

Research Insights
Изследователски проникновения

РАЗВИТИЕ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ КОНЦЕПЦИИ ЗА ОБУЧЕНИЕТО ПО КОМУНИКАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА

Кристина Стоянова

Медицински университет – София

Резюме. Комуникацията в медицината и здравеопазването се е превърнала в основна тема на дискусия и широко се признава влиянието на комуникативните компетенции на лекарите върху клиничните резултати на пациентите и удовлетворението на пациентите. Образователните политики на ЕС за езикова комуникация на бъдещите лекари се обсъждат като система от образователни цели и инструменти, които оказват влияние върху обучението за създаване на езикови и комуникативни умения. Подобряването на езиковите комуникативни умения на студентите по медицина оказва значително влияние върху бъдещите им професионални компетенции и кариера. На световно и европейско равнище са разработени редица консенсусни становища, рамки и модели на съдържанието на обучението по комуникация на лекари. Анализът на тези консенсусни становища разкрива техните основни характеристики и доколко развиването на езикови умения се счита за съществено за комуникативните умения на студентите. Извежда се заключение за значението на консенсуса при повишаване на езиковите умения на лекарите, както и за съдържанието на тяхното обучение за създаване на езикови комуникативни умения.

Keywords: EU educational policies; higher medical education; doctors' training; communication skills training

Ефективната езикова комуникация при лечението на пациентите може да подпомогне постигането на крайните цели на медицината, повишаването на резултатите от лечението, спазването на лекарските препоръки, удовлетворението от отношението на лекаря. Оптимизацията на комуникацията между лекарите и пациентите води до подобряване на взаимоотношенията им. Така се отговаря също на изискванията на медицинската етика за спазване правата на пациентите за достъп до информация (Vodenicharov, Popova, 2009).

Признаването на значението на комуникацията е повлияло на медицинските училища да започнат да обучават бъдещите лекари за придобиване на разнообразни умения за общуване, като умения за междуличностна комуни-

кация, умения за ефективно слушане, ясен изказ и готовност за сътрудничество с пациентите, изразяване на емпатия. Изследванията на комуникацията в здравеопазването обогатяват теорията на общественото здраве и насочват здравния мениджмънт към преобразуване в здравен антропомениджмънт, като раздел на човековедските науки (Borisov, 2009).

Доказателствата за значението на повишаването на комуникативните езикови умения на лекарите води до съзнателни усилия за търсене на консенсус относно съдържанието на обучението за комуникация с пациентите. През последните 20 – 30 години са разработени множество консенсусни становища и декларации за съдържанието на учебната програма по комуникация. Тези, създадени от европейските експерти, са разработени в контекста и на декларации от страни извън Европа. Тук ще се спрем на главните идеи в тези документи, за да разкрием логиката на техните препоръки и постижения при определяне на съдържанието на учебната програма по комуникация.

Още в началото на 90-те на миналия век група експерти в областите на медицината, психологията и комуникациите приемат консенсусното становище от Торонто, в което разглеждат съществуващите практически проблеми, комуникативните практики и връзката им с лечебните резултати и проблемите в медицинското образование. Те очертават и насоки за подобряване на клиничната комуникация лекар – пациент. Посочват се предизвикателствата и приоритетите на комуникацията, като детайлно се разглеждат въпросите на общуването с пациентите (Simpson et al., 1991).

На Международната конференция по преподаване на комуникация в медицината (Оксфорд, юли 1996 г.) са направени редица препоръки за разработване и прилагане на програми за преподаване и оценка. Те са дискутирани с други заинтересовани групи и одобрени от семинар на преподаватели, участващи в здравната конференция, организирана от NIVEL – Холандския институт по първична здравна помощ (Амстердам, юни 1998 г.). Насочени към медицинските училища, осемте препоръки в това консенсусно становище са от значение както за програмите за висше образование, така и за продължаващото медицинско образование. Те са: (1) преподаването и оценяването трябва да се основават на по-общи възгледи за комуникацията в медицината; (2) преподаването на комуникативни умения трябва да бъде последователно; (3) преподаването трябва да дефинира и да помогне студентите да извършват успешно комуникативни задачи, фокусирани върху пациента; (4) преподаването и оценката на комуникативните умения трябва да насърчават личното и професионално развитие на лекарите; (5) трябва да има планирана и съгласувана рамка за преподаване на комуникативни умения; (6) способността на студентите да извършват успешно комуникативни задачи, трябва да се оценява пряко; (7) програмите за преподаване и оценка на комуникативните умения трябва да бъдат оценени; (8) развитието

на преподавателите по комуникация трябва да бъде подкрепяно и адекватно обезпечено (Makoul, Schofield, 1999).

Група експерти от Маастрихтския университет, Холандия, са разработили изчерпателен документ по отношение на комуникацията в медицината. Те разграничават три типа комуникативни умения: общи комуникативни умения; умения, свързани с всяка фаза на медицинското лечение; умения, отнасящи се към специфични медицински аспекти. Общите комуникативни умения са свързани с изучаване на пациентските проблеми, предоставянето на информация, изразяването на обобщения, емпатия, емоции. Поредица от комуникативни умения са свързани с общуването по време на посещение при лекаря, като се разглеждат въвеждащата фаза на общуването, консултацията, молбата за медицинска помощ, физическият преглед, поставяне на диагнозата, управление на лечението на пациента и оценка на цялостната консултация. От изследваните умения специално внимание се отделя на тези, свързани с изразени медицински аспекти и отнасящи се специфично към посещението при лекаря и лечението, като снемането на анамнеза, физикалния преглед, поставянето на диагноза и управлението на лечението. Този подход ясно свързва комуникацията на лекарите с фазите на прегледа при лекаря и фазите на лечението¹⁾.

Съществено преимущество на маастрихтската разработка е създаването на списък с консултативни комуникативни лекарски умения за оценка на общуването с пациентите. В него детайлно са изброени основните умения за всяка фаза на прегледа. Например при физикалния преглед се оценява даването на инструкции към пациента, обясненията за това какво точно се прави, внимателното отношение и уважението към пациента. При поставянето на диагноза се оценяват обясненията за находките и диагнозата, за причините и връзката между тях, посочването на прогнозата или очаквания ход на заболяването, задаването на въпроси относно отговора на пациента към лечението. Всяко от уменията се оценява по 7-степенна скала.

Консенсусната декларация от Каламазу се фокусира върху определяне на елементите на комуникацията на лекарите и медицинските сестри. През май 1999 г. двадесет и един представители на големи медицински професионални и образователни организации разглеждат проблемите за комуникацията в медицината и здравеопазването на конференцията Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education, спонсорирана от института на Bayer и този на Fetzer. Основната цел на участниците е да се постигне съгласие за основните елементи на комуникацията лекар – пациент, което да послужи за точно определени практически цели: (1) да се създаде основа за разработване и оценяване на комуникативните програми за медицинското образование и (2) да се създадат специфични стандарти в областта на комуникацията в здравеопазването (Makoul, 2001). Елементите на комуникацията са обвързани със значими комуникативни умения и са основани на доказател-

ства. Присъстващите на конференцията участват в дискусия и в резултат конференцията излиза с общ документ, в който посочва седем основни групи от комуникативни задачи, респективно, умения, които да се развиват, а именно: да се изграждат положителни взаимоотношения, да се започва дискусия, да се събира информация, да се разбира гледната точка на пациента, да се обменя информация, да се постига съгласие, да се стига до изводи и да се приключва разговорът. Накрая се добавя и едно умение, което се отнася за протичането на целия комуникативен акт, а именно – да се направлява посоката на разговора. От общите елементи на комуникацията, които са идентифицирани на конференцията, се очаква да осигурят полезна рамка, подпомагаща обучението за комуникативни умения.

Създаването на положителни и ефективни взаимоотношения с пациента е подчертано от експертите като основната, крайната цел на комуникацията лекар – пациент. Това е свързано с ориентирането на медицината и здравеопазването към пациентите и взаимоотношенията с тях, при което преживяванията на пациента са неотменна част от процеса на възстановяването му. Това изисква обстоен разговор за историята на заболяването на пациента, като се отчита въздействието на редица филтри на комуникацията, като ценностите, чувствата, нагласите. Положителните взаимоотношения изискват уважение към пациента и близките му и приемане на правото му на активно отношение към лечението.

Всяко от посочените от експертите задължителни за всяка здравна комуникация умения е разработено в съдържателно отношение. Например умението на лекарите да започват дискусията, включва да бъде оставен пациентът да се изкаже докрай, да изрази страховете и опасенията си, а лекарят да създаде отношения на искреност и откровеност с пациента. Умението за събиране на информация изисква да се задават достатъчно въпроси, да се събере точна и детайлна информация за заболяването. Най-общо, всички необходими комуникативни умения са насочени към една постоянна задача, а именно – изграждането и поддържането на добри взаимоотношения с пациента, неговите близки и подкрепящите го социални, доброволчески и други системи.

Следователно експертите от Каламазу смятат, че лекарят трябва да направлява развитието на разговора, като участва активно във всички етапи на комуникативния акт, и затова елементите на комуникацията с пациента, които те посочват, следват етапите на развитие на комуникативния акт при прегледа. Това създава сигурност, че никой аспект или момент от комуникацията с пациента няма да бъде пропуснат при подготовката на медиците.

Едно от големите предимства на консенсусната декларация от Каламазу е, че въз основа на откритите умения се осъществява и втора цел: да се създадат специфични стандарти в областта на комуникацията в медицината и здравеопазването. Като част от изпълнението на тази цел, е създаден чек лист

за съществените елементи на комуникацията²⁾. Голямото практическо приложение на чек листа се дължи на няколко негови особености. Първо, той е създаден като инструмент за оценка на уменията на лекаря или медицинската сестра. Второ, при всеки елемент на комуникацията са изброени комуникативните умения, които се проследяват за осигуряване на добра комуникация по този елемент. Трето, използва се петстепенната скала на Ликерт за оценка на всяко умение. Четвърто, реализацията на всяко умение е съответно формулирана няколко пъти по различен начин, отразявайки различните степени съобразно скалата на Ликерт.

Следват известен брой становища, които се базират на постигнатото и предлагат по-обобщен или по-детайлен поглед към определените до този момент основни комуникативни умения. През 2005 г. в Канада е създадена по-обща рамка на лекарските комуникативни компетенции, която изброява следните ключови компетенции: „Лекарите са в състояние да ... 1. Изграждат диалог, доверие и етични терапевтични взаимоотношения с пациентите и семействата; 2. Точно изясняват и синтезират необходимата информация и перспективите за пациентите и семействата и колегите лекари; 3. Прецизно предават съответната информация и обяснения на пациентите и семействата им; 4. Постигат общо разбиране заедно с пациентите и семействата им по различни въпроси, проблеми и за общия план за грижи; 5. Предават ефективна устна и писмена информация относно медицинския преглед“ (Frank, 2005: 13). Очертаните тук компетенции следват и имат за цел да обобщят тези, които са посочени в предишни декларации.

De Haes и Bensing предлагат по-подробен шестфункционален модел на медицинска комуникация, базиран на интегрирането на по-ранните модели. Моделът разграничава следните функции: (1) насърчаването на взаимоотношенията, (2) събирането на информация, (3) предоставянето на информация, (4) вземането на решения, (5) осигуряване на адекватно поведение, свързано с лечението и (6) реагиране на емоциите. За да открие уменията, този модел използва не само елементите на комуникативния акт, но и фокусира върху поведенчески аспекти на комуникацията. Новаторското при него е, че създаването на комуникативни умения е представено като процес на развитие, като е предложена рамка с крайни точки за постигане на целите, като са посочени непосредствените, средносрочните и дългосрочните резултати и тези, свързани с пациентите, доставчиците на здравни услуги и процесите или контекста. В основата на рамката е поставено здравето, като основна цел на медицинската комуникация, както и резултатите, свързани с пациента (De Haes, Bensing, 2009).

Британската консенсусна декларация препоръчва какво да включва ключовото съдържание на програмите по комуникация в бакалавърската степен на подготовка на лекарите през 2008 г. (Von Fragstein et al., 2008). Създате-

лите ѝ са преподаватели и смятат, че препоръките са еднакво приложими към програми по комуникация за бакалаври в целия свят поради неизменната същност на комуникацията с пациента. Верни на принципите на демокрацията и автономността на висшите училища, британските експерти посочват, че използването на тази рамка може да става по преценка на всяко медицинско училище. Те смятат, че не би било практически издържано да се определят твърдо нива на компетентност, тъй като студентите могат да постигнат различните нива по време на различни етапи на своето обучение (Von Fragstein et al., 2008).

Консенсусното становище от Базел има голямо предимство пред останалите, тъй като е по-изчерпателно от разработените преди него. Друго негово преимущество е, че разглежда комуникацията като диалог между участници, които използват своите комуникативни умения за постигане на информационни, социални и емоционални цели. Ето защо в консенсусната декларация от Базел са формулирани подробно целите на обучението по комуникация в медицината и здравеопазването. Базелската декларация свързва комуникативните цели с използването на социални компетенции. Резултатът е подробна система от комуникативни умения, които да се овладеят от студентите на бакалавърско ниво (Kiessling et al., 2010).

За да приложи концепциите на Болонския процес, Европейската асоциация за комуникация в здравеопазването (EACH) е създала подкомитета tEACH, а през 2008 г. – работна група с експерти: специалисти по медицина, акушерство, сестринство, фармация, психология, стоматология и физиотерапия от 18 европейски държави, които да разработят учебни програми и проблемите на преподаването, както и оценяването на комуникативните умения и програмите. Подгрупата за изработване на основната учебна програма по комуникация се заема със задачата да постигне консенсус относно основната учебна програма по комуникация в областта на медицинското образование, която да бъде използвана при обучението на студентите по медицина в Европа.

Експертите от групата анализират съществуващите консенсусни документи и формулираните в тях комуникативни умения и компетенции. Категоризират ги в три основни групи: 1) ключови комуникативни задачи, насочени към изграждане на връзки и обмен на информация с пациентите; 2) препоръчителни умения, насочени към комуникативни умения и техники; 3) специални задачи за комуникация, насочени към специфични за медицината емоционално натоварени и поведенчески комплицирани комуникативни ситуации, както и към работата в екип.

Въз основа на сравнението на съществуващите консенсусни документи и своето собствено проучване експертите на Европейската асоциация изработват „Основна учебна програма по комуникация за здравните професии: цели на бакалавърското обучение за професиите в здравеопазването“ (НРССС)³.

Тя съдържа три раздела: „Комуникация с пациентите“, „Вътрешна и междуличностна комуникация“ и „Комуникация в здравните екипи“.

По отношение на комуникацията с пациентите, създадената от работната група учебна програма представя няколко вида цели: основни комуникативни цели (11 цели); по-детайлни специфични цели, зависещи от контекста и ситуацията (5 цели); цели, свързани с движението на информацията (7 цели) и такива, свързани с разсъждения и вземане на решения (11 цели). Тяхната важност бива оценена от експерти, за да се открият най-съществените. Ето някои от основните комуникативни цели, предложени от експертите: „Студентът... 1. води разговора от началото до края по отношение на структурата (например въвеждащи думи, започване на разговора, събиране и предоставяне на информация, планиране, приключване на разговора, определяне на следващото заседание; разпределение на времето); 2. изяснява и изследва съдържанието на биопсихосоциалната история на пациента (например събира съответната информация, осигурява разбиране, предава информация разбираемо, изразява емоционално съдържание); 3. използва техники за изграждане и поддържане на диалога и съпричастността и гарантира, че пациентът се чувства обгрижен и изслушан“⁽⁴⁾.

Както големия брой цели в отделните групи, така и тяхната подробна и описателна формулировка свидетелстват за това, че възприетият подход за формулиране на целите и съответните умения се стреми подробно да опише комплексността на комуникативните ситуации. Използван е и набор от комуникативни, езикови, поведенчески подходи за избора и формулирането на целите и уменията.

В специфичните умения в НРССС е наблегнато на особеностите на контекста и ситуацията, което напомня за по-ранните консенсусни документи, като този от Каламазу, където се следват етапите на комуникацията в медицината. НРССС включва специфични цели, зависещи от контекста и ситуацията, като например вземането на решения (№ 24 – 32 от НРССС). Отчетено е влиянието на психологическите и емоционалните фактори при комуникацията (напр. №№ 3, 7, 15 от НРССС). Движението и обработката на информацията са много подробно разработени в раздела „Информация“ (№ 17 – 23 от НРССС).

Ако създадената основна учебна програма на ЕАСН се анализира специфично само по отношение на езиковите механизми и техники, включени в комуникативните цели и умения, които се очаква да се усвоят, се разкрива интересна картина. В основните умения са посочени уменията за водене на диалог (умение №3 от НРССС) и плавното му развитие от началото до края (№1 от НРССС). Учебната програма признава ключовото значение на вербалните и невербалните умения за комуникация, но ги свързва само с едно от основните езикови умения, а именно активното слушане, като другите основни умения – говорене, писане и четене, не са споменати изрично.

Специално внимание в № 6 от НРССС е отделено на невербалните умения (израз на лицето, жестове и т.н.). Въпреки че вербалните умения са посочени, макар и откъслечно, в основните цели, техниките, които могат да се използват за създаването на такива езикови умения, не са изброени изчерпателно. Една от техниките – тази за задаването на въпроси, е изведена като най-съществена и е формулирана отделно (№ 5 от НРССС). Споменат е и механизмът на перифразата. Когато се правят връзки с езика, те са главно на нивото на функционалната граматика и касаят само някои езикови функции, като обобщаване, събиране и даване на информация, вербализиране на емоционално съдържание.

Консенсусният документ на Европейската асоциация има предимствата на детайлното и подробно изброяване на необходимите комуникативни цели/умения за бакалавърското обучение в здравеопазването. Той представлява значително постижение, тъй като разглежда, анализира и синтезира комуникативните умения от различните гледни точки на науките, свързани с медицината и здравеопазването, и постига интердисциплинарен подход. Въпреки че целта за създаване точно на езикови умения присъства в програмата, тя не е свързана с всички съществени за медицината и здравеопазването езикови умения. По отношение на посочените езикови техники не се прави опит те да бъдат изчерпателно изброени или споменати, а се извеждат само някои от тях без опит за систематизиране.

В заключение, след обстоятелствения анализ на съществуващите програми за комуникация на лекарите с пациентите можем да обобщим, че са направени множество стъпки за изясняване и прецизно формулиране на необходимите комуникативни умения, необходими на лекарите за общуване с пациентите, близките им и подкрепящите ги системи. Наблюдават се няколко общи характеристики на консенсусните документи. Различните документи се стремят към по-обобщено или по-детайлно представяне на тези умения. Общият подход, който се използва при систематизиране на комуникативните умения, е категоризирането им съобразно етапите на комуникация при лечението на пациентите. Усилията на експертите и изследователите са били насочени главно към прецизно дефиниране на релевантните комуникативни умения. Експертите са на мнение, че предлаганите основни учебни програми и рамки от комуникативни умения могат да се прилагат в различните висши училища според преценката на експертите по комуникация, създаващи и прилагащи конкретните програми в тях.

В съществуващите документи и анализи обаче не е изяснен проблемът за това какви езикови механизми и техники могат да се използват за подобряване на посочените комуникативни умения. Така е ясна целта за подобряване на определени умения за общуване. В същото време обаче, не е изяснено как и с какви езикови техники и средства може да се постигне

това. Тази празнота в изследванията представя възможност за разработване на ефективни езикови механизми, техники и средства за развитие на различните комуникативни умения. Така ще се обогати учебното съдържание и ще се повиши качеството на учебните програми по комуникация за бъдещите лекари.

NOTES/БЕЛЕЖКИ

1. Van Thiel J, Ram P, van Dalen J. MAAS-Global 2000. Netherlands: Maastricht University; 2000. http://www.hag.unimaas.nl/maas-global_2000/GB/MAASGlobal-2000-EN.pdf.
2. Use of the Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (Adapted) in an Institutional Interpersonal and Communication Skills Curriculum. June 2010. DOI: 10.4300/JGME-D-10-00024.1. <https://www.researchgate.net/publication/51695713>
3. The Health Professionals Core Communication Curriculum (HPCCC): Objectives for undergraduate education in health care professions. In: http://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-tEACH.pdf
4. The Health Professionals Core Communication Curriculum (HPCCC): Objectives for undergraduate education in health care professions. In: http://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-tEACH.pdf

REFERENCES/ЛИТЕРАТУРА

- Borisov, V. (2009). *Healthcare management – the new alphabet of healthcare management*. Sofia: Goreks Pres [Борисов, В. (2009). *Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт*. София: Горекс Прес].
- De Haes, H, Bensing J. (2009) Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*, 74, 287 – 94.
- Frankp, Jr. (2005). *The CanMEDS physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Kiessling, C., Dieterich, A., Fabry, G., Holzer, H., Langewitz, W., Mullinghaus, M., et al. (2010). Communication and social competency in medical education in German speaking countries: the Basel consensus statement. *Patient Educ Couns*, 81, 259 – 66.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*, 76: 390 – 3.

- Makoul, G., Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. *Patient Educ Couns*, 3, 191 – 5.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. (1999). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Brit Med J*, 303, 1385 – 7.
- Vodenicharov, Ts., Popova, S. (2009). *Social medicine*. Sofia: Eko-print [Воденичаров, Ц., Попова, С. (2009). *Социална медицина*. София: Еко-принт].
- Von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., Wiskin, C. (2008). UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*, 42: 1100 – 7.

DEVELOPMENT OF EUROPEAN CONCEPTS ON COMMUNICATIONS TRAINING OF MEDICAL STUDENTS

Abstract. Communication in medicine and healthcare has become a central topic of discussion, and the impact of doctors' communication competences on patients' clinical outcomes and patient satisfaction has been widely acknowledged. EU educational policies on the verbal communication of future doctors are discussed as a system of educational objectives and tools, which have an influence on language and communication skills training. Enhancing the verbal communication skills of students in medicine has a significant impact on their future professional competencies and careers. On global and European level a number of consensus statements, frameworks and models of the content of communication training for doctors have been developed. The analysis of these consensus statements reveals their major characteristics and to what extent developing verbal skills is considered essential for students' communication skills. The conclusion of the importance of a consensus on enhancing the verbal skills of doctors, as well as on the content of their verbal communication skills training is made.

✉ **Ms. Kristina Stoyanova, PhD student**

Medical University

Sofia, Bulgaria

E-mail: kristina.hristova@yahoo.com