

*Ждан В. М., Дворник В. М., Старченко І. І., Беляєва О. М.*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

**MEDICUS NIHIL ALIUD EST, QUAM ANIMI CONSOLATIO:  
КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ  
КРИТЕРІЇВ ЙОГО ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ**

*Стаття присвячена актуальній проблемі ефективного спілкування лікаря з пацієнтом. Пропоноване дослідження має міждисциплінарний характер й охоплює коло питань, пов'язаних із медичною психологією, теорією комунікації, медичною етикою та деонтологією, соціологією, історією медицини, соціолінгвістикою. Систематизовано й доповнено перелік загальних і професійних soft skills лікаря. Показано, що серед soft skills, які зумовлюють професійну затребуваність та успішність сучасного лікаря, комунікативна компетентність відіграє особливу роль, адже вміння створити довірливу атмосферу, комфортне психологічне середовище, урахувати психологічний стан хворого, відчуття його ставлення до хвороби, налаштувати на боротьбу з недугою значно підвищують ефективність діагностики, лікування, профілактики, реабілітації. На прикладі історії хвороби та смерті видатного хірурга М. І. Пирогова проілюстровано тезу щодо ролі вербального впливу лікаря на хворого. Автори побіжно торкаються питання кореляції між високим рівнем комунікативної компетентності лікаря та задоволеністю пацієнтів якістю надання медичних послуг. Зазначається, що комунікативна компетентність лікаря є одним із засобів формування високого рівня комплаєнтності пацієнтів.*

**Ключові слова:** *лікар, загальні та професійні soft skills, спілкування, комунікативна компетентність лікаря, вербальний вплив лікаря, ефективність виконання професійних завдань, комплаєнс.*

*The article is devoted to the topical problem of effective communication between a doctor and a patient. The proposed study is interdisciplinary in nature and covers a range of issues related to medical psychology, communication theory, medical ethics, deontology, sociology, history of medicine, and sociolinguistics. The list of general and professional soft skills of a doctor has been systematized and supplemented. It has been shown that among the soft skills that determine the professional demand and success of a modern doctor, communicative competence plays a special role, because the ability to create a trusting atmosphere, comfortable psychological environment, taking into account the patient's psychological state, feeling their attitude to the disease increase the effectiveness of diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation. The thesis on the role of a doctor's verbal influence on a patient is illustrated on the example of the case history of disease and death of the outstanding surgeon M.I. Pirogov. The authors briefly address the issue of the correlation between the high level of communicative competence of doctors and patient satisfaction with the quality of medical services. It has been noted that the communicative competence of a doctor is one of the means to form a high level of patient compliance.*

**Key words:** *doctor, general and professional soft skills, communication, doctor's communicative competence, doctor's verbal influence, efficiency of professional tasks, compliance.*

*Стаття посвячена актуальній проблемі ефективного об'єднання лікаря з пацієнтом. Представлене дослідження має міждисциплінарний характер і охоплює коло питань, пов'язаних з медичною психологією, теорією*

коммуникации, медицинской этики и деонтологии, социологией, историей медицины, социолингвистикой. Систематизирован и дополнен перечень общих и профессиональных soft skills врача. Показано, что среди soft skills, которые обуславливают профессиональную востребованность и успешность современного врача, коммуникативная компетентность играет особую роль, поскольку умение создать доверительную атмосферу, комфортную психологическую среду, учесть психологическое состояние пациента, прочувствовать его отношение к болезни, настроит на борьбу с ней значительно повышают эффективность диагностики, лечения, профилактики, реабилитации. На примере истории болезни и смерти выдающегося хирурга Н. И. Пирогова проиллюстрирован тезис о роли вербального воздействия врача на больного. Авторы бегло затрагивают вопросы корреляции между высоким уровнем коммуникативной компетентности врача и удовлетворенностью пациентов качеством оказания медицинских услуг. Отмечается, что коммуникативная компетентность врача является одним из средств формирования высокого уровня комплаентности пациентов.

**Ключевые слова:** врач, общие и профессиональные soft skills, общение, коммуникативная компетентность врача, вербальное воздействие, эффективность выполнения профессиональных задач, комплаенс.

**Вступ.** В умовах постіндустріального суспільства й глобальних трансформацій і потужних інтеграційних процесів, які охоплюють усі сфери життя суспільства, професійна успішність і затребуваність лікаря, ефективність його фахової діяльності зумовлені як ступенем наявних у нього hard skills – вимірюваних професійних компетентностей (фундаментальних, теоретичних, фахових знань; апаратних, інструментально- й лабораторно-діагностичних умінь і навичок, способів діяльності і/або надання спеціалізованої, високотехнологічної зокрема, допомоги пацієнту; знань і навичок з питань профілактики хвороб, диспансеризації хворих із хронічними захворюваннями; володіння принципами реабілітації хворих тощо), так і soft skills – загальних і професійних, які охоплюють широке коло складових (якостей і характеристик), наявних у психологічній структурі особистості, до яких вітчизняні й зарубіжні вчені відносять [1; 2; 6; 7; 10; 12; 20; 27; 28; 29; 32]:

- наявність у лікаря комунікативних навичок, які передбачають: (1) уміння: проводити комплексне опитування пацієнта й/або його родичів чи осіб, які за ним доглядають; обирати доцільні стратегії, тактики, стилі спілкування з пацієнтами та їхніми родичами, комбінувати їх залежно від конкретної ситуації та з огляду на конкретного пацієнта; (2) відмову від професійного сленгу, використання жаргонізмів; (3) володіння невербальними компонентами спілкування: кінестетичними і просодичними й екстралінгвістичними;

- аксіологічні й професійно-ціннісні установки лікаря, моральні імперативи, потреби, інтереси, гуманістичне спрямування;

- здатність обирати в процесі діагностичної, лікувальної, профілактичної, реабілітаційної взаємодії з пацієнтами та їхніми родичами професійно доцільні й етично обґрунтовані поведінкові патерни;

- емпатію, тобто, здатність розуміти відчуття та страхи пацієнта, здатність до децентрації;

- уміння ідентифікувати психологічні компоненти хвороби і прогнозувати її наслідки для здоров'я, працездатності, якості життя пацієнта;

- урахування очікувань пацієнта від відвідування закладу охорони здоров'я та прийому лікаря;
- урахування реакції конкретного пацієнта на хворобу (нормальна / природна, нехтувальна, заперечена, нозофобна, нозофільна, утилітарна (агравация, дисимуляція, симуляція));
- усвідомлення психологічних аспектів клінічної практики, які впливають на пацієнта;
- здатність доводити пацієнту необхідну інформацію щодо лікування / профілактики / реабілітації, необхідності відмови від шкідливих звичок і дотримання здорового способу життя;
- вміння розпізнавати й усвідомлювати індивідуальні та соціальні фактори, які зумовлюють виникнення хвороби, переконливо роз'яснювати пацієнту взаємозв'язок між діагнозом і причинами захворювання;
- здатність мотивувати пацієнта на подолання хвороби;
- вміння підтримувати й заохочувати автономію пацієнта, доводити інформацію щодо можливих проблем та аспектів лікування хворого, проводити з пацієнтом роботу, спрямовану на забезпечення конкордансу, комплаєнсу, адгеренсу;
- вміння уникати конфліктів або адекватно діяти в умовах конфліктної ситуації з пацієнтами, їхніми родичами, особами, які їх доглядають;
- уникнення стереотипів у сприйнятті пацієнтів;
- здатність брати відповідальність за результати власної професійної діяльності;
- емоційну стабільність, збереження контролю над своїми емоційними реакціями й поведінкою в цілому;
- володіння техніками саморегуляції;
- розвинену когнітивно-інтелектуальну сферу: мислення (клінічне, логічне, стратегічне, критичне, креативне), пам'ять, увага;
- здатність оперативно реагувати на вимоги професійного ринку праці;
- розвинену професійну самосвідомість як усвідомлення якостей, необхідних для успішного виконання професійних завдань;
- здатність до рефлексії та саморефлексії;
- готовність приймати нестандартні рішення, готовність проявляти професійну й особистісну ініціативу;
- спроможність долати суперечності буття сучасної людини, робити екзистенційний вибір, який не протирічить загальнолюдським і професійним цінностям (нормам);
- прагнення саморозвитку, налаштованість отримувати новий професійний досвід;
- здатність до навчання впродовж життя (Lifelong Learning);
- навички самоосвіти, вміння працювати з джерелами професійної інформації;
- креативність, здатність генерувати принципово нові ідеї;
- здатність до кооперації та групової діяльності, самоактуалізація, націленість на результат;
- толерантність, відмову від будь-яких проявів дискримінації за гендерною, расовою, національною, релігійною приналежністю;
- наявність позитивної мотивації, безпосередньо пов'язаної зі змістом

професійної діяльності, здатність будувати обрану траєкторію кар'єрного зростання, долати труднощі й психологічні бар'єри, які заважають особистісному та професійному розвитку;

- уміння долати проблеми, які виникають у процесах діяльності, спілкування, пізнання дійсності й себе в ній, освоєння новітніх технік і технологій.

З огляду на складність і міждисциплінарний характер проблеми спілкування різноманітні аспекти її дослідження потрапляють у поле зору представників різних галузей знань – медичної (Т. Батишева, О. Бобров, Т. Веприк, О. Грандо, С. Грандо, В. Колягін, Б. Лаун, В. Манулик, В. Оржешковський, N. Arora, W. Baile, R. Buckman, Renato Lenzi, G. Globber, E. A. Beale, A. P. Kudelka, M. H. Biglu, F. Nateq, M. Ghojzadeh, A. Asgharzadeh, C. Fournier, S. Kerzanet), філологічної (Л. Белінсон, М. Борсукова, В. Жура, Ж. Кисмуратова, Н. Литвиненко, Н. Сидорова, М. Ширінян, С. Шустова), психологічної і психолого-педагогічної (М. Боухал, Г. Кіпіані, Р. Конечний, С. Максименко, Ю. Михайлюк, Н. Петрова, З. Романець, С. Трушкіна, Л. Урванцев, М. Філоненко, К. Aspergren), соціологічної (Н. Осипова, Т. Сьоміна).

**Мета роботи:** висвітлити взаємозв'язок комунікативної компетентності лікаря з різними аспектами його професійної затребуваності й ефективності професійної діяльності.

**Виклад основного матеріалу.** Особливе місце серед soft skills посідають комунікативні навички, адже унікальність професії лікаря полягає в тому, що «у праці лікаря її предмет – людина, знаряддя – людина, продукт – також людина. Тут лікувально-діагностичні методи нерозривно поєднуються з особистими відносинами. У зв'язку із цим набувають важливості як моральні аспекти діяльності лікаря [9, 31]», так і питання комунікативної компетентності лікаря, яку дефініюють як інтегративний особистісний утвір зі складною структурою, в якому наявні три відносно самостійні рівні: базовий (ціннісний), змістовний та інструментальний (операційний, технічний) [17, с. 20]. На змістовному рівні відбувається транспозиція лікарських завдань у комунікативні, побудова програм і тактики спілкування. Базовий рівень містить особистісні якості лікаря, ціннісні орієнтації та мотиви в комунікативній сфері. Інструментальний рівень містить комунікативні вміння й навички, які забезпечують керування процесом спілкування, ефективний вплив на партнерів по спілкуванню, а також оптимальну регуляцію процесу спілкування. На цьому рівні проявляються як загальні (наприклад, уміння слухати), так і професійні (наприклад, володіння прийомами «під'єднання до пацієнта») комунікативні вміння й навички *ibid*.

С. Трушкіна до найбільш дієвих комунікативних умінь лікаря відносить техніку активного слухання, прийоми надання емоційної підтримки пацієнту або його родичу, навички конструктивного подолання супротиву партнера по спілкуванню, уміння обмежувати під час спілкування використання фахової термінології та ефективно надавати необхідну інформацію [22]. При цьому комунікативно компетентний лікар повинен досконало володіти як засобами вербального, так і паравербального та невербального спілкування – кінестетичними (рухи тіла, положення тіла, міміка, жести) і просодичними й екстралінгвістичними (інтонація, паузи, швидкість мовлення, інтенсивність або сила звучання голосу) [3; 20].

Аналіз літератури з питання, що досліджується, свідчить, що значна кількість науковців [9; 13; 25; 26; 28] переконана, що наявність у лікарів навичок

спілкування – не лише один з основних засобів, що забезпечує ефективність таких професійних процесів як консультування, діагностика, виклад плану лікування та власне процес лікування, а й важливий інструмент встановлення довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом. При цьому ці процеси взаємопов'язані.

Інші дослідники [33] вважають, що вміння лікаря встановити контакт із хворими, здатність по-дружньому спілкуватися з пацієнтом – це важлива складова медичного мистецтва. Однак, учорашні студенти й лікарі-інтерни, а нинішні лікарі в процесі професійної діяльності часто відчують комунікативні труднощі, недостатньо володіють необхідним арсеналом комунікативних знань, не завжди готові до сучасного й ефективного використання різноманітних засобів комунікативного впливу на пацієнта [24].

У зв'язку із цим не втрачає актуальності потреба у спеціальній підготовці лікарів до спілкування з хворими, адже, незважаючи на те, що «серед лікарів трапляються дійсні майстри своєї справи [7, с. 68]», далеко не всі з них – вроджені психологи з уродженими чи розвиненими комунікативними якостями, тому необхідно цілеспрямовано, постійно й науково обґрунтовано навчати лікарів (а також майбутніх лікарів) як сприйняттю, розумінню та оцінці іншої людини, так і «техніці» професійного спілкування [23; 27].

Разом із тим нестача часу, відведеного чинними нормативами на одного пацієнта, перевантаженість лікаря, паперова робота знижують ефективність спілкування лікаря з пацієнтом, перешкоджають належній оцінці соматичних і психічних симптомів, виявленню душевного стану хворих. Так, саме спілкуванню, яке не зводиться лише до комунікації як констатації фактів і трансляції інформації, а й перцепцію, яка передбачає сприйняття один одного партнерами по спілкуванню, у нашому випадку – лікаря та пацієнта і встановлення на цій основі взаєморозуміння, а також інтеракцію, *id est*, взаємодію лікаря із пацієнтом [5].

У цьому контексті варто погодитися з В. Колягіним, який наголошує на тому, що разом із небаченими раніше досягненнями медичної науки й техніки, які призводять до постійного вдосконалення медичної практики, упровадження новітніх методів дослідження, діагностики й лікування, що, у свою чергу, потребує все вужчої спеціалізації лікарів, складається ситуація, за якої медичне мислення зосереджується на патології окремих органів і систем, і таке вузьке спрямування «затуляє» хворого в цілому, утруднює цілісне бачення особистості людини, яка страждає, з усіма притаманними їй особливостями, проблемами, печалями, прагненнями й надіями [13].

Відомі чеські дослідники Р. Конечний і М. Боухал цілком слушно зазначають, що «лікар передусім схильний шукати об'єктивні ознаки захворювання. Він намагається обмежити анамнез для визначення передумов подальшого соматичного дослідження. Для хворого ж у центрі уваги й інтересів завжди перебуває його суб'єктивне, особистісне переживання хвороби. Лікар зобов'язаний розглядати ці суб'єктивні переживання, вловити хвилювання хворого, зрозуміти й оцінити їх, виявити причини, підтримувати їхні позитивні прояви та використовувати їх для сприяння хворому під час обстеження і лікування. Відмінності між точкою зору лікаря та хворого закономірні й визначені їхньою різною позицією в конкретній ситуації, різними ролями. Попри це, лікар зобов'язаний слідкувати, щоб ці відмінності не перейшли в більш глибокі й закоренілі протиріччя, які ставили б під загрозу взаємовідносини медичного персоналу з хворими і тим самим утруднювали б надання допомоги хворому [14, с.

188 – 189]».

Не буде зайвим пригадати, що значущість вербального впливу лікаря на пацієнта, його роль у процесах одужання хворого усвідомлювали в усі часи. Римський письменник і поет Петроній Арбітр (бл. 14 – 66 рр.) писав, що «*medicus nihil aliud est, quam animi consolatio*» («лікар – ні що інше як розрада для душі»), а відомий ще за часів Античності вислів «*Medice, cura aegrōtum, sed non morbum*» («Лікарю, лікуй хворого, а не хворобу») не втрачає своєї актуальності понад двох тисячоліть.

Видатний лікар-терапевт Г. А. Захар'їн у своїх «Клінічних лекціях» писав: «Слід пам'ятати, що серйозно хворі зазвичай, за рідкісним винятком, перебувають вже в силу власне хворобливого стану свого в пригніченому настрої – похмуро і зі слабкою надією дивляться в майбутнє. Для успіху (лікування) лікар повинен підбадьорити хворого, вселити в нього надію на одужання чи, принаймні, з огляду на випадок, вказати на позитивні прояви його стану, які той (хворий) зважаючи на пригнічений настрій не помічає або не цінує. Іноді такі слова лікаря мотивують хворого, заспокоюють його й одразу дають йому сон, якого не було; а, безумовно, немає потреби роз'яснювати, що означає сон для нервової системи, а відтак і для всього організму. Одним цим зауваженням не вичерпується питання зміни пригніченого настрою бадьорим. ... Відкрити ж хворому всі побоювання, які виникають у лікаря, – завжди помилка з його боку, а іноді й прямий злочин: у небезпечних випадках, коли навіть незначний вплив може призвести до того чи іншого кінця – іноді прямо до смерті або до повного одужання... – уміння лікаря зміцнити або поколивати бадьорість духу хворого може відіграти фатальну роль [11, с. 28 – 29]».

Яскравою ілюстрацією цієї тези, на наш погляд, може стати історія хвороби видатного хірурга, засновника оперативної хірургії і клінічної анатомії, суспільного діяча й педагога М. І. Пирогова, ґрунтовно висвітлена в статті М. Мниховича, Л. Кактурського, Ю. Гумінського та співавторів [18]. Будучи не лише геніальним хірургом, а й чудовим клініцистом і діагностом, на початку 1881 р. Пирогов звернув увагу на біль і подразнення твердого піднебіння, а через деякий час виявив на піднебінні невеличку виразку з рівними щільними краями. Хоча Пирогов і запідозрив у себе злякисне новоутворення, він намагався не обговорювати це болюче питання з дружиною, продовжував приймати хворих.

Першим консультантом Пирогова став його біограф і друг І. В. Бертенсон, який, будучи проїздом у Вишні, оглянув порожнину рота і спокійно запевнив, що не варто турбуватися, і виразка невдовзі загоїться. Утім, вже в Одесі Бертенсон не приховував від друзів, що в Пирогова рак. 24 травня 1881 р. Миколу Івановича оглянув інший відомий хірург – професор М. В. Скліфосовський. Після огляду Скліфосовський сказав С. С. Шкляревському, що сумніву бути не може – у Пирогова злякисна пухлина, тому Микола Іванович потребує щонайшвидшої операції. 25 травня відбувся консилиум, під час якого найвидатніші в той час хірурги дійшли одностайної думки щодо діагнозу Миколи Івановича. Також було вирішено негайно його оперувати. Утім, Пирогов відмовився від запропонованої операції і вправ у депресію. Через деякий час він поїхав на консультацію у Відень до свого учня Т. Більрота. Незважаючи на те, що Т. Більрот – досвідчений хірург з європейським ім'ям не поставив під сумнів діагноз, вже поставлений Пирогову раніше, будучи тонким психологом і людиною, яка не одне десятиліття добре знала Пирогова, Т. Більрот усвідомлював, що з огляду на характер виразки, а також

тяжкий психічний і фізичний стан Миколи Івановича операція не має сенсу. Тому Пирогову було сказано, що «діагноз хибний». «Такий дипломатичний хід Більрота «воскресив» Пирогова: «Ну, якщо Ви мені це кажете, то я заспокоююся [18]».

Микола Іванович повернувся додому в піднесеному настрої і, незважаючи на прогресування хвороби, продовжував писати свій «Щоденник старого лікаря», над яким невтомно працював до останніх днів життя – помер Пирогов 23 листопада 1881 р. Цікаво, що після смерті видатного хірурга на його робочому столі була знайдена записка, датована 27 жовтня того ж року, в якій він писав, що ні Скліфосовський, Валь і Грубе (хірурги, які були присутні на консиліумі – автори), ні Більрот не виявили в мене *ulcus oris men. mus. cancrosus serpengiosus*, інакше перші троє не пропонували б операцію, а другий не визнав би хворобу доброякісною [18, с. 227]. Ця записка є прямим свідченням, що лікарі, яким вдалося вловити психологічний настрій Пирогова, заспокоїти його, приховавши від нього правду, продовжили життя генія хірургії, який менш ніж за місяць до смерті все ж сам виставив собі точний діагноз.

Історія хвороби й смерті М. І. Пирогова та поведінка хірургів, які його консультували, слугує ще одним підтвердженням того, що «психологія спілкування з хворим полягає в умінні знайти підхід до хворого, знайти ключ до його особистості, встановити контакт із ним. Усе це необхідне для вміння зрозуміти, що відбувається в душі людини, яка страждає, але цього можливо досягти лише за умови психологічно правильного спілкування з нею. Слід пам'ятати, що спілкування з хворим – важливий елемент процесу лікування [9, с. 35]».

Проблема організації ефективної комунікації у сфері охорони здоров'я набуває особливої актуальності також з огляду на те, що професійна діяльність сучасного лікаря характеризується поступовою заміною патерналістської моделі спілкування лікаря з пацієнтом партнерською моделлю [4; 13].

Деякі дослідники, які вивчають комунікативні процеси в медичній галузі, акцентують увагу на тому, що часто для пацієнта довіра до лікаря важливіша та зазвичай має більший оздоровчий ефект, ніж обрана схема лікування чи рекомендований препарат [28]. Уміння налагодити комунікативний та емоційний контакт із пацієнтом, терпляче вислухати його скарги, суб'єктивні відчуття, проявити під час контакту з пацієнтом тактовність, уважність, толерантність, доброзичливість і повагу допоможуть зібрати детальний *anamnēsis vitae* та *anamnēsis morbi*. Це пов'язано з тим, що пацієнт, який звертається до лікаря, найбільше поінформований щодо стану свого здоров'я. І лише лікар, який має достатньо розвинені навички спілкування із пацієнтом, має змогу отримати максимально достовірну й об'єктивну інформацію щодо фізичного та психічного стану хворого, призначити доцільну діагностику, доцільне медикаментозне лікування і/або лікувальні чи лікувально-оздоровчі процедури *etc.*

Хороший лікар уміє визначати мотиви поведінки пацієнта, його налаштованість/прихильність до медицини, лікаря та лікування; він уміє встановлювати психологічний контакт і довірливі стосунки з різними категоріями пацієнтів, швидко приймати оптимальні рішення та ефективно діяти в критичних ситуаціях, здатний переконливо викладати власні думки, доносити їх до пацієнта [4, с. 29].

У цьому контексті важко не погодитися з твердженням українських дослідників О. А. Грандо та С. О. Грандо, що під час складання психологічного

портрета особистості пацієнта лікар повинен побачити й оцінити цю особистість у динаміці психологічної діяльності, у різноманітних проявах темпераменту й характеру [9, с. 39]. Надзвичайно важливо, щоб лікар знав ставлення хворого до хвороби й обирав відповідний психологічний підхід до конкретного пацієнта, тим самим попереджуючи ятрогенії *ibid*.

Суттєві зміни, які відбуваються в медицині, істотно впливають на характер професійної діяльності лікаря і завдань, покладених на нього, тому поряд із питаннями діагностики, лікування, прогностики, реабілітації і профілактики, що покликані зберегти життя пацієнта, відновити його працездатність, попередити рецидиви хвороби, на перший план висуваються питання забезпечення якості життя хворого, якості надання медичних послуг і задоволення пацієнта якістю отриманих медичних послуг [13; 28; 30; 31; 32; 33; 34]. Сформовані комунікативні навички розглядаються цими вченими як один з основних критеріїв професійної успішності й затребуваності лікаря, адже лікарі, які не вміють спілкуватися з пацієнтами, ризикують потрапити в *circulus vitiosus*, наприклад, незадоволеність пацієнтів, збільшення кількості помилок, хибний діагноз, зростання витрат на послуги охорони здоров'я, призначення непотрібних ліків, марно витрачені час і гроші пацієнтів [28].

Тому саме наявність у лікаря комунікативних навичок визнається одним із запобіжників виникнення цього «порочного кола»: вміння вислухати пацієнта, вміння та бажання створити довірчі стосунки з пацієнтом, дружнє спілкування лікаря з пацієнтом слугує джерелом ментальної і духовної підтримки як лікаря, так і пацієнта [27]. У цьому контексті цікавою та цінною нам видається думка відомого американського лікаря-кардіолога, винахідника дефібрилятора постійного струму й кардіовертера, професора Бернарда Лоуна (Лауна) щодо того, що лікар повинен вчитися не лише у своїх колег, а й у своїх пацієнтів: «Пропрацювавши в медицині 45 років, я все ще відчуваю себе студентом... Але вчителі – не вчені, які навіюють страх, а звичайні пацієнти. Вони повідомляють мені про виникнення та розвиток хвороби. Вони розповідають мені про злети й падіння долі. Інші діляться зі мною своїми трагедіями, які відбуваються в житті майже кожного. Незначна кількість пацієнтів, немов комети, що близько пролітають, незворотно змінювала траєкторію мого життя – сильне гравітаційне цих особистостей скеровувало мій шлях на нову орбіту. Історії, що найбільше запам'яталися, пов'язані з хворобами, які потребували нетипових підходів, у результаті чого виникали тісні людські взаємовідносини й міцна дружба. Ці випадки спонукали мене напружувати мої сили та вчили мене: потрібні не книжні знання, а глибока особиста взаємодія з людиною [16, с. 257]».

Ще один аспект, дотичний до теми нашої розвідки, – взаємозв'язок між комунікативною компетентністю лікаря й різними проявами інтеракції пацієнта з лікарем, як-от конкорданс, комплаєнс і адгеренс. Не зупиняючись на диференціації термінів «конкорданс», «комплаєнс» і «адгеренс», оскільки це питання детально розглянуті в публікаціях О. Вольської [8] і Ю. Кострікової [15], ми поділяємо думку В. Оржешковського, що в умовах інформаційного буму з практично необмеженим доступом пацієнтів до джерел професійної медичної інформації, зниженням соціального статусу лікаря, на пострадянському просторі зокрема, у представників деяких верств населення з'являється спокуса керувати лікувально-діагностичним процесом, а також хибне відчуття обізнаності в медичних питаннях, що є типовим прикладом ефекту Даннінга – Крюгера [19, с. 121], проблема



налагодження взаємовідносин лікаря і пацієнта, встановлення довірливих стосунків у межах діади «лікар-пацієнт» набуває важливого значення. Адже лише цілковита довіра пацієнта до лікаря, його професійної компетентності, упевненість у тому, що лікар щиро, а не формально цікавиться долею хворого, мінімізують ризики виникнення нонкомплаєнтності хворого.

Варто наголосити, що в сучасному професійному медичному дискурсі ці питання постійно перебувають у фокусі уваги. Так, українські дослідниці Т. Трибрат, С. Шуть, В. Шепітько зазначають, що «ефективність лікування хворих з патологією внутрішніх органів дуже часто залежить не тільки від правильного призначення препаратів, їх лікарської форми та якості, а й від виконання пацієнтом лікарських рекомендацій та його бажання співпрацювати з лікарем [21, с. 275]».

Подібну думку знаходимо й у С. Трушкіної, яка, наголошуючи на важливості комунікативної компетентності лікаря (на прикладі лікарів-психіатрів), відзначає, що лікар із низьким рівнем комунікативної компетентності може справити негативний вплив на формування комплаєнсу за умови, що він не проявляє достатньої зацікавленості й причетності до вирішення проблем хворого, недостатньо пояснює користь і можливі побічні ефекти призначених лікарських засобів, не дає рекомендації щодо режиму дня та образу життя, не враховує реальні можливості пацієнта і його родичів (осіб, які за ним доглядають) дотримуватися призначеного режиму приймання ліків або матеріальної можливості купити той чи інший препарат [22].

**Висновки.** Комунікативна компетентність лікаря належить до тих *soft skills*, які визначають професійну затребуваність та ефективність професійної діяльності лікаря. Розвинені навички спілкування, тактовність, толерантність, уміння створити довірливу атмосферу, комфортне психологічне середовище, урахувати психологічний стан хворого, відчути його ставлення до хвороби, налаштувати на боротьбу з недугою значно підвищують ефективність діагностики, лікування, профілактики, реабілітації. Високий рівень комунікативної компетентності лікаря корелюється із задоволеністю пацієнтів якістю надання медичних послуг і є одним із засобів формування високого рівня комплаєнтності пацієнтів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Абашкина О. *Soft skills: ключ к карьере. Справочник по управлению персоналом.* 2008. № 9. С. 124 – 126.
2. Ахрамович М. И. *Softskills как ценностный компонент современного профессионального образования. Современные тенденции в дополнительном образовании взрослых: материалы III Междунар. науч.- метод. конф., Минск, 21 окт. 2016 г.: в 2 ч.* Минск : РИВШ, 2016. Ч. 1. С. 18 – 22.
3. Барсукова, М.И. *Медицинский дискурс. Стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01.* Саратов, 2007. 18 с.
4. Батышев А. С., Батышева Т. Т. *Врач + пациент: философия успеха.* Москва : ВК, 2011. 521 с.
5. Беляева О. М. *Мовленнєва комунікація: структура, види, форми, перешкоди. Світ медицини та біології.* 2016. № 1 (55). С. 185 – 191.
6. Біла книга національної освіти України / Алексєнко Т. Ф., Аніщенко В. М., Балл Г. О. та ін. ; за заг. ред. В. Г. Кременя. Київ : ТОВ «Інформаційні системи», 2010. 342 с.
7. Вєприк Т. *Комунікативна компетентність – інтегрально значуща якість*

- майбутнього лікаря. Витоки педагогічної майстерності. 2017. Вип. 19. С. 67 – 72.
8. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях. *Ремедиум*. 2013. №11. С. 7 – 20.
  9. Грандо А. А., Грандо С. А. Врачебная этика. Киев : РИА «Триумф», 1994. 256 с.
  10. Ивонина А. И., Чуланова О. Л., Давлетшина Ю. М. Современные направления теоретических и методических разработок в области управления: роль soft-skills и hard skills в профессиональном и карьерном развитии сотрудников. *Вестник евразийской науки*. 2017. Vol. 9. № 1 (38). С. 90.
  11. Клинические лекции профессора Г. А. Захарьина. Вып. 1. 2-е изд. Москва : Университетская типография, 1891. 152 с.
  12. Коваль К. О. Розвиток «Soft Skills» у студентів – один з важливих чинників працевлаштування. *Вісник Вінницького політехнічного інституту*. 2015. № 2. С. 162 – 167.
  13. Колягин В. В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа : пособие для врачей. Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. 60 с.
  14. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1974. 408 с.
  15. Кострікова Ю. А. Питання взаємодії лікаря і пацієнта в процесі терапії. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2012. Т. 12, вип. 3. С. 180 – 182.
  16. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века. Дела сердечные. Москва: Эксмо, 2010. 285 с.
  17. Манулик В. А., Михайлюк Ю. В. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект). *Инновационные образовательные технологии*. 2013. № 1 (33). С. 19 – 23.
  18. Мнихович М. В., Кактурский Л. В., Гуминский Ю. И. и др. Николай Иванович Пирогов: болезнь, смерть, бальзамирование и сохранение тела. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. Т. V, №1 2012. С. 224 – 232.
  19. Оржешковський В. В. Проблема взаємовідношень лікаря і пацієнта та довіри в сучасній вітчизняній медицині та медичній освіті. Новітні чинники впливу на розвиток особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я : матеріали XIX міжнар. наук. конф, м. Київ, 20 березня 2019 р. Київ, 2019. С. 120 –122.
  20. Психолого-педагогічна компетентність лікаря: синтез медицини, педагогіки та психології / В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, С. М. Білаш, О. М. Беляева. Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи : зб. ст. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 8–9 червня, 2017 р. Полтава, 2017. С. 3 – 8.
  21. Трибрат Т. А., Шуть С. В., Шепітько В. В. Зв'язок комплаєнсу з індивідуальними особливостями хворих. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. Вип. 4, том 1 (139). С. 275 – 277.
  22. Трушкина С. В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача. *Медицинская психология*. 2018. Т. 10, № 4. С. 9.
  23. Урванцев Л. П. Профессиональное общение врача: психологическая наука — практике высшего медицинского образования. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2015. № 1 (8). С. 1 – 19.
  24. Ширинян М. В., Шустова С. В. Коммуникативная компетенция в профессиональной деятельности врача. *Язык и культура*. 2020. № 50. С. 273 – 294.
  25. Arora N. Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*. 2003. № 57(5). P. 791 – 806.
  26. Aspergren K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with

- quality grading of articles. *Medical Teacher*. 1999. № 21(6). P. 570.
27. Baile W., Buckman R., Lenzi R. and al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000. № 5(4). P. 302 – 311.
  28. Biglu M. H., Nateq F., Ghojzadeh M., Asgharzadeh A. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Materia Socio-medica*, 2017. № 29(3). P. 192–195.
  29. Bilic E. The Role of Soft Skills in Forming the Professional Competence of the Modern Specialist. The Use of Modern Educational and Informational Technologies for the Training of Professional Competences of the Students in Higher Education Institutions, Profadap FCP, December 7–8, 2018, Alecu Russo Balti State University, Republic of Moldova. P. 138 – 143.
  30. Gross D., Zyzanski S., Borawski E., Cebul R., Stange K. Patient satisfaction with time spent with their physician. *The Journal of Family Practice*. 1998. № 47(2). P. 133–137.
  31. Ha J., Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*. 2010. № 10(1). P. 38–43.
  32. Korsch B., Gozzi E., Francis V. Gaps in doctor-patient communication-I: “Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968. № 42. P. 855–871.
  33. Rezaei F., Askari H.A. Checking the relationship between physicians' communication skills and outpatients' satisfaction in the clinics of Isfahan Al-Zahra(S) Hospital in 2011. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014 Aug 28 (3). P. 105.
  34. Suh W., Lee C. Impact of Shared-Decision Making on Patient Satisfaction. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2010. № 43(1). P. 26 – 34.

УДК: 378.091.12:005.963:378.6:61(477.54-25)ХНМУ

*Капустник В. А., Лещина І. В., Завгородній І. В., Фоміна Л.В.*

**Харківський національний медичний університет**

**ПЕДАГОГІЧНА МАЙСТЕРНІСТЬ ВИКЛАДАЧА МЕДИЧНОГО ВИШУ У СВІТЛІ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОСВІТИ**

*У статті розглянуто загальні питання педагогічної підготовки науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти. Проаналізовано праці вітчизняних учених щодо питань організації та впровадження системи підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти. Виділено основні структурні підрозділи ХНМУ, які займаються питаннями підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників, такі як: «Школа молодого викладача», «Школа досвідченого лектора», психологічна служба, Центр дистанційного навчання. На основі раніше проведеного дослідження «Викладач ХНМУ очима студентства» виділено основні якості, які потрібні сучасному викладачеві. Визначено можливості педагогічного потенціалу ХНМУ в контексті підвищення кваліфікації та отримання вищої педагогічної освіти. Окремо розглянуто шлях отримання акредитації освітньої програми «Педагогіка вищої школи».*

**Ключові слова:** викладач, заклад вищої освіти, здобувачі освіти, компетентність, підвищення кваліфікації.

*The article deals with general issues of training scientific and pedagogical staff of higher educational institutions. The Ukrainian scientists' works on the organization and implementation of an advanced training system for scientific and pedagogical staff of higher educational institutions are analyzed. The main structural subdivisions of KhNMU, which deal with the issues of scientific and pedagogical staff's advanced training, such as "School of a young teacher", "School of an experienced lecturer", psychological service, Center for distance learning, are distinguished. The main*