

**ЕВРОПЕЙСКИ И СВЕТОВНИ КОНСЕНСУСНИ СТАНОВИЩА ОТНОСНО
СЪДЪРЖАНИЕТО НА ОБУЧЕНИЕТО ПО КОМУНИКАЦИЯ НА БЪДЕЩИТЕ
МЕДИЦИНСКИ И ЗДРАВНИ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ**

Kristina Stoyanova

**EUROPEAN AND GLOBAL CONSENSUS STATEMENTS REGARDING THE
CONTENT OF COMMUNICATION TRAINING OF FUTURE MEDICAL AND
HEALTHCARE PROFESSIONALS**

Kristina Stoyanova

Abstract: Over the last few decades communication in medicine and healthcare has become a central topic of discussion, and the impact of medical and healthcare providers' communication competences on patients' clinical outcomes and patient satisfaction has been widely acknowledged. EU educational policies on the verbal communication of future medical and healthcare professionals are discussed as a system of educational objectives and tools, which have an influence on language and communication skills training. Enhancing verbal communication skills in the training of future medical and healthcare professionals has a significant impact on students' 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 medical and healthcare professionals 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 medical and healthcare professionals as well as on the content of their verbal communication skills training is made.

Keywords: EU educational policies, training of medical and healthcare professionals, higher medical and healthcare education institutions, content of verbal communication skills training

Редица изследвания доказват значението на комуникацията за подобряване на взаимоотношенията между медицинските и здравни професионалисти и пациентите. Оптимизацията на езиковата комуникация по отношение на здравето може да подпомогне постигането на крайните цели на медицината, повишаването на резултатите от лечението, спазването на лекарските препоръки, психологическото удовлетворение от отношението на лекаря. Така се отговаря на изискванията на медицинската етика за правата на пациентите на достъп до информация (Воденичаров, Попова 2003).

Признаването на значението на комуникацията е повлияло на медицинските училища да обучават бъдещите специалисти за придобиване на разнообразни умения за общуване като умения за междуличностна комуникация, както и 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 (Борисов 2009).

Доказателствата за значението на повишаване на комуникативните езикови умения на медицинските и здравни професионалисти 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. Тук ще се спрем на главните от тях, 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 изявление 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 и 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 били 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.). Съсредоточавайки се върху медицинските училища, осемте препоръки в това консенсусно заявление 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 на 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 подкрепено 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 и 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 разглежда въвеждащата фаза на общуването, консултацията, молбата за медицинска помощ, физическия 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 медицинските и здравни професионалисти с фазите на визитата при лекаря и фазите на лечението (van Thiel, Ram, van Dalen 2000).

Съществено преимущество на маастрихтската разработка е създаването на Списък с консултативни комуникативни лекарски умения за оценка на общуването с

пациентите (MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors). 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 (Van Thiel et al. 1999).

Консенсусната декларация от **Каламазу** се фокусира върху определяне на елементите на комуникацията на медицинските и здравни специалисти. През май 1999г. 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 доказателства. 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 разговора. 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, 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, доброволни и други системи.

Следователно, експертите от Каламазу смятат, че медицинският и здравен специалист 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. Това създава сигурност, че никой аспект или момент от комуникацията с пациента няма да бъде пропуснат при подготовката на здравните професионалисти.

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 комуникацията (Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist 2010). Голямото практическо приложение на този чек лист се дължи на няколко негови особености. Първо, той е създаден като инструмент за оценка на определен медицински или здравен специалист. Второ, при всеки елемент на комуникацията са изброени комуникативните умения, които се проследяват за осигуряване на добра комуникация по всеки елемент. Трето, използва се пет-степенната 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 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, колегите и други професионалисти; 3. Прецизно предават съответната информация и обяснения на пациентите и семействата им, колегите и другите професионалисти; 4. Постигат общо разбиране по въпроси, проблеми и планове с пациенти и семейства, колеги и други специалисти за разработване на общ план за грижи; 5. Предават ефективна устна и писмена информация относно медицинския преглед.“ (Frank, ed. 2005: 13). Очертаните компетенции следват и имат за цел да обобщят тези, които са посочени в предишни декларации.

De Haes и Bensing предлагат 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 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 2008).

Британската консенсусна декларация препоръчва какво да включва ключовото съдържание на програмите по комуникация в бакалавърската подготовка на лекарите през 2008 г. (von Fragstein et al. 2008). Създателите 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 ще става по преценка на всяко медицинско училище. Те смятат, че не би било практически издържано да се определят твърдо определени нива на компетентност, тъй като студентите могат да постигнат различните нива на различни етапи на своето обучение (Von Fragstein et al. 2008).

Консенсусното становище от Базел има голямо преимущество в това, че е изчерпателно от разработените преди него. Друго негово предимство е гледната точка към комуникацията като към 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 със 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 (The Bologna Declaration), Европейската асоциация за комуникация в здравеопазването (EACH) е създавала 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, оценяването на комуникативните умения и програмите за обучение. Подгрупата за основната учебна програма по комуникация се заема със задачата да постигне консенсус относно основната учебна програма за комуникация в областта на здравните професии, която да бъде използвана в образованието на медицинските и здравни специалисти 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 натоврени 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“ (The Health Professions Core Communication Curriculum: objectives for undergraduate education in health care professions). Тя съдържа три раздела: Комуникация с пациентите, Вътрешно- и междуличностна комуникация и Комуникация в здравните екипи.

По отношение на комуникацията с пациентите, изработената 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, оценени от експертите: „Студентът . . . 1 Адаптира комуникацията си към нивото на разбиране и езика на пациента, като избягва жаргон; 2 Използва техники за изграждане и поддържане на диалог и съпричастност и гарантира, че пациентът остава с впечатлението, че е чул; 3. Отнася се към пациента с уважение, включително като осигурява поверителност, неприкосновеност на личния живот и автономия на пациента и разпознава пациента като партньор в оформянето на взаимоотношенията“ (НРССС).

Както големият 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 комплекс от комуникативни, езикови, поведенчески подходи за избора и формулирането на целите и уменията.

В специфичните умения е наблегнато на особеностите на контекста и ситуацията, което напомня за по-ранните консенсусни документи, където се следват етапите на комуникацията при специфичните ситуации в медицината като например, прегледа на пациента (документа от Каламазу), спешните ситуации или вземането на решения (№ 24-32). Отчетено е влиянието на психологическите и емоционалните фактори при комуникацията (напр. №№ 5,8,15,29). Движението и обработката на информацията, са много подробно разработени в раздела „Информация“.

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 №2, посочено в

програмата) и плавното му развитие от началото до края (№10). Учебната програма признава ключовото значение на вербалните и невербални умения за комуникация, но ги свързва само с едно от основните езикови умения, именно, активното слушане, като другите основни умения – говорене, писани и четене, не са споменати изрично. Специално внимание в № 9 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 (№11). 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 обобщаването, 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 специфично 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 обстойния анализ на съществуващите програми за комуникация на медицинските и здравни професионалисти с пациентите, можем да обобщим, че са направени множество стъпки за изясняване и прецизно формулиране на необходимите комуникативни умения, необходими на медицинските и здравни професионалисти за общуване с пациентите, близките им и подкрепящите ги мрежи. 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 в медицината и здравеопазването според преценката на специалистите 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, но не е изяснено как и с какви езикови техники и средства може да се постигне това. Тази празнота в изследванията представя възможност за обогатяване на учебните програми и учебното съдържание по комуникация в медицината и здравеопазването чрез разработване на работещите езикови механизми и езиковите техники и средства за развитие на различните комуникативни умения.

Литература

1. Борисов, В. (2009). Здравен мениджмънт - новата азбука на здравния мениджмънт. 280 с.
2. Воденичаров, Ц., С. Попова. (2003). Медицинска етика: Учебник. ДАК, 230 с.
3. De Haes H, Bensing J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*, 74:287–94.
4. Frank JR, editor. (2005). The CanMEDS physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
5. 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. Results of a Delphi Study. *Patient Educ Couns*. 81:259–66.
6. Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 76:390–3.
7. 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*. 37:191–5.
8. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. (1991).

- Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Brit Med J*.303:1385–7.
9. The Bologna Declaration on the European space for higher education: an explanation by the Confederation of EU Rectors' Conferences and the Association of European Universities (CRE), <http://ec.europa.eu/education/policies/educ/bologna/bologna.pdf>.
 10. The Health Professionals Core Communication Curriculum (HPCCC): Objectives for undergraduate education in health care professions.
http://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-tEACH.pdf
 11. 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>
 12. Van Thiel J, Ram P, van Dalen J. MAAS-Global 2000. Netherlands: Maastricht University, http://www.hag.unimaas.nl/maas-global_2000/GB/MAASGlobal-2000-EN.pdf.
 13. Van Thiel J, et al. (1991). Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht history-taking and advice checklist. *Med Educ* 1991; 25(3):224-9.
 14. Ram P et al. (1999). Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. *Med Educ*. 33:447-454.
 15. 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.

Kristina Stoyanova

Medical University- Sofia
2 G. Sofiiski str., Sofia
E-mail: kristina.hristova@yahoo.com