие на пациентите към акушерките

Фигура 14. Значение на невербалната комуникация в акушерските грижи според пациентките

Фигура 15. Положително влияние на комуникативните умения за взаимоотношенията акушерка-пациентка

Фигура 16. Разпределение на мнението на акушерките съобразно трудовия им стаж, относно ролята на комуникационните умения за създаване на добри взаимоотношения

Фигура 17. Самооценка на акушерките за комуникативни им умения допринасящи за по-голямо доверие на пациентките към тях
Фигура 18. Оценка на акушерките относно комуникативните умения на колегите си
Фигура 19. Оценка на комуникативните умения при новопостъпилите акушерки
Фигура 20. Неефективната комуникация при новоназначените акушерки поради недостатъчни комуникативни умения
Фигура 21. Мнение на акушерките относно водещата роля на университета за формиране на комуникативни умения
Фигура 22. Мнение на акушерките относно комуникативните им умения за избягване на конфликтни ситуации
Фигура 23. Мнение на акушерките относно умението им за слушане
Фигура 24. Умения за подпомагане на процеса на комуникация с рационални решения
Фигура 25. Наличие на конфликти в резултат на грешки при комуникацията
Фигура 26. Потребност от засилена подготовка по комуникативни умения
Фигура 27. Потребност от обучение по СДО относно проблемите на работната среда
Фигура 28. Желание на акушерките за участие в практикум по комуникации
Фигура 29. Поставянето на комуникативните умения като важен критерии за постъпване на работа в акушерската практика
Фигура 30. Възрастово разпределение на преподавателите
Фигура 31. Разпределение на преподавателите според трудовия стаж
Фигура 32. Влияние на комуникативните умения за подобряване качеството на акушерските грижи
Фигура 33. Необходимост от комуникативни умения в професионалната подготовка на студента
Фигура 34. Роля на обучението при формиране на комуникативни умения на студентите
Фигура 35. Достатъчност на обучението относно професионалното общуване
Фигура 36. Необходимост от повишаване на подготовката на акушерките относно професионалното общуване
Фигура 37. Необходимост от практически тренинг на студентите относно общуването с пациентите
Фигура 38. Самооценка за комуникативните умения на преподавателите
Фигура 39. Потребност от усъвършенстване на комуникативните способности на преподавателите
Фигура 40. Самооценка на преподавателите относно способността за справяне с конфликтни

ситуации
Фигура 41. Разпределение на анкетираните студенти според възрастта
Фигура 42. Самооценка на комуникативните умения на студентите преди постъпването им за обучение
Фигура 43. Необходимостта от развитие на комуникативните умения при акушерките
Фигура 44. Ролята на университетското обучение за формиране на комуникативните умения на студентите
Фигура 45. Мнение на студентите относно комуникативните умения на преподавателите при общуване с тях и при работа с жените, на които се оказват акушерски грижи
Фигура 46. Мнение на студентите относно дисциплините, по които получават теоретични знания относно комуникациите
Фигура 47. Мнение на студентите относно учебните форми за усвояване на комуникативни умения
Фигура 48. Оценка на студентите за комуникативните умения на акушерките от учебните бази
Фигура 49. Потребност на студентите от специално обучение за придобиване на практически умения по комуникация
Фигура 50. Умения на студентите за комуникация в конфликтни ситуации

III. ТАБЛИЦИ

Таблица 1. Сравнителен анализ на възрастовите характеристики и професионалния стаж на акушерките
Таблица 2. Сравнителен анализ на самооценките на акушерките за комуникативните им умения при
Таблица 3. Сравнителен анализ на оценяването на студентите от преподавателите
Таблица 4. Оценяване на студентите от преподавателите в началото и в края на обучението им относно комуникативните им умения
Таблица 5. Сравнителен анализ от самооценката на студентите за общуване в студентската група и професионалното общуване с пациентите.