



УДК 378.147:378.4:61:811.11(7/8)

**ЛЮБОВ МАНЮК**, старший викладач  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького, МОЗ України  
Адреса: вул. Пекарська, 69, Львів, 79000, Україна  
E-mail: lyubov.manyuk@gmail.com

## СТРУКТУРА Й ЗМІСТ ФАХОВОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ В УНІВЕРСИТЕТАХ США

### АНОТАЦІЯ

*Сьогоднішні тенденції в галузі вищої медичної освіти демонструють орієнтацію освітніх програм на формування фахівців, здатних відповідати вимогам і потребам пацієнтів, що стосуються консультування, лікування й догляду. У зв'язку з розвитком пацієнтоцентризму зростає увага до фахової комунікації (ФК) і факторів її розвитку. Вагомих успіхів у цьому аспекті досягли медичні школи та коледжі університетів США, у яких уже протягом тривалого часу ефективно здійснюється фахова комунікативна підготовка студентів-медиків протягом усіх років навчання. У статті проведено аналіз підготовки майбутніх лікарів до фахової комунікації лікарів в університетах США; досліджено структуру, зміст та еволюцію фахової комунікативної підготовки під час додипломного навчання у вищих медичних навчальних закладах США; описано ключові комунікативні навички і розглянуто шляхи їх розвитку, а також обґрунтовано важливість ФК під час професійної діяльності лікаря та її вплив на результати лікування. Окрім цього, у праці досліджено труднощі на шляху до впровадження комунікативних засад у навчальні плани медичних шкіл і коледжів університетів США та описано шляхи вирішення проблемних аспектів комунікативної підготовки майбутніх лікарів, що зумовлені морально-етичними й освітніми факторами.*

**Ключові слова:** майбутній лікар, взаємодія «лікар-пацієнт», фахова комунікація, комунікативна підготовка, медична школа США, університет США.

### ВСТУП

Загальновідомо, що навички міжособистісної взаємодії та комунікативні уміння лікарів відіграють важливу роль під час догляду за пацієнтами та позитивно впливають на результати лікування. Уміння лікаря пояснити, вислухати, зрозуміти і поспівчувати впливають на показники біологічного та психологічного здоров'я пацієнтів. Міцні доброзичливі стосунки між лікарями й пацієнтами відбиваються на бажанні дотримуватися рекомендацій щодо профілактики, лікування та самодогляду у випадку хронічних захворювань [4; 8; 10]. Окрім цього, внутрішнє спілкування в команді медичних працівників впливає як на безпеку пацієнтів, так і на якість робочих стосунків і ставлення до роботи. Такі дані свідчать про важливість спілкування і вказують на потребу створення комунікативних технологій і стратегій під час візитів до лікаря, а також на забезпечення можливостей формування та розвитку комунікативних навичок лікарів ще під час навчання [6], що успішно реалізується у медичних школах і коледжах університетів США.



### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою статті є характеристика змісту і складників комунікативної підготовки майбутніх лікарів, визначення ключових комунікативних навичок та окреслення структури підготовки студентів-медиків до фахової комунікації під час додипломного періоду навчання в університетах США. На сьогодні ця проблема недостатньо вивчена науковцями нашої країни, що зумовлює актуальність проведеного дослідження, результати якого можуть бути використані для покращення комунікативної підготовки у медичних вищих навчальних закладах (ВНЗ) України.

### ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Теоретичну основу дослідження становлять матеріали міжнародних і світових конференцій із проблем фахової комунікації, а також сучасні наукові праці та навчальні матеріали для викладачів у галузі вищої медичної освіти. Дані щодо підготовки майбутніх лікарів до фахової комунікації отримано нами на офіційних веб-сайтах університетів США [11; 13; 14; 15].

Різноманітні аспекти фахової комунікації лікарів досліджені у працях українських (С. Кубіцький, С. Поплавська, Н. Семченко) та закордонних науковців. Над характеристикою видів комунікативних умінь лікаря працювали Ф. Даффі (F. Duffy), І. Гуменна, Н. Касевич, Б. Корш (B. Korsch), Г. Макул (G. Makoul), Дж. Танг (J. Tongue), І. Фентіман (I. S. Fentiman) та ін. Комунікативна компетентність майбутніх лікарів є першочерговим об'єктом досліджень Ф. Даффі (F. Duffy), Р. Епштейна (R. Epstein), Л. Крисак, Н. Семченко, Дж. Флорес (G. Flores), М. Хаузберга (M. Hausberg), Б. Шпіцберга (B. Spietzberg). На підготовку студентів-медиків до фахової комунікації звертали увагу С. Лум (C. Lum), М. Кавага-Сінгер (M. Kagava-Singer), Дж. Танг (J. Tongue), Г. Флорес (G. Flores), М. Шампанерія (M. Champaneria).

Під час дослідження нами було застосовано методологію порівняльної педагогіки. За основу було взято праці основоположників школи компаративістики в Україні Н. Авшенюк, Н. Бідюк, О. Локшиної, Н. Ничкало, зокрема застосовано системний та фактологічний підходи, принципи послідовності, зв'язків, логічності, об'єктивності, цілісності та інформаційної компаративістики.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Аналіз релевантних ресурсів та наукових праць засвідчує, що навички фахової комунікації, що реалізуються у здатності ефективної міжособистісної взаємодії лікарів, сформовані сукупністю морально-етичних, комунікативних та професійних умінь [1].

Покращення навичок міжособистісної взаємодії, культивування гуманістичних цінностей та емпатія (грец. *empathia* – співпереживання) належать до основних цілей додипломної медичної освіти США [3]. Однак поширення цинізму та відмирання ідеалізму вважаються частиною процесу адаптації майбутніх лікарів до студентського і професійного медичного життя, що, відповідно, відображається погіршенням їхніх морально-етичних якостей. Із метою виправлення такої ситуації вчені запропонували десять навчальних підходів, що сприяють покращенню ознак емпатії у середовищі лікарів: 1) розвиток і покращення навичок міжособистісної взаємодії, 2) аналіз аудіо- та відеозаписів медичних консультацій, 3) можливість спостереження за ситуативними комунікативними моделями взаємодії з пацієнтами, 4) рольові ігри, 5) робота з пацієнтами і тривале спостереження за ними, 6) досвід госпіталізації, 7) вивчення літератури та мистецтва, 8) відвідування театру, 9) розвиток ораторських здібностей, 10) проведення групових дискусій психологічного аспекту медичних консультацій,



відомих також як дискусії за методом Балінта (Balint method) [7]. Як бачимо, важливу роль відіграє формування навичок міжособистісної взаємодії, що є основним у ВМНЗ США під час фахової комунікативної підготовки [7; 8; 10].

Комунікативна компетентність є однією із шести основних необхідних компетентностей, визначених Атестаційною Радою вищої медичної освіти (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Її компоненти є складниками чотирьох із шести компетенцій Ради [2]. Асоціація медичних коледжів Америки [3] також опублікувала рекомендації щодо комунікативної підготовки у «Проекті цілей навчання у медичних школах». Зазначені вище факти спричинили необхідність розробляти та впроваджувати норми викладання, перевірку та оцінювання комунікативних навичок.

Перед науковцями та педагогами постали два основні педагогічні виклики: 1) вибір структури і змісту необхідних комунікативних навичок під час університетської додипломної підготовки та 2) розвиток і впровадження єдиної моделі оцінки таких навичок. Іншим педагогічним завданням є інтеграція процесів підготовки до фахової комунікації та професійного розвитку.

З метою вирішення цієї проблеми науково-педагогічними працівниками кафедр ВНЗ проводилися обговорення та огляди існуючих засобів розвитку й оцінки комунікативних умінь, що підтверджували необхідність упровадження комунікативних курсів під час університетської підготовки. Такі курси мали обов'язково супроводжуватися практикою із реальними пацієнтами протягом клінічної підготовки на усіх заняттях. Було доведено, що коректні комунікативні уміння та стратегії, здобуті на ранніх стадіях навчання, можуть активно застосовуватися студентами під час роботи із пацієнтами у подальших навчальних періодах та, відповідно, покращуватися, зважаючи на можливість тривалого практичного застосування [5].

«Конференція з питань підготовки до фахової комунікації в медицині» (1996) була однією із найвагоміших конференцій, на якій розглядалася проблема комунікативної підготовки у медичній галузі. У заході взяли участь 200 учасників із 21 країни світу. Згодом ключові висновки були обговорені на інших семінарах, а на конференції «Комунікація у галузі охорони здоров'я» (Амстердам, 1998 р.) було сформовано спільний висновок, основними пунктами-рекомендаціями якого були: 1) при викладанні матеріалу та оцінюванні студентів слід брати до уваги їхні комунікативні уміння; 2) підготовка студентів до фахової комунікації та клінічної практики повинна бути збалансованою і взаємодоповнювальною; 3) викладачі повинні визначати й сприяти досягненню цілей, орієнтованих на потреби пацієнтів; 4) підготовка до комунікації та оцінювання повинні сприяти особистому і професійному розвитку студента; 5) навчання та оцінювання комунікативних навичок повинні мати сплановану й обгрунтовану структуру; 6) комунікативні навички слід оцінювати під час безпосереднього спостереження; 7) програми для навчання й оцінки комунікативних навичок потребують попереднього аналізу та оцінки; 8) для розвитку кафедр необхідно забезпечити належну підтримку і ресурси [3].

Першою стадією розробки програм підготовки лікарів до ФК було визначення суті необхідних комунікативних навичок лікарів. Варто зазначити, що огляд літератури і методичних рекомендацій стосовно розвитку комунікативних навичок лікарів свідчить про однаковість поглядів щодо фундаментальних комунікативних компетенцій, незалежно від джерела посилання [8; 10]. До найвагоміших ресурсів такої інформації належать: «Спільне рішення Каламазу» (англ. Kalamazoo Consensus Statement), «Проектне рішення медичних шкіл № 3 на



тему «Спілкування у галузі охорони здоров'я» (англ. Medical Schools Objectives Project Report III on Communication in Medicine), а також інші наукові праці та сучасні навчальні матеріали для викладачів у галузі вищої медичної освіти.

Відповідно до «Спільного рішення Каламазу», прийнятого у травні 1999 року під час конференції за участі експертів і професіоналів галузі вищої медичної освіти, що відбулася під егідою Інституту медичної комунікації та Інституту Фетцера (англ. The Fetzer Institute) [9], основними компонентами спілкування між лікарем та пацієнтом є: 1) побудова взаємовідносин «лікар-пацієнт»; 2) початок дискусії; 3) збір інформації; 4) вміння вислухати та зрозуміти пацієнта; 5) передача інформації; 6) знаходження компромісу; 7) закінчення бесіди. Перелік комунікативних компетенцій «Спільного рішення Каламазу» став підґрунтям для подальшого вивчення необхідних комунікативних умінь лікарів. У результаті, протягом наступного десятиліття було проведено низку досліджень, спрямованих на формулювання таких компетенцій та способів їх оцінювання.

2001 року в медичній школі університету Гарварду було проведено дослідження з метою впроваджувати уніфікований план оцінювання комунікативних навичок і закріпити базові навички, що входять у програми першого та другого років навчання, та вироблення практичних навичок на третьому і четвертому курсах, визначивши ключові комунікативні навички для оцінки на різних навчальних рівнях. У результаті, вченим вдалося впровадити уніфіковану структурну модель підготовки до фахової комунікації протягом усіх чотирьох років навчання у ВНЗ [12]. Таким чином, педагоги галузі вищої медичної освіти США систематично і послідовно наблизилися до однієї із цілей навчального процесу у ВНЗ – забезпечити курси підготовки майбутніх лікарів до фахової комунікації під час додипломного періоду навчання.

Упроваджувати комунікативну підготовку під час медичної практики на третьому курсі першими розпочали у 2001–2002 навчальному році три медичні школи університетів США, зокрема Нью-Йорка (New York University), Массачусетса (University of Massachusetts), Кейс Вестерн Резерв (Case Western Reserve University). Елективні курси, розроблені для третьокурсників і четвертокурсників у медичних школах, були високо оцінені студентами й викладачами США. За допомогою факультативів студенти отримали навички організації часу для консультацій, покращили свої комунікативні вміння. [10]. Навчання здійснювалося на основі демонстрації та оцінювання навичок наставниками і керівниками практики, стандартними пацієнтами (СП) – спеціально підготовленими пацієнтами-акторами, а також за допомогою індивідуальних відгуків та самоаналізу результатів діяльності студентів. Базові комунікативні навички були розділені на п'ять основних секцій медичної консультації і стосувалися: 1) визначення причини візиту; 2) виявлення та розуміння наміру пацієнта; 3) надання інформації та рекомендацій; 4) обговорення й погодження плану лікування; 5) взаємоузгоджене закінчення прийому.

Застосований підхід до компонентів консультації описаного курсу нагадує комунікативну модель медичного прийому Калгарі–Кембридж (Calgary–Cambridge), в основі якого лежать структурний та власне комунікативний компоненти. Модель складається із п'яти послідовних етапів: 1) початок консультації (підготовка, виявлення причин візиту); 2) збір інформації; 3) фізикальний огляд; 4) пояснення та план лікування; 5) закінчення прийому (забезпечення належного узгодженого закінчення консультації, планування наступного візиту) [8]. Така періодизація консультації поширена під час навчання студентів, оскільки має чітку, лаконічну та зрозумілу структуру, що



відповідає послідовності оформлення історії хвороби і включає необхідні комунікативні уміння, визначені «Спільним рішенням Каламазу» [9].

Науково доведено, що комунікативних стратегій можна навчити і комунікативні правила можна вивчити, однак закріпити їх можливо лише під час практичної діяльності [10]. Саме тому практична комунікативна підготовка в університетах США здійснюється під час періоду медичної практики. Після нетривалої підготовки керівники практики, які є лікарями-практиками, можуть бути викладачами комунікативних засад за допомогою демонстрації комунікативної поведінки під час проблемних тяжких випадків.

У зв'язку з розвитком доказової медицини, починаючи з 2015–2016 навчального року, медичні ВНЗ США змінили підхід до формування навчального плану зорієнтувавши його на потреби пацієнта [11; 13; 14]. Зокрема, з першого дня навчання у медичній школі чи коледжі студенти отримують можливість взаємодії у професійному середовищі та реальну практику комунікативних навичок. Таким чином, теоретична і практична комунікативна підготовка студентів-медиків здійснюється на першому-четвертому курсах навчання у ВНЗ, під час доклінічного та клінічного етапів навчання (див. рис. 1).

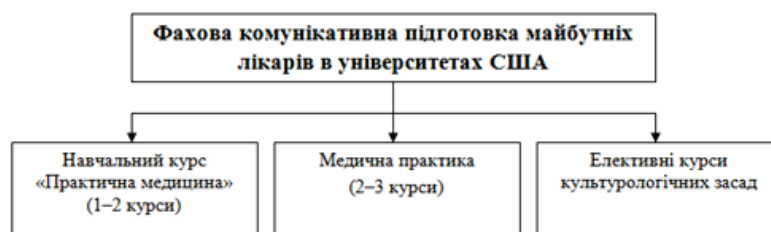


Рис. 1. Фахова комунікативна підготовка майбутніх лікарів в університетах США

На доклінічному етапі комунікативні засади формують частину курсу «Практична медицина» (the Practice of medicine), що триває протягом двох перших років навчання [Ohio; Illinois]. Під час клінічного періоду підготовки майбутні лікарі розвивають у собі навички професійної комунікативної взаємодії. У цей період комунікативним умінням приділяється особлива увага.

Окрім цього, на першому курсі студентам пропонується великий вибір елективних курсів, до яких входять дисципліни гуманітарного циклу, спрямовані на розвиток культурологічних і лінгвістичних складників фахової комунікації. Студенти можуть обрати мінімум чотири, максимум шість елективних курсів, що включають такі дисципліни: «Медицина і мистецтво», «Міжнародна охорона здоров'я», «Іспанська мова медицини», «Основи релігієзнавства» та ін. [15].

У зв'язку з наявністю у США великої кількості іноземних громадян та національних меншин існує проблема підготовки лікарів, які могли б забезпечити належний рівень медичних послуг для таких пацієнтів. У цьому ракурсі перше місце під час медичної консультації посідає не морально-етична культура лікаря, а його іншомовна компетентність [4]. Однак іншомовна підготовка у ВНЗ США не є критерієм оцінки професійної підготовки майбутніх лікарів. Іноземні мови вважаються складовими компетенціями загальнокультурного розвитку лікаря. Курси іноземних



мов не входять до обов'язкового циклу дисциплін і пропонуються в медичних школах і коледжах як курси за вибором [15].

### ВИСНОВКИ

Отже, результати наших досліджень засвідчують, що:

1) процес підготовки майбутніх лікарів США до фахової комунікації більше зосереджений на морально-етичному аспекті практичної комунікативної взаємодії лікарів із пацієнтами. Мовні компетенції є складниками культурологічних компетенцій, що впливають на розвиток комунікативної компетентності лікарів, однак не є першочерговими компонентами комунікативної підготовки лікарів у дипломному періоді навчання;

2) розвиток навичок міжособистісної взаємодії відбувається під час вивчення «Практичної медицини» на першому-другому курсах, проходження медичної практики на другому-третьому або третьому-четвертому курсах та вивчення елективних курсів, орієнтованих на розвиток культурних і мовних аспектів фахової комунікації;

3) навчання комунікативних засад здійснюється на основі переліку визначених комунікативних навичок майбутніх лікарів за допомогою стандартних методів підготовки у медичному ВНЗ.

Дослідження використання новітніх засобів, комп'ютерних та інформаційних технологій під час підготовки до ФК в університетах США, а також система оцінювання комунікативних навичок студентів-медиків є перспективними напрямками подальшого вивчення окресленої нами наукової проблеми.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Агаркова А. О. Деякі аспекти формування професійно-етичної культури лікаря / А. О. Агаркова // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – Педагогіка. – № 7 (194). – Ч. 1. – 2010. – С. 1014.
2. Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties. General competencies: minimal program requirement language [Electronic resource]. – Mode of access : <http://www.acgme.org>.
3. Association of American Medical Colleges. Medical School Objectives Project [Electronic resource]. – Mode of access : <http://www.aamc.org/meded/msop>.
4. Ferguson W. Culture, Language and the Doctor-Patient Relationship / W. Ferguson, L. Candib // Family Medicine. – № 34 (5). – 2002. – P. 352–361.
5. Haq C. Integrating the Art and Science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills / C. Haq, D. Steele, L. Marchand, C. Seibert, D. Brody // Family Medicine. – № 36. – 2004. – P. 43–49.
6. Hausberg M. Enhancing Medical Students' Communication Skills: Development and Evaluation of an Undergraduate Training Program / M. Hausberg, A. Hergert, C. Kröger, M. Bullinger, M. Rose, A. Sylke // BMC Medical Education. – № 12. – 2012. – P. 1–9.
7. Hojat M. Ten Approaches for Enhancing Empathy in Health and Human Services Culture / M. Hojat // Journal of Health and Human Services Administration. – № 31. – 2009. – P. 412–450.
8. Kurtz S. Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides / S. Kurtz, J. Silverman, J. Benson, J. Draper // Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges. – № 8. – 2003. – P. 802–809.



9. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: the Kalamazoo Consensus Statement / G. Makoul // *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. – № 4. – 2001. – P. 390–393.

10. Mauksch L. Design, Dissemination, and Evaluation of an Advanced Communication Elective at Seven U.S. Medical Schools / L. Mauksch, S. Farber, H. Greer // *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. – № 6. – 2013. – P. 843–851.

11. NYU School of Medicine. Education and Training [Electronic resource]. – Mode of access : <http://www.med.nyu.edu/school/education-training>.

12. Rider E. A. A Model for Communication Skills Assessment across the Undergraduate Curriculum / E. A. Rider, M. M. Hinrichs, B. A. Lown // *Medical Teacher*. – № 5. – 2006. – P. 127–134.

13. The Ohio State University. College of Medicine [Electronic resource]. – Mode of access : [http://medicine.osu.edu/students/lis\\_curriculum/pages/index.aspx](http://medicine.osu.edu/students/lis_curriculum/pages/index.aspx).

14. University of Illinois. College of Medicine [Electronic resource]. – Mode of access : <http://medicine.uic.edu/cms/One.aspx?portalId=443021&pageId=32089924>.

15. Yale School of Medicine. Medical Education [Electronic resource]. – Mode of access : [http://medicine.yale.edu/education/rebuild/secondLook16Apr15\\_217799\\_1095\\_5.pdf](http://medicine.yale.edu/education/rebuild/secondLook16Apr15_217799_1095_5.pdf).