

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**КАТЕДРА «МЕДИЦИНСКА ПЕДАГОГИКА»**

---

**КРИСТИНА ХРИСТОВА СТОЯНОВА**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**НА ТЕМА:**

**„УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА УМЕНИЯТА НА БЪДЕЩИТЕ  
ЛЕКАРИ ЗА ЕЗИКОВА КОМУНИКАЦИЯ С  
ПАЦИЕНТИТЕ”**

За присъждане на образователна и научна степен „ Доктор“  
Област на висше образование : 7. Здравеопазване и спорт  
Професионално направление : 7.4. Обществено здраве  
Научна специалност „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:**

**Проф. ПОЛИНА АНГЕЛОВА БАЛКАНСКА, дм**

**Доц. ЕВГЕНИ ГОСПОДИНОВ ИВАНОВ, дм**

София, 2019 г.

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>5</b>
<b>ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....</b>	<b>8</b>
<b>1. 1. Особенности на езиковата комуникация в медицината и здравеопазването.....</b>	<b>8</b>
1.1.1. Елементи на комуникацията в медицината и здравеопазването.....	8
1.1.2. Етична същност на комуникацията в медицината и здравеопазването.....	15
1.1.3. Значение на комуникацията за подобряване на взаимоотношенията между лекар и пациент.....	20
1.1.4. Търсене на консенсус за съдържанието на обучението по комуникация на бъдещите лекари.....	24
<b>1.2. Проблеми на усъвършенстването на уменията за езикова комуникация.....</b>	<b>37</b>
1.2.1. Европейски образователни политики за езикова комуникация на бъдещите лекари.....	37
1.2.2. Комуникативният подход при създаването на умения за комуникация за медицински и здравни цели.....	45
<b>ГЛАВА ВТОРА. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА НАУЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ.....</b>	<b>53</b>
<b>2.1. Постановка на проблема.....</b>	<b>53</b>
<b>2.2. Работна хипотеза.....</b>	<b>53</b>
<b>2.3. Цел на научното изследване.....</b>	<b>54</b>
<b>2.4. Задачи на изследването.....</b>	<b>54</b>
<b>2.5. Материал на проучването.....</b>	<b>55</b>
<b>2.6. Методи за събиране и обработка на информацията.....</b>	<b>56</b>

2.7. Организация на проучването.....	58
--------------------------------------	----

ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ НА СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ПРЕДПОЧИТАНИЯТА НА СТУДЕНТИТЕ – БЪДЕЩИ ЛЕКАРИ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ ИМ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ.....	61
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.1. Социодемографска характеристика на респондентите.....	61
------------------------------------------------------------	----

3.2. Анализ и дискусия на резултатите от анкетното проучване на студентите по медицина от първи и втори курс.....	65
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.3. Сравнителен анализ и дискусия на резултатите от анкетното проучване на група студенти от първи и втори курс и група студенти от четвърти, пети и шести курс.....	81
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3.4. Изводи .....	97
-------------------	----

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. МОДЕЛ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ.....	101
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

4.1. ПРИЛАГАНЕ НА МОДЕЛА ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ.....	115
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

4.1.1. Задачи за използване на езикови техники за ефективна и етична комуникация в медицината.....	115
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

4.1.2. Комуникативни задачи за развиване на умения за вземане на медицински решения.....	151
------------------------------------------------------------------------------------------	-----

4.1.3. Комуникативни езикови задачи за постигане следване на лекарските препоръки от пациента.....	162
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

4.2. ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА НА МОДЕЛА ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ.....	174
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.....	182
-------------------------	-----

БИБЛИОГРАФИЯ.....	189
-------------------	-----

<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>211</b>
------------------------	------------

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Задълбочаването на европейската интеграция на страните членки на ЕС минава през развитието на единния пазар, повишаването на мобилността на хората и преодоляване на межкултурните различия. Интензивната мобилност в рамките на ЕС изисква нов тип езикова подготовка за професионалистите, които да могат да общуват и работят в разноезична среда. Очаква се съвременните европейци да могат да си сътрудничат и да работят в екип във всяка сфера на професионална дейност, особено в сложни сфери като медицината и здравеопазването.

През последните няколко десетилетия приложението и проучването на комуникацията в медицината и общественото здраве бързо се развива. Фокусът върху различни аспекти на комуникацията в областта на здравеопазването е очевидно едно от значимите постижения на тази област. Комуникацията в медицината и здравеопазването е сбор от научни знания, умения, компетенции, изкуство и техники за информиране, влияние и мотивиране на индивидуалния пациент, на институциите и обществената аудитория за важни здравни проблеми.

Въпреки постигнатото комуникацията често се разглежда като периферна област на общественото здраве. Важността на общуването в областите на медицината и общественото здраве се подкрепя от нарастването на научните изследвания в областта на комуникацията, иновациите в информационните технологии и напредналите комуникационни техники, които предлагат безпрецедентни възможности за подобряване на здравното обслужване.

Изучаването на комуникациите в медицината и здравеопазването се свързва с множество дисциплини, включително обучение по речева и масова комуникация, социална медицина, здравно образование, медицинска етика, епидемиология, езиково обучение, маркетинг, връзки с обществеността, психология, информатика. Водещите концепции на комуникациите в сферите на медицината и здравеопазването се развиват на солидната основа на принципите на общественото здраве, на комуникационните и езикови теории.

Науката обществено здраве разглежда здравето като силно повлияно от социални, политически, икономически и личностно-поведенчески фактори. Осъзнаването на влиянието на тези фактори поражда новаторски концепции като тази на проф.

В.Борисов за преобразуването на рутинния здравен мениджмънт в здравен антропомениджмънт като раздел на човековедските науки [15]. Това обогатява съдържанието на съвременната здравна и медицинска теория и практика с „човешко“ съдържание.

В това отношение комуникацията е една от най-човешките дейности и аспекти на здравеопазването и медицината. Човешките, социални, личностно-поведенчески фактори силно определят формирането и използването на индивидуалните съобщения в диалога лекар – пациент, здравните послания на групово и популационно ниво, социално-здравния маркетинг и общонационалните медийни кампании. Когато са добре замислени, внимателно приложени и поддържани с течение на времето, програмите за комуникация в сферата на общественото здраве имат способността да повишават осведомеността и знанията, да формират нагласи и да променят поведението на индивида и общностите.

Образователните усилия за подобряване на уменията и компетенциите за езикова комуникация на лекарите допринасят пряко за по-голяма удовлетвореност на пациентите, по-добро следване на предписаното лечение, по-високи здравни резултати и по-ниски обществени здравни разходи. Обучителните програми за комуникация в областта на медицината и общественото здраве развиват основни умения и компетенции за двупосочна комуникация между източниците и приемниците, изградена от достъпни и разбираеми съобщения и емоционално и поведенчески адекватна на нуждите на участниците в нея.

Развитието на способностите за езикова комуникация, професионално сътрудничество, взаимно разбиране и межкултурен диалог са основни цели на европейската образователна политика. За подкрепяне на многоезичния диалог и по-нататъшно обединяване на европейското пространство европейските институции са разработили политиката на плурилингвизма [125, 126, 240]. В съчетание с формирането на културални компетенции плурилингвизмът открива нови хоризонти за развитие и прилагане на комуникативните умения и компетентности на специалистите. Европейската езикова политика предвижда усвояване на два съвременни езика плюс майчиния език.

Езикът се разглежда като важно инструментално средство за межкултурната комуникация и диалог [192]. За тази цел Европейската квалификационна рамка служи като ориентир относно изискванията за развитието на способностите за комуникация на студентите- бъдещи професионалисти, включително в сферите на медицината и здравеопазването [83].

Усвояването на комуникативни умения за професионална дейност се практикува от няколко десетилетия, но днес то е много по-различно, като се изразява най-вече в подготовка за комуникация и се реализира чрез комуникация във връзка с реални цели и задачи на обучаемите [69, 213]. Със силната си практическа насоченост и подготовката на обучаемите за естествената професионална среда, в която те ще използват езика за комуникация, обучението по комуникация е съществено за бъдещите професионалисти. Процесът на превръщане на общите стратегически цели в езикови комуникационни тактики, в адекватни учебни подходи и добре разработени учебни материали може да осигури конкретната подготовка и тренинг за езикова комуникация да не се отклонява от общите цели, които неизменно определят поведението и прилагането на знанията и уменията на бъдещите лекари [210]. Обучението за езикова комуникация става по-ефективно, когато учебната практика и реалната комуникация вече не са така ясно разграничени, а обучаемите желаят да се ангажират пълноценно със задачи с реален контекст.

Актуалността на анализа на повишаването на комуникативните умения на бъдещите лекари както като теоретично изследване, така и като насоки за практическа дейност е ясно очертана днес, тъй като самата комуникация на тези специалисти нараства и се обогатява непрекъснато и нейното влияние върху здравните резултати е безспорно.

## ГЛАВА ПЪРВА

### ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

#### 1. 1. Особенности на езиковата комуникация в медицината и здравеопазването

##### 1.1.1. Елементи на комуникацията в медицината и здравеопазването

Комуникацията в медицината и здравеопазването влияе върху всеки аспект на здравето и благосъстоянието на населението, включително за превенция на болестите, промоция на здравето и качеството на живот. Това има пряка връзка с увеличаването на научните изследвания на екологичните, социалните и психологическите влияния върху здравето и здравните резултати. Като се имат предвид глобалните предизвикателства, породени от сериозни заплахи за здравето, се признава важноста на здравната профилактика и необходимостта да се разбере поведението на болния човек. Това може да се постигне с анализиране на ролята на социалните норми [166], усещането за риск [207] и емоциите [186].

Комуникацията е в основата на обмена на информация чрез символната система на езика. Освен функцията ѝ за предаване на информация, от особено значение са социалните ѝ функции, които определят хората като членове на социална общност. Така комуникацията може да бъде определена като символен обмен на споделен смисъл, като комуникативните актове имат и социален компонент.

Усилията на лекарите за промяна на поведението на пациентите включват и редица комуникативни актове. Като се съсредоточават най-вече върху функцията на предаване на информация, тези усилия често пренебрегват социалната им значимост. При изразяването на мнение и предаване на информация е разумно да се мисли внимателно за каналите, по които се разпространяват съобщенията, как получателят реагира на тях, както и за използваните езикови средства, чрез които съобщенията оказват най-голямо влияние върху околните. Тези съображения отразяват основните елементи на процеса на комуникация: канал, източник, приемник и предаваното съобщение. При изразяване и формиране на мнение, обаче, целевите аудитории се разглеждат като членове на социални общности, които взаимодействат един с друг, включат се в социалния живот и извличат смисъл от комуникацията.

Три важни съображения относно комуникацията са свързани с провеждането и в областта на медицината и здравеопазването. На първо място е осъзнаването, че комуникационните съобщения не се предават в социален вакуум. По-скоро информацията се получава и обработва през призмата на индивидуалните вярвания и социалните норми. Тя е закодирана в съобщението и осъзнаването и влиянието ѝ зависи от фактори, както на личностно ниво (предишен опит, вярвания, знания и т.н.) и на социално ниво (междупличностни взаимоотношения, културни модели, социални норми).

На второ място, комуникацията е динамичен процес, в който източниците и получателите на информация непрекъснато си сменят ролята. Един от основните принципи на комуникационните актове в медицината е необходимостта да се идентифицират комуникативните потребности на адресата на основата на оценка на здравното и емоционалното му състояние.

На трето място, има всички основания да се очаква да има несъответствия между предаването и полученото съобщения. Те възникват не само поради различното отношение към информацията, но и поради различията в тълкуването и декодирането на информацията. Ето защо е важно внимателно проучване и постигане на съответствие между полученото и изпратеното съобщения. Използваните езикови средства са ключови в това отношение, тъй като от тях зависи изразяването на ясно, разбираемо и емоционално и социално адекватно съобщение.

Комуникацията изисква знания, умения и практика, а често се смята и за истинско изкуство. Правилно подадената информация е съществена за постигане на целите. Комуникацията е изкуството, а процесът на създаване и споделяне на мисли, идеи и информация става по-ефективен, когато се практикува. Така ефективното общуване зависи в голяма степен от богатството и сложността на споделяните идеи, но тази сложност може да направи адекватното езиково изразяване на дадена информация трудно за недостатъчно обучените професионалисти. За да преодолеят бариерите пред ефективното си общуване с другите хора, професионалистите трябва да овладеят голямо разнообразие от умения за общуване. Езикът, и по-специално, професионалният жаргон, може да бъде бариера при общуването [5], като в областта на медицината ролята на бариера играе и сложната медицинска терминология. Посочват се няколко типа бариери в медицинската комуникация: професионални, такива свързани

личността на медицинския специалист, на пациента и материални, свързани с обстановката и околната среда [52].

Комуникацията като правило протича в две посоки и на всяко съобщение получаваме ответно съобщение. Така комуникативните умения включват и умения за изслушване и ясно разбиране на получената информация. Уменията за получаване и осмисляне на информация и тези за ясното ѝ формулиране и предаване са взаимно обвързани и зависими.

Най-елементарното общуване представлява диадата „комуникатор- реципиент“ [5]. Комуникативният процес включва много елементи като източник, съобщение, кодиране, канал за общуване, декодиране, получател, обратна връзка, контекст. Във всеки от тези елементи могат да възникнат разнообразни проблеми, които да затруднят комуникацията.

Източникът на информация се стреми да предаде ясно и разбираемо съобщението поради осъзнати причини и очаква определен резултат. В търсене на ефективна стратегия за комуникация, ориентирана към пациентите, статията на Томсън и сътрудници посочва централната роля на доставчика на здравни услуги за осигуряване на безопасността на пациентите [234].

Съобщението съдържа информация и често се явява причина за осъществяване на комуникацията. В сборника *Health communication message design* се разглеждат различни модели на дизайн на съобщенията в медицината и здравеопазването, като се обръща внимание на бихейвиоризма и начините за предвиждане на поведението, оформянето на съобщения в ситуации на здравен риск, използването на емоционални съобщения [88]. В здравеопазването, където епидемиологията заема централно място, се отделя специално внимание на начините за формулиране на съобщения при наличието на здравен риск [209].

Предаваната информация се кодира, като най-често използвайки естествените езици мисли и идеи се кодират като съобщение, от което очакваме точно, пълно и изчерпателно да изрази информацията. Езиковите знания и умения в голяма степен определят успеха на предаване на информацията, но културните, психологически и емоционални влияния също могат да подпомогнат или възпрепятстват комуникацията. Кодирането е процес на придаване на адекватна форма на съобщението, така че то да

включва цялата информация, която да бъде споделена с получателя му [58]. Предаването на смисъла зависи не само от правилното кодиране, но и от правилното декодиране [139]. Контролът върху кодирането на здравните съобщения и изразяването на тяхното съдържание е от ключово значение за всяка компания, която функционира в сферата на здравеопазването. Затова фармацевтичните компании се стремят да открият най-влиятелните средства за формулиране и разпространяване на техните послания [67].

Каналът за комуникация е начинът за предаване на съобщението, като съществуват разнообразни канали като разговор на четири очи, телефонен разговор, видеоконференция, писмени съобщения като писма, имейли и т.н. В повечето случаи естеството на съобщението, неговата сложност и обем определят и избора на канала за предаването му. Анализирайки разнообразието от канали за комуникация в медицината, особено внимание се отделя на редовното и продължаващото медицинското образование [93]. Видовете комуникационни канали в медицината и здравеопазването се обогатяват с дигитални и мобилни комуникационни канали [168, 211].

Разкодирането на съобщението зависи от уменията за активно слушане, четене с разбиране и задаване на въпроси за доизясняване на смисъла [201]. Ако тези умения не са достатъчни, източникът трябва да преформулира мисълта си, за да бъде разбран. Така декодирането е процес на точното получаване на съобщенията и изисква умения от страна на получателя за разбиране на предадената информация, което може да причини на пациента допълнителен стрес.

Когато изпращаме съобщения, имаме очаквания за това как информацията ще бъде разбрана. За да повишим вероятността да бъдем разбрани, можем да потърсим точния и подходящ начин за формулиране на съобщението и го свържем с очакванията, разбиранията и нагласите на получателя на информацията. Така осигуряваме по-голяма заинтересованост от това съобщението ни да бъде разбрано точно и напълно. Дали това се случва разбираме чрез обратната връзка. За успеха на предаване на съобщението можем да съдим по езика на тялото, по последвалата комуникация и получените резултати като цяло. Така обратната връзка дава възможност да се прецени доколко успешна е комуникацията и има ли необходимост от допълнително адаптиране на съобщението или повторното му изпращане. Обратната връзка се превръща в ценен индикатор за посоките, в които да насочим усилията си в подобряване на

комуникацията, както и на собствените си умения за общуване. Медицина и здравеопазване, фокусирани върху пациента, осигуряват активното включване на пациента и обратната връзка с него заема централно място в комуникацията с лекаря, като е необходимо да се осигурят ефективни методи за измерване, анализиране и използване на обратната връзка [225]. Лекарите трябва да са подготвени за правилна реакция към негативна информация и емоция, получена при обратната връзка [225].

Контекстът представлява всички аспекти на ситуацията, при която общуваме. Обстановката, получателят на съобщения, културните особености и взаимоотношенията на участниците в комуникацията. Контекстът силно определя тона и стила на комуникацията. Комуникацията може да бъде два вида по отношение на контекста: 1) такава с малко контекст, при която обстановката не се използва активно за предаване на дадена идея, а се използва детайлен език за изразяване, и 2) такава с богат контекст, при която се разчита силно на езика на тялото, специфичната култура и специална фразеология. Различните хора общуват с различен стил, като използват или повече, или по-малко контекст [167].

Предаваната невербална информация се състои от езика на тялото и тона на комуникацията. А. Мехрабиан смята, че тона на гласа и невербалните жестове предават много повече информация, отколкото думите, с които говорим [181]. Той подчертава, че когато вербалната и невербална информация в едно съобщение си противоречат, получателят е по-склонен да вярва на невербалната част от съобщението. Например, едно и също изречение може да има различен смисъл в съответствие с това върху коя дума пада смисловото ударение. Мехрабиан посочва, че тонът на гласа включва силата на говорене, нивото и вида емоция, която се предава и смисловото ударение в изречението. Като цяло, според него, тонът на гласа отговаря за до 40% от смисъла на изпратеното съобщение [181, 187]. Така лекарят може да изрази различен смисъл, ако постави ударението на различна дума в това изречение, например.

На Вас препоръчам да вземате аспирин сутрин и вечер.

Така това изречение може да придобие шест различни смисъла.

Езикът на тялото също е комплексно понятие и включва всичко, което правим с тялото си при общуване: позицията на тялото, движенията на ръцете, контакта с очи, скоростта на дишане, преглъщане или кашляне, израза на лицето, социалното разстояние, което

поддържа при комуникация, което има ключово значение за диалога лекар-пациент [236]. Значението на езика на тялото е познат на събеседника, ако той принадлежи към същата културна и/ или национална група. Такива участници в комуникация инстинктивно разчитат знаците на езика на тялото.

Вербалната комуникация е изключително сложна, по-сложна от други, тъй като използва сложния код на естествения език. Затова правилният подбор на думите оказва голямо влияние върху събеседника и разкрива точно информацията и нейните отенъци, които са изразени чрез езика [194].

Точното предаване на информацията изисква добро познаване на ефективните езикови средства за комуникация [200]. Такива знания дават възможност да се развиват уменията за общуване, като се използват подходящи механизми за въздействие и убеждаване на пациента и близките му.

Процесът на комуникация има различни етапи. Той започва с входящата информация, която се интерпретира от получателя, като преминава през различни филтри като опита, нагласите, предубежденията и т.н. Мозъкът създава „вътрешна карта“ на значението въз основа на информацията, която преминава през вътрешните филтри на получателя.

Информацията достига до мозъка от сетивата и бива визуална, слухова, кинетична, вкусова или олфакторна (свързана с мириса). Известна част от информацията се обработва съзнателно от мозъка на получателя, друга част се възприема несъзнателно, а трета част от информацията не се възприема въобще, а се отхвърля като ненужна или поради претовареност с информация.

Филтрите, които влияят върху входящата информация, могат да я променят, като я осмислят и определят като подобна или различна спрямо вече позната информация. Друга информация се изкривява под влияние на филтрите, а друга част се игорира и се отхвърля.

Филтрите се формират в резултат от цялостния ни опит и като такива действат ценностите, вярванията, миналите преживявания, предубеждения, чувства и околната среда. Ценностите и културата ни помагат да правим морална преценка на входната информация [133, 246]. Ако ценим здравето си, възприемаме здравната информация с

по-голяма готовност и внимание и използваме всяка възможност да научим повече по тази тема. Вярванията ни помагат да разбираме света и ако дадена информация отговаря на вярванията ни, вероятно е да я приемем с положителна реакция. Ако не отговаря на тези вярвания, нашата реакция би била отрицателна.

Как реагираме на дадена информация зависи от миналите ни преживявания [75]. В медицината особено влияние имат миналите клинични преживявания [239]. Когато ни информират да се подготвим за медицинска операция, нашата реакция на тази информация ще зависи от това дали сме били подложени на операция преди или не. Така минали преживявания стават основа за сравнения и вземане на решения част, от които може да бъде иницирането и на нова комуникация.

Предубежденията ни са резултат от минали преживявания и представляват очакването тези преживявания да се повторят в подобни условия [146]. Предубежденията могат да са резултат и от културни особености или стереотипи, които ни карат да категоризираме явленията и да пренебрегнем индивидуалните им характеристики, като намаляват шансовете за успешно общуване и точна преценка за информацията. Национални, расови и социални предубеждения са пречка за развитие на медицината и здравеопазването като интернационална сфера на професионална практика и изследвания.

Чувствата и на източника, и на получателя на съобщението влияят върху комуникацията [117]. Чувствата на източника влияят върху получателя и обратно, а негативните емоции могат да подронят ефективността на медицинското лечение и възстановяването на пациента. Ако един от участниците изпитва трудности при общуването поради болест или физическо неразположение, лекарят трябва да отчита това при общуването и да бъде готов за повишена чувствителност на пациента, за емоционални реакции и изблици и да разполага с подходящи езикови средства, чрез които да успокои и подготви пациента за лечението.

Друг филтър, който може да улесни или затрудни комуникацията, е околната среда. Мястото, времето, заобикалящите ни предмети и хора влияят върху общуването и резултата от него. Съобщаването на лоши новини, резултатите от изследвания и обсъждането на бъдещите действия за лечението на пациента могат да се приемат по-лесно в присъствието на подкрепящи хора и в спокойна обстановка.

След като премине през филтрите, информацията от съобщението се обработва от мозъка като се сравнява с предишна информация и се разглежда като съществуващ вече модел или нов такъв. Интерпретацията на значението на съобщението води до промяна във вътрешното състояние на получателя и поражда отговор и съответстващо вербално и невербално поведение [222]. Когато пациентът разпознае съобщението като негативно, това води до емоционална реакция на безпокойство, тревога, съчувствие, което да доведе и до физическа реакция на учестен пулс, стягане в гърдите, накъсана реч. Обратно, при добри новини чувствата на радост и благодарност към медицинския екип също могат да се изразят бурно.

Знанието и уменията за адекватно предаване на здравна информация [175], нейното филтриране и преработване до създаване на ответна вербална и невербална реакция помага на лекарите да постигнат целите на лечението. Доказано е, че използването на същия език, като този на събеседника ни, му показва, че ние мислим по начин подобен на неговия и така показваме съпричастност и създаваме у него чувство на сигурност. Ето защо разчитането на вербалните знаци в комуникацията и тяхното използване от лекарите може да създаде взаимоотношения на доверие, което да подпомогне лечението чрез следване на предписаното лечение от страна на пациента. Пример за подбуждане към действия за следване на лечението е използването от лекарите и сестрите на много глаголи при обясняване на стъпките, които да се следват при лечението.

И така, комуникацията в медицината и здравеопазването е сложно явление, което се реализира чрез конкретни комуникативни актове, осъществени чрез взаимодействието на комплекс от елементи и повлияни от множество фактори. Това обстоятелство определя сложния характер на всяка индивидуална комуникативна ситуация и необходимостта от специфичен конкретен подход към нея с цел постигане на целите на медицинската терапия и високи здравни резултати.

### **1.1.2. Етична същност на комуникацията в медицината и здравеопазването**

Когато лекарите изпълняват професионалните си задължения те работят с голям обем информация, която използват при разрешаването на отделните клинични случаи и която се предава на пациента. Психологически са важни ползите от информиране на

пациентите относно здравното им състояние. Информираните пациенти са активни в процеса на лечение и възстановяване, защото са по-отговорни към здравето и лечението си, което намалява обществените здравни разходи.

Съществува комплекс от законови и етични принципи, които регулират общуването лекар -пациент. Чрез тях се реализира основното право на пациентите да се възползват от гарантиран достъп до информация за своето здравословно състояние и за здравните решения, които ще се вземат. Система от международни и национални закони и етични кодекси на лекарите съдържат норми, опазващи правата на пациентите на достъп до информация [22]. Още в Хипократовата клетва е залегнало задължението на лекаря да работи в интерес на своя пациент, като оттам произтича и правото на информация на пациента.

Правото на информация е установено като фундаментално човешко право. То е залегнало в Всеобщата декларация за правата на човека, където се включва „правото да търси, да получава и да разпространява информация“ [241]. Животът на всеки човек се определя от правни норми, които се реализират при изпълнението им [98, 159]. В Европейската харта за правата на човека правото на информация на всеки човек се определя като „право на достъп до всякакъв вид информация относно неговото здравословно състояние, здравните услуги и как могат да бъдат използвани, и всичко, което произтича от научните изследвания и технологичните иновации“ [109]. Тълкуванието на това положение задължава всеки здравен специалист да осигуряват „информация, съобразена с пациента“.

В България Законът за здравето чл. 86. Ал.1 (8) предвижда правото на пациента на „ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение“ [30]. От правото на информирано съгласие произтича правото на информация относно собственото здраве на всеки българин. Така възниква задължението на лекаря да информира пациента за неговото здравословно състояние и за нуждата от лечение. Може да се заключи, че правото на информация на пациента е регулирано с правни норми и лекарят е длъжен да спазва пациентските права за получаване на подходяща информация за здравословното състояние и назначеното лечение.

Начинът, по който лекарите се очаква да представят информация за състоянието на пациента, се е трансформирал с времето. В 21 век патернализмът във взаимоотношенията лекар-пациент е заместен с равноправни отношения, с диалог и разумно вземане на решения на основата на пълна информация и за двете страни. Медицината и здравеопазването предполагат нов фокус върху пациентите, които да могат да избират въз основа на пълна информираност и да изразяват информирано съгласие за медицински процедури. Пациентите все повече осъзнават правото си на познаване на фактите за своето здравословно състояние. В това отношение важно значение имат и пациентските организации, които се стремят да постигнат реално приложение на правата на пациентите.

Комуникацията лекар-пациент представлява сложно взаимодействие, при което следва да се води диалог на лекаря и с пациента, и с неговите близки, приятели и широк кръг подкрепящи мрежи. При предоставяне на информация и добронамерен диалог с пациента се постигат по-добри терапевтични резултати. Пациентите участват по-активно в терапията си, като използват възможностите за избор на лечение и обмисляне и предоставяне на информирано съгласие. Стига се до по-пълно съдействие от пациента и по-точно следване на предписаното лечение. Получените по-добри терапевтични резултати означават, че лекарят е изпълнил своя лекарски дълг. Така осъщественото право на информация във взаимоотношенията лекар-пациент води до спасен човешки живот, до по-добро качество на живота на пациентите и придобива етични измерения.

В процеса на предлагане и обмен на информация с пациента правото на информация се реализира главно чрез езиковата комуникация лекар-пациент. Така, езиковата комуникация лекар-пациент също придобива етични измерения. Следователно, необходимо е да се обърне внимание на начините за езиково изразяване на съобщението и тяхното подобряване.

Реалните терапевтични резултати от важната и често обемиста информация за състоянието на пациента зависят в голяма степен от езиковите средства, които се използват за нейното изразяване и предаване на пациента. Общуването лекар-пациент може да постигне своите резултати само, ако посланията и на двете страни достигат събеседника. В това общуване лекарят има водеща роля, за да изпълни

професионалните си задължения. Така ефективността на езиковата комуникация с пациента зависи в голяма степен от комуникативните умения на лекаря.

Същността на комуникацията между лекарите и другите медицински и здравни професионалисти е сложна поради това, че терапията се основава на научни знания и информация, които трябва да се предадат разбираемо към пациента. Комуникацията на пациента с лекаря включва необходимостта научните термини да се изразят с обикновени разбираеми изрази и да отразят субективното преживяване на болестта [127].

Необходимостта езикът на лекаря да стане разбираем, ясен и достъпен за пациента има съществени последици. Така пациентът ще разбере и изпълни препоръките на лекаря, ще се възползва от резултатите на съвременните медицински изследвания и ще вземе участие в решенията за своето лечение. Наред с чисто информационната стойност на езиковото общуване лекар-пациент се развиват и значими психологически аспекти на това общуване. Така може да се постигне по-голяма ефективност не само на комуникацията, но и на самото лечение. С тази цел са изведени характерните особености на професионалното поведение в специфични медицински и здравни ситуации: преди и след оперативна интервенция, при криза, при палиативни грижи, при гериатрични грижи [8].

Така стигаме до извода за значението на езиковия изказ за положителния изход от конкретния клиничен случай, от конкретната комуникация лекар-пациент за постигане на по-ефективни резултати от лечението вследствие на спазването на препоръките на лекаря от пациента. Когато лекарят формулира своите съобщения относно здравословното състояние и лечението на пациента по адекватен за пациента начин, това прави съобщението разбираемо и не накърнява достойнството на пациента. Тогава лекарят е изпълнил своя лекарски дълг и е спазил важни етични принципи при комуникацията си с пациента. Така езиковата комуникация лекар-пациент в медицината придобива етични измерения.

Тези етични особености на комуникацията в медицината и здравеопазването са свързани и с редица предизвикателства. С нарастващото значение на медицината и здравеопазването за благосъстоянието на обществата със застаряващо население, с галопираща медицински технологии и иновации става изключително важно как

говорим за проблеми в медицината и здравеопазването, какъв език използваме в реклами за лекарства и други здравни кампании, какъв език се използва между лекари и пациенти. С използването на подходящи езикови средства в комуникация могат да се постигнат не само по-добри резултати при решаването на отделните клинични случаи, но и по-голямо влияние върху големите популации по въпросите на здравеопазването. И в двата аспекта спазването на етичните норми за предоставяне на пълна информация е съществена характеристика и на практикуването на медицинската професия, и на решаването на проблемите на общественото здраве.

Етичната комуникация при употребата на езика във връзка със здравето и живота на хората подпомага осигуряването на медицински и здравни грижи и на индивида, и на популацията. Такава езикова комуникация отговаря на изискванията на хуманното отношение с цел възстановяване, насърчаване и поддържане на здравето или спасяването на живота на хората. Етичната комуникация лекар- пациент е свързана с етичните аспекти на правото на здраве и правото на живот.

Здравните кампании, рекламите на лекарства или на определен начин на живот, комуникацията на лекарите, медицинските сестри, рехабилитаторите, ерготерапевтите и всеки друг професионалист в медицината и здравеопазването с пациенти на различни етапи на тяхното заболяване, диалогът с рисковите групи, общуването с целеви групи или широката общественост във връзка с чувствителни и/или непреодолими проблеми в здравеопазването и медицината имат етични аспекти. Обръщането към етичните аспекти на съвременната практика на медицината и здравеопазването, както и на комуникацията в него придобива все по-голямо значение на съвременния етап на трудни реформи в здравеопазването, които при някои обстоятелства водят до „социално-етичен абсурд“ [16].

Съществува голям набор от комуникативни дейности, при които се предоставя здравно обслужване и здравна информация, когато етичните норми определят съдържанието и езиковите средства, използвани за изразяването му [164, 169]. Етичните норми определят до голяма степен комуникацията и езика:

1. използвани при различни етапи на медицинския преглед: снемане на историята на заболяването, физикален преглед, лабораторните изследвания, предписване на лечението,

2. използвани при различните етапи на профилактиката, лечението и проследяването,
3. използвани с пациенти с различни характеристики (възраст, нива на образование, трудова заетост),
4. използвани при решаване на здравни проблеми на популациите и изработване на политики в здравеопазването или други сродни области, свързани с живота, публични дискусии и информация, реклама, медийно отразяване на въпросите на медицината и здравеопазването и кампании в здравеопазването.

Посочените комуникативни ситуации и използваните при тях езикови средства имат важно социално въздействие върху живота на отделния човек и обществото като цяло, което определя необходимостта от изследвания в тази област. Резултатите могат да накарат обществото и здравните и медицински професионалисти да променят поведението си и да извлекат положителни резултати със съответните психо - социални последици.

Комуникацията в медицината и здравеопазването има за цел постигане и поддържане на здравето и благополучието на индивидите и популациите, което определя етичната същност на тази комуникация, но и поставя пред лекарите високите изисквания за спазване на етичните норми за комуникация.

### **1.1.3. Значение на комуникацията за подобряване на взаимоотношенията между лекар и пациент**

Оптимизацията на езиковата комуникация по отношение на здравето може да подпомогне постигането на крайните цели на медицината, здравеопазването и общественото здраве. Редица автори посочват значението на подходящата комуникация и езикови средства за повишаване на резултатите от лечението, спазването на лекарските препоръки, психологическото удовлетворение от отношението на лекаря.

Статията на Хохман и сътрудници анализира проведено изследване на авторите, с което те установяват, че добрите комуникативни умения могат да повишат удовлетвореността на пациентите [141]. Те смятат, че провеждането на обучение за повишаване на уменията за общуване на лекарите може да доведе до подобряване

удовлетвореността на пациентите. Изследването на авторите е проведено със 117 респондента. Положителна корелация е установена между комуникационните умения на лекарите, от една страна, и от друга, общото удовлетворение на пациентите, полаганите професионални грижи, както и задълбочеността на взаимовръзката между лекар и пациент.

В статията на Макул и сътрудници междуличностните и комуникативните умения са идентифицирани като основна компетентност на лекарите. Авторите разработват и тестват инструмент, който може да се използва от пациенти, за да се направи оценка на междуличностните и комуникативни умения на лекарите [174].

Задълбочената взаимовръзка с пациента се влияе силно от уменията на лекаря за комуникация и уменията да използва подходящи езикови средства за изразяване. Статията „Комуникацията между лекар и пациент: изгубено изкуство?“ разглежда влошаването на ефективната комуникация лекар-пациент [119]. Американската академия по ортопедични хирурзи е установила, че пациентите оценяват ортопедите като професионалисти с високо професионални умения и с ниско ниво на комуникативни умения. Изследването им сочи, че ефективната комуникация е свързана с подобряване на удовлетвореността на пациента и на лекаря, по-добро следване на предписаното лечение от пациента, по-добри здравни резултати, по-добри информирани решения за медицинска помощ и до намаляване на разходите за грижи. Признаването на значението на комуникацията е повлияла на медицинските училища да преразгледат програми и да преподават умения за общуване. Национални сертифициращи изпити в САЩ също включват тестване на тези умения.

Удовлетвореността на пациентите се разглежда в статията на Москато и сътрудници като фактор за постигане на клинични резултати, качество на здравните грижи, както и за проследяването на пациента. В резултат от проведеното проучване с 1939 респондента авторите изработват многовариантни прогнозни модели, в които най-силните фактори за удовлетвореност на пациента са здравното състояние на пациента; уменията на медицинската сестра да изслушва, яснотата на обясненията и сътрудничеството в процеса на лечение; както и компетентността на медицинската сестра. В съответствие с анализираната литература, резултатите предполагат, че медицинските сестри трябва да развият уменията си за междуличностни комуникация,

както и уменията за ефективно слушане, ясен изказ и готовност за сътрудничество с пациентите [188].

Изследването на Хаак и сътрудници доказва, че само взаимодействието с пациентите по време на клинично лечение не може само по себе си да подобри професионалните умения за общуване на лекарите. От друга страна, изследването показва, че използването на курс за умения по комуникация подобрява практическата компетентност за взаимодействие между лекаря и пациента [128].

Танака и сътрудници са създали въпросник за обучаващи се фармацевти след преминаване на курс за комуникативни умения и той е показал техните отговори, сочещи че такива курсове спомагат за подобряване на техните комуникативни умения, че тези умения са били полезна при реални консултации с пациентите и са довели до повишаване на самоувереността в работата им [227].

Проведеното от Бонвичини и сътрудници изследване е насочено към това да провери дали обучението по комуникация с пациентите влияе върху това лекарят да изрази емпатия при взаимоотношенията си с пациентите. Резултатите от изследването категорично са потвърдили хипотезата, че обучението по комуникация е довело до значителна разлика и подобрение при изразяването на емпатия при общуване с пациентите [73]. Обучението по комуникация за медицинските специалисти следва да включва тренинг за емпатично поведение, тъй като трябва да се спазват редица специфични препоръки за осъществяване на емпатично отношение в грижите за пациента [8].

В статията на Brown, Вулунд е събран значителен набор от доказателства за най-добрите практики при медицинската комуникация. Тези данни осигуряват основа за обучение по комуникационни умения (ОКУ) на всички нива на медицинското образование. Въпреки че обзорът на литературата по ОКУ, направен от авторите, е показал, че комуникационните умения могат да бъдат преподавани, една от критиките в нея е, че не винаги е ясно кои умения се преподават и дали тези умения се оценяват. Ето защо при обучението авторите изрично са определили важните компоненти на една консултация въз основа на теми, свързани с целите, плановете и действията на лекарите. Авторите предлагат обучението по консултативна комуникация да се

ръководи от всеобхватна цел, която се постига чрез използването на набор от предварително определени стратегии [80].

Проучването на Harlak и сътрудници изследва и сравнява отношението на студентите в медицинските висши училища към придобиваните комуникативни умения и тенденцията към емпатия преди и след обучението по комуникативни умения [136]. В групата респонденти с висока емпатия оценките за съпричастност не се променят значително след обучението; В групата с ниска емпатия емпатичната тенденция значително се увеличава. В резултат от придобитите комуникативни умения респондентите придобиват подобно високи нива на емпатия към пациентите. Жените са показали по-положително отношение към комуникативните умения и тенденцията им към емпатия е била по-висока от тази при мъжете.

Проучването на Zolnierек и Dimatteo „Комуникацията на лекаря и придържането на пациентите към лечението: мета анализ“ показва, че адекватната комуникация лекар-пациент позитивно корелира в значителна степен с придържането към лечението от страна на пациента. Има 19% по-висок риск от непридържане към лечението от страна на пациентите, чийто лекар комуникира зле, отколкото сред пациентите, чийто лекар комуникира добре. При обучение на лекаря за комуникация с пациента, шансовете пациентът да се придържа към лечението са 1,62 пъти по-високи от случаите, когато лекарят не получава обучение [255].

Като отчита значението на комуникацията на бъдещите лекари с пациентите, колегите, близките на пациента, подкрепящите структури при различни медицински и здравни ситуации и необходимостта комуникативните им компетентности да са адекватни на предоставянето на качествено медицинско обслужване, Медицински факултет на МУ-София включва развитието на комуникативните умения на студентите по медицина в Каталога на Общите цели и резултати от обучението по медицина, приети от Факултетния съвет на МФ [36]. Това създава възможности да се подготвят задължителни и избираеми курсове и учебни програми, задачи и казуси, за осъществяване на обучението по комуникация със студентите по медицина - бъдещи лекари.

#### **1.1.4. Търсене на консенсус за съдържанието на обучението по комуникация на бъдещите лекари**

През последните няколко десетилетия комуникацията в медицината се е превърнала в основна тема, а влиянието на комуникативните компетенции на доставчиците върху клиничните резултати на пациентите и комуникацията в медицинските екипи са важна област на въздействие. Проучванията системно демонстрират ясни връзки между ефективната клинична комуникация и удовлетворението на пациента, облекчаването на симптомите и резултатите от медицинските и здравни грижи. Вече съществуват всеобхватни подходи за преподаване на комуникативни умения в медицинското образование и редица консенсусни изявления, рамки и модели [99, 172, 174, 215, 232], като повечето от тях са насочени към обучението на лекари. Извън медицинското образование съществуват и няколко примера за публикувани системни подходи за обучение по комуникативни умения за други здравни професии. Излагането на общите цели на обучението в комуникацията за лекарите все още е рядкост, въпреки значителното припокриване в уменията на основните комуникативни умения, използвани в различни професионални групи.

Съществуват множество консенсусни изявления за съдържанието на учебната програма по комуникация, които са разработвани през последните 20-30 години. Тук ще се спрем на някои от тях, за да разкрием логиката, по която те правят своите препоръки за 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** [215], в което разглеждат известните важни факти като значението на комуникацията лекар-пациент за лечебните резултати и задоволството на пациента и необходимостта лекарите да усвоят комуникативни знания, умения и компетентности в рамките на специализирани курсове по комуникация. Експертите очертават и насоки за подобряване на клиничната комуникация лекар-пациент, като подчертават значението на окуражаването за диалог, активното слушане и изразяването на емпатия, които да се усвояват в обучителните курсове. Съществено е, че се изреждат множество езикови техники и средства за постигане на тази комуникация като отворените въпроси, честите обобщения, ясни обяснения, проверка на вниманието и разбирането от страна на пациента, техники за изясняване и договаряне на лечението.

Посочват се и предизвикателствата, и приоритетите на комуникацията. Понататъшните изследвания се насочват към обмена на информация и терапевтичните стратегии, факторите, влияещи върху комуникацията, активното включване на пациента в общуването и етичните му и езикови аспекти. При проблемите на обучението за комуникация се открояват необходимостта от изясняване на най-ефективните методи и средства за обучение на лекарите, кои комуникативни умения се поддават на обучение, как образователните и здравеопазни системи трябва да се променят, за да мотивират бъдещите и настоящи лекари да усъвършенстват комуникативните си умения [215].

На срещата на преподаватели на консенсусен семинар по време 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. Препоръките са били усъвършенствани в следващите дискусии с други заинтересовани групи и одобрени от семинар на преподаватели, участващи в **здравната конференция**, организирана от NIVEL, **Холандския институт по първична здравна помощ** през 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: (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 извършат 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 [174].

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, консултативната, молбата за медицинска помощ, физическия преглед, поставяне на диагнозата, управление на лечението на пациента и оценка на цялостната консултативна. 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 специалисти с пациентите с фазите на визитата при лекаря и фазите на лечението [244].

Едно от съществените преимущества на маастрихтската разработка е включването в нея на Списък с консултативни комуникативни лекарски умения за оценка на общуването с пациентите [170]. 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/ хипотезата, обяснения за причините или връзката между находките и диагнозата, посочване на прогнозата или очаквания ход на заболяването, задаване на въпроси за отговора на пациента. Всяко от уменията се оценява по 7-степенна скала.

**Консенсусната декларация от Каламазу** се фокусира върху определяне на елементите на комуникацията на лекарите [172]. През май 1999 г. двадесет и един представители на големи медицински професионални и образователни организации се срещат в Каламазу и 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 разработването и оценяването на комуникативните програми за медицинското образование и (2) да създадат специфични стандарти в областта на

комуникацията в здравеопазването. От елементите се очаквало да се свързват със значими комуникативни умения и да 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: 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, да се направлява посоката на разговора. От общите елементи, които са одобрени на конференцията, се очаква да осигурят полезна рамка за комуникация, подпомагаща обучението за комуникативни умения. Задължителните за всяка здравна комуникация елементи са разработени в съдържателно отношение..

Експертите от Каламазу отчитат, че създаването на положителни и ефективни взаимоотношения е основната 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 му .

Уменията на лекарите да започват дискусията включват да бъде оставен пациентът да се изкаже докрай, да изрази страховете и опасенията си, да създаде отношения на искреност и откровеност с пациента. Уменията за събиране на информация изискват 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.

В заключение експертите от Каламазу постигат консенсус за това кои са основните елементи на комуникацията лекар-пациент и определят седем съществени елемента. Ето кои са определените в Каламазу елементи:

1. Изграждане на положителни взаимоотношения с пациента, което е фундаменталната комуникативна цел.
2. Започване на дискусия
3. Събиране на информация
4. Разбиране на гледната точка на пациента
5. Обмен на информация
6. Постигане на съгласие по проблемите и планирането на лечението
7. Формулиране на изводи и приключване на разговора

Следователно, експертите от Каламазу смятат, че лекарят направлява развитието на разговора чрез активното си участие във всички етапи на комуникативния акт и затова елементите на комуникацията с пациента, които те посочват, следват етапите на развитие на комуникативния акт при посещението при лекаря. Това създава сигурност, че никой аспект или момент от комуникацията с пациента няма да бъде пропуснат при подготовката на лекарите.

Едно от големите предимства на консенсусната декларация от Каламазу е, че тя си поставя и втора цел: да бъдат създадени 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 [242]. Големото практическо приложение на този чек лист се дължи на няколко негови особености. Първо, той е създаден като инструмент за оценка на всеки специалист в медицината и здравеопазването. Второ, в този чек лист е добавено и едно осмо обобщаващо комуникативно умение, а именно, умението да се направлява диалога и плавно да се преминава от един негов етап към следващия. Трето, при всеки от седемте плюс един елемента на комуникацията са изброени комуникативните умения, които се проследяват за осигуряване на добра комуникация. Четвърто, използва се петстепенната скала на Ликерт за оценка на всяко умение. Пето, всяко умение е съответно формулирано по различен начин, отразявайки различните степени на реализацията му съобразно скалата на Ликерт. Например, както при всички елементи елементът на комуникацията за „създаване на взаимоотношения“ е представен с

умението „проявява интерес към психологическите проблеми на пациента“, който е представен в чек листа със слаба степен (Не проявява интерес към психологическите проблеми на пациента), средна степен (Проявява слаб интерес към психологическите проблеми на пациента) и добре развита степен (Проявява адекватен интерес към психологическите проблеми на пациента) [10, 229].

През 2005 година в **Канада** е създадена **Рамка на лекарските 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, и с други колеги за разработване на общ план за грижи; 5. Предават ефективна устна и писмена информация относно медицинския преглед.“ [118].

De Naes 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. Представена е рамка за крайни точки за постигане на целите, като са посочени непосредствените, средносрочните и дългосрочните резултати и резултатите, свързани с пациентите, доставчиците и процесите или контекста. Посочва се, че здравето е основната цел на медицинската комуникация, както и резултатите, свързани с пациента [99].

Британската консенсусна декларация препоръчва какво да включва ключовото съдържание на на програми по комуникация в бакалавърската подготовка на лекарите през 2008 [247]. Създадени от преподаватели от Обединеното кралство, препоръките са еднакво приложими към програми по комуникация в целия свят. Според британските експерти 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 [247].

Усилията за разработване на основна комуникативна учебна програма за всички професии в областта на медицината и здравеопазването продължават и за създаването на качествена програма е необходим експертен опит от много европейски страни и от различни професии в областта на здравеопазването. Когато е подходено към нея, за основа са използвани концепциите на Болонския процес (The Bologna Declaration) [230]. Процесът от Болоня цели реструктуриране на европейското висше образование, осигуряване на по-голяма гъвкавост в различните академични области, насърчавайки по-голяма професионализъм в европейското образование. Основна комуникативна учебна програма, приложима във всички професии в сферата на медицината и здравеопазването в цяла Европа, която определя общите професионални цели в комуникацията, които да се постигат при преподаване в университета, може да се основава на широк европейски консенсус и да помогне за постигане на обучение за ефективна професионална комуникация.

За подпомагане развитието на обучението по комуникация в медицината и здравеопазването в цяла Европа, **Европейската асоциация за комуникация в здравеопазването (ЕАСН)** е създала подкомитета "tEACH". През 2008 г. комитетът е създал работна група с 46 експерти от 18 европейски държави. Всички участници са участвали в разработването на програми, преподаването, оценяването на комуникативните умения и програмите за обучение на обучаващи. Различните професии в областите на медицината и здравеопазването, представени в групата, включвали медицина, акушерство, сестринство, фармация, психология, стоматология и физиотерапия. "Подгрупата за основната учебна програма по комуникация" на tEACH е поела предизвикателството да разработи и постигне консенсус относно Основната учебна програма за комуникативните умения в областта на здравните професии [232], която да бъде използвана за целите на образованието в Европа, тъй като съществувалият до този момент консенсусни модели и декларации са били създадени главно, изхождайки от потребностите на едни или други медицински или здравни специалисти.

Експертите от групата са взели пред вид съществуващите консенсусни документи и съответните рамки и са ги анализирали в три основни категории: 1) "ключови комуникативни задачи", насочени към изграждане на връзки и обмен на информация с пациентите; 2) "препоръчителни умения", насочени към умения и комуникативни

техники; 3) "специални задачи за комуникация", насочени към трудни ситуации и комуникация в екип. Съществуващите консенсусни изявления са били сравнени от експертите според необходимите умения, включени във всяко от тях.

Въз основа на сравнението на съществуващите консенсусни документи и своето собствено изследване експертите на Европейската асоциация изработват „Основна учебна програма по комуникация за здравните професии: цели на бакалавърското обучение за професиите в здравеопазването“ (The HPCCC) [232]. За да се постигне консенсус относно целите на обучението в програмата за обучение по комуникация на здравни професионалисти, експертите на Европейската асоциация използват изследователския метод Делфи. За целта е разработен вариант на Основната учебна програма, който след това е оценен от експерти. Експертите са дали оценка на целите на обучението, които се съдържат в програмата, като е използвана петстепенна скала на Ликерт и са определили всяка цел като едно от следните нива на значимост: 1) най-важна, 2) много важна, 3) важна, 4) в известна степен маловажна 5) маловажна. В допълнение експертите са коментирали предложената учебна програма като цяло. Като вземаме пред вид прилагането на методът Делфи за постигане на консенсус за целите на обучението по комуникация за здравните професии, експертната оценка бе приложена и за предложения по-долу в настоящия труд Модел за повишаване на уменията на бъдещите лекари за ефективна комуникация с пациентите.

Основната учебна програма по комуникация за здравните професии на Европейската асоциация съдържа три раздела: Комуникация с пациентите, Вътрешно- и междуличностна комуникация (професионализъм и размишления) и Комуникация в здравните екипи (професионална комуникация). Поради насочеността на настоящия труд към комуникацията лекар-пациент тук ще анализираме по-подробно комуникативните умения, включени в първата част на тази програма.

### **„Комуникация с пациентите**

#### **Основни комуникативни цели:**

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 се чувства обгрижен и изслушан.
- 3 Отнася се към пациента с уважение, включително осигурява поверителност, неприкосновеност на личния живот и автономия и разпознава пациента като партньор при формирането на взаимоотношенията.
- 4 Изяснява и изследва съдържанието на био-психо-социалната история на пациента (например, събира подходяща информация, осигурява разбиране, предава информация разбираемо, вербализира емоционалното съдържание).
- 5 Насърчава пациента да изрази собствени идеи, тревоги, очаквания и чувства и приема легитимността на възгледите и чувствата на пациента.
- 6 Дават на пациента информация (устна, писмена, по електронен път и по телефона) своевременно, изчерпателно и смислено.
- 7 Използва техники за активно слушане (напр. размишления, разпознаване на знаците на пациента, перифразиране, обобщаване, словесни и несловесни техники).
- 8 Признава трудни ситуации и комуникационни предизвикателства (например, плач, силни емоционални чувства, прекъсвания, агресия, гняв, безпокойство, неудобни или чувствителни въпроси, когнитивни увреждания, представяне на лоши новини) и се занимава с тях чувствително и конструктивно.
- 9 Показва осъзнаването на невербалната комуникация както на пациента, така и на здравния специалист (например контакт с очите, жестове, изражения на лицето, поза) и отговаря правилно на тях.
- 10 Води разговор от началото до края, като обръща внимание на структурата (напр. въведението, иницирането на разговора, събирането и даването на информация, планирането, приключването на интервюто, определянето на следващата среща, мениджмънт на времето).
- 11 Използва различни видове въпроси (например отворени, затворени и фокусирани) според ситуацията

**По-подробни конкретни цели, в зависимост от контекста и ситуацията:**

**Формиране на взаимоотношенията:** Студентът включва пациента във взаимодействието, за да установи терапевтична връзка, използвайки подход, ориентиран към пациента

- 12 Идентифицира очакванията на пациентите по отношение на ролята на здравния специалист.

13 Използва адекватни стратегии за решаване на конфликти (например, обратна връзка относно възприятието, въздействието, желанията).

Позиция и силни вярвания на пациента: Студентът ориентира собствената си комуникация в съответствие с реалните нужди и грижи на пациента

14 Изяснява нуждите и способностите на пациента (например информация, автономия, истина и отговорност) и адаптира плана / интервенцията към ресурсите и силните страни на пациента.

15 Отчита соматични, психически, социални, културни, етични, духовни и свързани с пола елементи в грижата и оценката на пациента и възприема различията между собствените си ценности и нормите на пациента.

16 Реагира на здравословните вярвания и теории за болестта и ги сравнява и интегрира в собствените си теории за болестта, които са характерни за здравния професионалист.

**Информация:** Студентът ефективно събира и предава съответната информация за разсъждения и вземане на решения

17 Открива колко информация изисква пациентът и предава подходящо количество информация.

18 Осигурява информация по начин, ориентиран към пациента, и я споделя със съгласието на пациента (например, с колеги, семейство и др.)

19 Изяснява и синтезира информация за грижата за пациента.

20 Запитва за нивото на познание на пациента за заболяването

21 Обсъжда различните елементи на историята на пациента (история на заболяването, история на здравните грижи, връзка професионалист-пациент, анамнеза на пациента).

22 Разпознава значението на допълването на вербалната информация с диаграми, модели, писмена информация и инструкции и прилага информацията по подходящ начин.

23 Търси и синтезира съответната информация от други източници (например, семейството на пациента, лицата, които осигуряват грижи, и други професионалисти), ако е необходимо

**Разсъждение и вземане на решения:** Студентът обмисля степента, в която пациентите се включват в процеса на разсъждаване и вземане на решения

24 Установява какво участие и колко отговорност е готов и способен да поеме пациентът при взимане на решения.

25 Обсъжда с пациента вероятните предимства, недостатъци и очаквани резултати

26 Насърчава активното участие на пациента в процеса на вземане на решения и обяснява вариантите за избор или права на пациента по начин, ориентиран към пациента.

27 Изяснява собствената си роля в процеса на вземане на решения.

28 Обсъжда с пациента спектъра на възможните последици от решението и обяснява на пациента

вероятните последици от избора на диагностични и терапевтични мерки.

29 Разпитва за съответните психологически и социални ресурси, които пациентът има при вземане на решение.

30 Осигурява на пациента възможността да включи други хора в процеса на вземане на решения и да изяснява как и кога трябва да бъде взето решение.

31 Обсъжда решенията с колеги, пациенти и техните близки, както е целесъобразно, и редовно ги оценява отново и ако е необходимо, ги променя.

32 Изяснява на пациента собственото си мнение, ако бъде попитан.

Несигурност: Студентът уважава несигурността като неразделна част от разсъжденията и вземането на решения

33 Разговаря открито с пациента за несигурността и формулира начините за справяне с него.

34 Обяснява на пациента коя информация е необходима, за да се сведе до минимум несигурността в процеса на вземане на решения. (превод – авт.)“ [232].

Представената учебна програма подхожда много детайлно към комуникативните цели/умения, които трябва да се постигнат, като използва множество подходи за избор и формулирането им. В основните умения са посочени уменията за водене на диалог (№2 от The NPCCC) и плавно му развитие от началото до края (№10 от The NPCCC). 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 от The NPCCC е отделено на невербалните умения (израз на лицето, жестове, контакт с поглед и т.н.). Въпреки че в

основните цели са посочени, макар и откъслечно, вербалните умения, 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 от The НРССС). Споменат е и механизмът на перифразата (№7 от The НРССС). 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.

В специфичните умения е наблегнато на особеностите на контекста и ситуацията, което напомня за по-ранните консенсусни документи, където се следват етапите на специфичните ситуации в медицината като прегледа на пациента (документа от Каламазу). Анализира се и процесът на вземането на решения (№ 24-32 от The НРССС). Отчетено е влиянието на психологическите и емоционалните фактори при комуникацията (напр. № 4,8,15 от The НРССС). Специално внимание се обръща на движението и обработката на информацията в раздела „Информация“.

Консенсусният документ на Европейската асоциация има предимствата на детайлното и подробно изброяване на необходимите комуникативни цели/умения за бакалавърското обучение в медицината и 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. В програмата се подчертава специфичната цел за създаване на езикови умения за комуникацията в медицината и здравеопазването. 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 медицинските и здравни специалисти с пациентите, можем да обобщим, че са направени множество стъпки за изясняване и прецизно формулиране на необходимите комуникативни умения, необходими за общуване с пациентите, близките им и подкрепящите ги мрежи. Наблюдават се няколко общи характеристики на консенсусните документи. Всички те разглеждат създаването на необходими комуникативни умения като насочени към постоянната, основна, крайна цел на

комуникацията, а именно, изграждането и поддържането на добри и ефективни взаимоотношения с пациента, неговите близки и подкрепящите го социални, доброволни и други системи.

Различните документи се стремят към по-обобщено или по-детайлно представяне на комуникативните умения. Общият подход, който се използва при систематизирането им, е категоризирането им съобразно етапите на комуникация при лечението на пациентите. Усилията на експертите и изследователите са били насочени главно към прецизно дефиниране на задължителните комуникативни умения и разработването им в съдържателно отношение. На тази основа са създадени инструменти за оценка на комуникативните умения на медицинските и здравни специалисти за общуване с пациентите.

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 на различни нива според преценката на специалистите по комуникация, създаващи и прилагащи конкретните програми в тях. При обучението за комуникация все още трябва да се изследват проблемите на най-ефективните методи и средства за обучение, кои комуникативни умения се поддават на обучение и как, по какъв начин образователните и здравеопазни системи трябва да се променят, за да мотивират професионалистите да усъвършенстват комуникативните си умения.

В съществуващите документи и анализи, обаче, не е изяснен изчерпателно 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 на бъдещите лекари.

## **1.2. Проблеми на усъвършенстването на уменията за езикова комуникация**

### **1.2.1. Европейски образователни политики за езикова комуникация на бъдещите лекари**

Още от основаването си европейските институции създават различни образователни политики и концепции, които подпомагат езиковата комуникация на бъдещите професионалисти в медицината и здравеопазването, а също и обучението по комуникация на бъдещите лекари.

ЕС определя образованието като отговорност на отделните национални държави. Член 165 на Договора за функционирането на Европейския съюз допълва, че ЕС работи за развиване на езиковото обучение "... чрез подпомагане и допълване на техните действия (на държавите-членки – бел.авт.), като напълно зачита отговорностите на държавите-членки за съдържанието на учебния процес и организацията на образователните системи и тяхното културно и езиково разнообразие." [38].

Благодарение на институциите на Европейския съюз са развити различни образователни политики - стратегически цели, критерии и инструментариум за обучение по комуникация, които засягат всички негови аспекти. Съществен е приносът на Съветът на Европа [81, 237], работил за разработването и прилагането на различни инициативи относно езика [56] с цел запазване на езиковото многообразие и многоезичието. Универсално приложимите на европейско, национално и местно ниво инструменти на Съвета на Европа се прилагат за всички сфери на образованието и културния живот в ЕС. Политиките на Съвета на Европа за поддържане на плурилингвизма, са основа за развитие на националните езикови политики. Тези политики и инструменти се използват, доразвиват и конкретизират в активно функциониращото Европейско пространство за висше образование [ 57, 110, 111, 253].

Съветът на Европа е създал и разпространява концепцията за плурилингвизма, която е залегнала в официални договори, съдържащи фундаментални принципи, които са включени в национални разпоредби и се прилагат на национално ниво. Европейската културна конвенция насочва към мерки, на които държавите следва да отговорят за развитие на езиковото обучение:

„Всяка договаряща страна, доколкото това е възможно: а) насърчава сред своите граждани изучаването на езиците, историята и цивилизацията на другите договарящи страни и предоставя на тези страни улеснения за развитие на такова обучение на територията си и б) полага усилия за развитие и изучаването на своите език или езици, история и цивилизация на територията на другите договарящи страни и предоставя на гражданите на тези страни улеснения за провеждане на такова изучаване на територията си” [27].

Разнообразни културни и исторически тенденции на европейския континент определят политиката на многоезичието. То се разглежда като европейска историческа и съвременна ценност, която трябва активно да се подкрепя и развива [60, 78]. Много европейски документи подкрепят плурилингвизма и на негова основа търсят сближаване на националните езикови политики и определят насоките на действие на страните-членки.

След завършване на проект "Езиково обучение за европейско гражданство" през 1996 г. е изработена Препоръка № R (98) 6 на Комитета на министрите към държавите-членки [202]. В нея са залегнали редица мерки относно обучението по съвременни езици в "Насърчаване на многоезичието" (Анекс към Препоръката, А.2), "чрез разнообразяване на предлаганите за изучаване езици и поставяне на цели, подходящи за всеки език" (2.2) и "насърчаване на програмите за обучение на всички нива, които използват гъвкав подход ... "(2.3) [202].

Това схващане се разработва в Препоръка 1539 (2001) на Парламентарната асамблея на Съвета на Европа, където е залегнало, че многоезичието следва „да се разбира като определено умение да се комуникира на няколко езика” (Член 11.ii) [203]. Целта е развиване на определена комуникативна компетентност, и в по-добрия случай, на възможно повече езици. За овладяване на повече езици Европейският съвет в Барселона през 2002 г. приема необходимостта за развитие на езиковите знания и умения като част от базисните образователни умения чрез „изучаване на най-малко два чужди езика от най-ранна възраст” [31].

Тези политики показват постигането на общо разбиране относно европейските езикови политики. Концепциите и референтните инструменти на Съвета на Европа спомагат за насочване на националните езикови политики за плурилингвизъм. Политиката за

многоезицието като разбиране за разнообразието на европейските езици и межкултурния диалог се въплъщава и на национално ниво. Многоезицието се обвързва с необходимостта от добри комуникативни умения, които водят до взаимодействие и мобилност на специалистите, до повишаване на заетостта в Европа [216, 254].

Концепцията за многоезицието е свързана с изучаването и придобиването на умения за комуникация на два и повече чужди езици не само при студентите, но и при работещите хора. Европейският икономически и социален комитет изразява разбирането, че гражданското общество трябва да подкрепя процеса на разширяване на езиковите умения и компетентности. „Обучението на възрастни, така както го предвижда Комисията трябва да отчита необходимостта да се приобщат колкото се може повече граждани към усилията да се владее добре родният език и още два чужди езика, като се приспособи предлагането и като се създаде интерес и мотивация с конкретни мерки на място” [47].

Плурилингвизмът се реализира чрез продължителни процеси на учене като ученето през целия живот. Така непрекъснато се придобиват комуникативни компетентности и се обогатяват личните езикови умения на всеки европейски гражданин. Развитието на знанията и уменията в езиковата комуникация на всеки гражданин може да се отразява в Европейското езиково портфолио, което отразява използването на различните езици на определено ниво и индивидуалните комуникативни компетентности [165]. В тази връзка някои европейски документи осигуряват сравнимост на стандарта и качеството на квалификациите на завършилите висше образование в различните страни. Такава е Конвенцията за признаване на квалификациите, отнасящи се до висшето образование в Европейския регион [90].

Разширяването и подобряването на образованието на европейските граждани може да играе решаваща роля в справянето с нарастващите социално-икономически и технологични предизвикателства, които стоят пред Европа. За да реализира Лисабонската стратегия, Европейският съвет приема в Барселона програмата „Образование и обучение 2010 г.“, с която насочва сътрудничеството в ЕС в образованието и обучението. Тя цели да доведе до развитие на националните системи за образование и обучение чрез взаимно обучение и обмен на знания и добри практики.

За да развие Програмата от Барселона през 2009 г. Съветът на Европа приема Стратегическа рамка за европейско сътрудничество в областта на образованието и обучението [28]. Тя цели да подкрепя образованието и обучението в Европа и извън нейните предели. В рамката „Образование и обучение 2020“ са определени четири общи за ЕС цели до 2020 г. по отношение на системите за образование и обучение: реално осъществяване на ученето през целия живот и на мобилността; повишаване на качеството и ефективността на образованието и обучението; насърчаване на равнопоставеността, социалното сближаване и активното гражданско участие; подобряване на творчеството и новаторството на всички равнища на образование и обучение [32].

Така усъвършенстването на езиковите умения през целия период на човешкия живот се обвързва с активна трудова дейност. Така логично в голяма степен езиковите комуникативни умения се свързват с трудовата заетост и професионалните ангажименти на европейските граждани. По същия начин необходимостта от умения за професионална комуникация става основа за осъществяване на обучение по комуникация и на бъдещите лекари. С цел утвърждаване на равнопоставеността, социалното сближаване и активното гражданско участие се стимулира обучението по комуникация за усъвършенстване на межкултурния диалог, което е ключово за лекарите поради това, че практикуването на медицината не познава национални граници.

Посочва се и в какви срокове следва да се постигат изброените цели. В приетото през ноември 2012 г. Съобщение на Комисията „Преосмисляне на образованието: инвестиране в умения за постигане на по-добри социално-икономически резултати“ се поставя нова амбициозна цел за повишаване на броя на завършилите висше образование така, че до 2020 г. 40 % от младите хора в Европа да са завършили висше образование [51]. В това Съобщението се заявява, че изучаването на съвременни езици с цел всестранна комуникация е сред универсалните и основни умения. Освен че се характеризира като универсално, основно, а следователно и задължително за европейците, ученето на езици е важно за заетостта. За тази цел държавите-членки трябва да започнат реформи за прилагане на „нови методики и техники за преподаване както на първи, така и на втори чужд език“ [51].

Професионалното образование и обучение са основна сфера на европейско сътрудничество и за те регулирането му е разработена Европейска квалификационна рамка за обучение през целия живот (ЕКР) [46]. Препоръката на Европейския Парламент и Съвета на Европа, с която е приета ЕКР, посочва, че тази Рамка може да се използва за отчитане резултатите от официалното и от неформалното и самостоятелно учене [46]. Тя е съвместима с квалификационната рамка за висше образование, създадена в рамките на Болонския процес. Съществува съответствие между характеристиките на нива 5-8 на ЕКР (свързани със степените на висшето образование) и характеристиките на квалификационната рамка за висшето образование, определени в хода на Болонския процес. Независимо от това, дескрипторите за нивата на ЕКР се отличават от тези на нивата от Болоня, които са насочени специално към висшето образование, защото фокусирайки се върху ученето през целия живот нивата на ЕКР се съотнасят и към професионалното образование и обучение в професионалните области.

Към държавите-членки се отправя препоръка да се използва Европейската квалификационна рамка (ЕКР) като референтен инструмент за съпоставяне на нивата на различните национални квалификационни системи и за насърчаване на обучението през целия живот, както и на равните възможности за европейските граждани. Връзката на уменията и компетентностите от ЕКР с обучението по езикова комуникация се реализира чрез връзката на професионалната квалификация със заетостта на работната ръка. За да могат гражданите на ЕС да работят в целия ЕС, те трябва да могат да го правят, като използват някои от европейските езици. Колкото повече езици владеят те до степен да работят, толкова по-лесно могат да заемат подходящо работно място. Така езиковите умения и компетентности са тясно свързани с професионалните, а задачата на езиковото обучение е да развива уменията по комуникация, за да осигури възможности за използване на професионалните умения [24].

Като продължение на европейските постижения е разработена и Националната квалификационна рамка на Република България. На нива 6, 7 и 8 в социалните и комуникативни компетентности, залегнали в Националната рамка, е добавена характеристиката – „пълноценно общува на някои от най-разпространените европейски езици” [40]. Това показва ясното разбиране за значимостта на езиковото обучение.

Европейските институции подчертават, че езиковите умения могат и трябва да се развиват през целия живот и в друг основен европейски документ - Препоръката на

Европейския парламент и Съвета на Европа за ключовите компетенции за учене през целия живот [204]. Анексът - Европейската референтна рамка „Ключови компетенции за учене през целия живот” изброява ключовите компетентности като още в началото са посочени комуникативните. Номер 1 е „Комуникация на родния език”, а номер 2 е „Комуникация на чужд език”. Важно е, че комуникацията на родния език е свързана с тази на чужди езици: "Общуването на чужди езици като цяло споделя измеренията на основните умения за комуникация на роден език: то се основава на способността да се разбират, изразяват и интерпретират концепции, мисли, чувства, факти и мнения и в устна, и писмена форма (слушане, говорене, четене и писане) в подходящ кръг от различен вид обществен и културен контекст (в образованието и обучението, работата, дома и свободното време), според желанията и нуждите на човека. Езиковата комуникация също изисква умения като медиация и межкултурно разбиране" [204].

Така усвояването на уменията на чуждия език се изравняват с тези на родния, което означава, че вече не съществуват ограничения при организираните или самостоятелни усилия на всеки гражданин на ЕС в изучаването на езици за комуникация. Така също се отбелязва, че изучаването на няколко допълнителни езика, освен родния, може да се развива успоредно, като всеки език е на различно ниво на владееене.

Следователно, във висшето образование има възможности за обучение за комуникация на родния език и други езици. Така във ВУЗ се работи за осигуряване на комуникацията във връзка с практикуване на професията и затова езиковите курсове по различни съвременни езици се фокусират върху сходна лексика и функционална граматика.

Европейска политика и практика по отношение на езика, съдържаща конкретни насоки, е кампанията Clear writing (Ясно писане), която е инициентирана от Европейската комисия и има за цел създаването на текстове, формулирани по-разбираемо и написани на по-ясен стил [114, 176, 223]. Тази кампания продължава постигнатото с кампанията Fight the Fog (Пребори мъглата) [251]. В началото целта на кампанията е да се облекчи преводът на различните европейски езици. За добър превод трябва да са изпълнени две условия: първо, съдържанието на оригинала да е предадено ясно на оригиналния език и второ, преводът разбираемо да предава смисъла [102].

Тази кампания произтича и възниква от реалните проблеми на комуникацията и превода от и на многото европейски езици в европейските институции, но така се

проявяват реално съществуващите проблеми на комуникацията в цялото многоезично европейско пространство. Това с особена сила важи за текстовете, свързани с професионалното изпълнение на задълженията и с комуникацията между професионалисти. Колкото по-сложно е съдържанието на оригиналния текст, толкова по-важно е да се прилагат идеите на кампанията за ясно писане [171, 177]. Ето защо кампанията Clear writing може да има положителни последици за подготовката на европейските граждани за многоезична комуникация в цяла Европа.

Сравнимост на уменията на европейско ниво са създадени и чрез референтния инструмент за езиково обучение - Обща европейска езикова рамка (CEFR), която включва общи референтни нива за постигане и оценяване на езиковите компетентности [92]. Прилагането на постановките на CEFR прави различните програми за езиково обучение прозрачни и сравними. Основна характеристика на CEFR е, че тя е рамка, която може да бъде използвана за множество цели като езиково обучение за комуникация, преподаване и оценяване [92]. Въз основа на Рамката създателите на курсове могат да вземат важни решения за създаването на комуникативни дейности и задачи. CEFR описва и областите /домейните/ на езиковия контекст, свързани с професионалните дейности [24]. Тя е създадена с идеята да се представят общи методологически насоки за развитие на множеството аспекти на обучението по съвременни езици.

Важно е да се отбележи, че CEFR посочва, че броят и височината на нивата на владение на езика зависят от целите, за които скалите са създадени [92]. Смисълът на скалата на езиковите нива за всеки отделен гражданин на ЕС става ясно във връзка със съставянето на индивидуалното Езиково портфолио и Езиковия паспорт. Притежателят на Езиковия паспорт редовно го обновява и записва своите езикови комуникативни умения и компетенции в различните езици. При все по-развиващата се мобилност на работната сила в Европа вече реално съществува ситуацията, при което един човек може да има умения за комуникация на различни нива по различни езици, свързани с различни професионални области.

Разгледаната система от образователни концепции, политики и стратегии създава специфичната европейска образователна среда, в която се развива обучението по език и комуникация на бъдещите професионалисти, включително и в здравеопазването и медицината. Тя разкрива как общоевропейски културни и социоекономически цели

обосновават прилагането на политиката на плурилингвизма като предпоставка за задълбочаване на европейската интеграция. Плурилингвизмът се реализира чрез стратегиите за изучаване на роден плюс два съвременни езика и за учене през целия живот, което подкрепя овладяването на професионални знания, умения и компетентностите, отразени в ЕКР. Обогатяването на езиковите умения за комуникация с цел професионална реализация може да се осъществява на избран от професионалиста език, роден или допълнително придобит. За процеса на обучение по два или повече езика европейските политики се предоставят и подходящи инструменти, като главните са Общата европейска езикова рамка и Европейското езиково портфолио [виж и 82], които са важни за професионалната реализация и на бъдещите лекари.

Работата на европейските институции по въпросите на обучението за езикова комуникация вече е създало сложна система от политики и концепции, които се въплъщават в конкретната национална образователна политика по отношение на езиковото обучение с цел комуникация. Тази система може да служи за най-обща методологическа основа и на всеко конкретно обучение в професионалните области, включително в тази на медицината. Така европейските образователни концепции, взети в тяхната взаимовръзка, могат да служат като главни ориентири при създаването и оценката на конкретни програми за повишаване на комуникативните езикови умения за професионални цели.

## **Изводи**

Документите относно стратегическите цели, критерии, политики и инструментариум на езиковото обучение са разработени от институции на ЕС. В основата на различните европейски концепции относно езиковото обучение е политиката за многоезичието, която улеснява межкултурния диалог, а понастоящем е обвързана с решаване на предизвикателствата на икономическата криза и заетостта. „Ключовите” езикови компетентности в родния и поне два допълнителни езика се свързват с учене през целия живот и с професионалната заетост на гражданите в ЕС, което определя нови задачи за езиково обучение за професионална комуникация във ВУЗ. Общата европейска рамка за езиците и европейското езиково портфолио съдържат инструментариума за езиково комуникативно обучение, преподаване и оценяване, включително за професионалните сфери.

Образователните политики и концепции относно усъвършенстването на уменията за езикова комуникация на бъдещите лекари могат в голяма степен да насочват и конкретната национална образователна политика по отношение на езиковото обучение. Системата от образователни концепции на ЕС функционира чрез различните си елементи, които определят целите, съдържанието, процедурите и оценяването на езиковото обучение, включително за отделните професионални области като здравеопазването и медицината. Нейното прилагане осигурява съвместимост и високо качество на езиковите програми за комуникация във висшите училища във всяка страна-членка на ЕС.

### **1.2.2. Комуникативният подход при създаването на умения за комуникация за медицински и здравни цели**

Обучението за езикова комуникация за медицински цели е насочено към създаване на умения за общуване в комуникативни ситуации, свързани с медицината и здравето. От това произтича широкото използване на комуникативния подход при това обучение.

Повечето специалисти разглеждат *communicative language teaching* – CLT (комуникативния подход) като подход за създаване на комуникативна компетентност. При неговото прилагане овладяването на езиковите умения се осъществява чрез комуникативни задачи. Много изследователи го свързват с групова работа, решаване на проблеми и осъществяване на пренос на информация между участниците в комуникативния акт [206].

Thornbury и Howatt разглеждат силна и слаба версия на CLT [147, 235]. Thornbury смята, че при слабата версия авторите на програми продължават да се фокусират върху граматиката, но прикриват това зад функционалното ѝ разглеждане. При силната версия не се преподава граматика експлицитно, а се предлага учебна програма от задачи. Така исторически се е формирал първоначалния вариант на *Task-Based Approach* (подход, основан на поставянето на задачи на обучаваните). Richards and Rodgers [206] обобщават, че общото при всички варианти на комуникативния подход е фокусът върху комуникацията, реализацията чрез комуникативни упражнения и функционалния потенциал на езика, който се разглежда като съществен за комуникацията.

Целта на прилагането на CLT е да се развива комуникативната компетентност. Thornbury посочва, че комуникативната компетентност включва способностите за това как да се използва граматиката и речника на езика, за да се постигнат комуникативни цели и как да се постигне това по социално приемлив начин [235]. CLT включва основни теории на ученето. Такива са комуникативният принцип (задачите, свързани с реалната комуникация, подкрепят ученето), принципът на поставянето на задачите (упражненията, при които езикът се използва, за да осъществи значими задачи, подкрепят ученето), и принципът на значението (смисленият език подкрепя ученето) [155]. Като общ комуникативен подход CLT се доразвива в различни по-конкретни комуникативни методи. При естествения подход на Стивън Крашън ученето на език се осъществява чрез комуникативно използване на езика [206]. Spada разглежда изчерпателно развитието на теорията за комуникативна компетентност още от предлагането ѝ от Хаймс, като в тази връзка отбелязва развитието и на понятия като езикова, прагматична, социолингвистична и стратегическа компетентности [220]. Посоченото разкрива възможността езикът за общуване в медицината да се преподава в тясна връзка с реалната комуникация за осъществяване на значими медицински и здравни задачи, които придават смисъл на дейностите, като се цели най-общо създаването на комуникативна компетентност и свързаните с нея езикова, прагматична, социолингвистична и стратегическа компетентности.

Целите на CLT включват създаването на комуникативната компетентност в съответствие с нивото на владене на езика от обучаемите и на техните комуникативни потребности. Потребностите могат да се определят спрямо езиковите умения за четене, слушане, писане и говорене, като всяко умение се разглежда от комуникативна перспектива. Комуникацията не се осъществява чрез лингвистична реализация на концепциите и функциите като единици значение, а като дискурс, чрез който значенията се договарят чрез интеракция [100]. Обучаемите се разглеждат като индивиди с уникални комуникативни интереси, стилове, потребности и цели, които трябва да се вземат предвид от преподавателите [206]. Това ни насочва към фокуса върху комуникативните потребности на обучаемите, които са изходна точка за определяне на целта и стратегията за езиково обучение.

При CLT преподавателят приема ролята на анализатор на потребностите, съветник и мениджър на процесите. Той има отговорността да проучи езиковите потребности за

комуникация на студентите и да предложи различни видове учебни материали. Според Ричардс и Роджърс те са три различни вида – материали, основани на текстове, основани на задачи и тези, свързани с реални [206]. Това подсказва на преподавателя по език и комуникация, че за да се възползва от предимствата и на трите вида материали, той трябва да търси взаимовръзката между реалните на дадената професия, професионалните ѝ задачи и свързаните с тях текстове [64,178].

За да стане наистина комуникативна една дейност, учащият се нуждае да е наясно със социолингвистичните параметри на комуникативното събитие като обстановка, сцена, тема, роля и отношения с участниците [153, 214]. Тогава студентите могат да развият знанията и уменията, необходими за подходяща употреба на езика, съобразно комуникативната ситуация [100].

CLT е подход, който подчертава комуникативния потенциал на езика и е съвместим с голямо разнообразие от процедури и който според Ричардс и Роджърс [206] може да бъде описан чрез следните принципи:

- Учащите учат езика, като го използват, за да комуникират
- Автентичната и смислена комуникация трябва да бъде цел на дейностите при обучението
- Гладкото изразяване е важно измерение на комуникацията
- Комуникацията включва интеграцията на различни езикови умения
- Уменето е процес на творческа конструкция и включва опита и грешката [206].

Описаните принципи ни насочват към създаване на езикова учебна програма за комуникация в медицината, която да се основава на смислена комуникация с използване на всички езикови умения за свободно общуване, което да се усъвършенства на принципа на опита и грешката.

Комуникацията е непредвидим процес и затова създателят на езикови курсове се опитва да предскаже комуникативните потребности на учащите [249]. Смята се, че комуникативният подход се съобразява с потребностите на учащите, тъй като е свързан с желанията и способностите на учащите. Dendrinos отрича това, като се аргументира,

че програми се създават за големи групи от учещи, за които само се предполага, че имат общи потребности поради техни общи характеристики. Интересите на пазара също са от значение за избора на теми за комуникация [100]. Особено международните издатели се насочват към възможно най-голяма публика. Тази тенденция се подкрепя и от новите технологии, които завладяват и езиковото обучение, предоставяйки открит достъп до езикови знания [179].

Въз основа на натрупания опит могат да се извлекат известен брой общоприети критерии за създаване и анализ на учебни материали. Такива са наличието на: групови упражнения или такива по двойки; индуктивно учене на граматика; езикови функции (граматиката се представя като езикови функции); граматически упражнения в контекст (форми на езика, свързани с особености на контекста); упражнения, ориентирани към обучаемия.

Комуникативният подход исторически се свързва в по-малка или по-голяма степен с контекста на езика и със съдържанието на съответната професионална област, за която се преподава, в случая, медицината. През 1980-те CBI - content-based instruction се основава на принципите на CLT и го доразвива [206]. Това важи и за приложението му при преподаване на език за комуникация в медицината.

Съществуват три етапа на развитие на CLT [91]. В първия етап се разработва учебна програма, съвместима с понятието за комуникативна компетентност, основана на понятия и езикови функции [68]. Във втория етап CLT се фокусира върху процедури за идентифициране на потребностите на учащите и върху предложенията да се превърне анализът на потребностите в същностен компонент на комуникативната методология. В третия етап CLT се фокусира върху видовете дейности, които могат да се използват като основа на комуникативната методология, като груповата работа, езиковата работа, основана на задачи и дейностите за попълване на информация [205].

Комуникативната учебна програма се разглежда като основана на съществуващите различни подходи към създаването на учебната програма: граматичен, структурен, ситуационен и понятийно-функционален. Комуникативната учебна програма комбинира аспекти от всички тях, като цялостно езиковото обучение се организира около комуникативните задачи [189].

Развитието на комуникативния подход показва движение от най-общия подход към комуникативните компетентности, по-нататък, към конкретизиране на целите чрез анализ на потребностите и накрая, до конкретизиране на задачи, които са най-подходящи за развитие на комуникативните умения и компетентности. При разработване на езиков курс може да се използва комуникативният подход, следвайки същия ход на анализа, т.е. като се определи целта на курса, потребностите на учащите и се продължи с конкретизиране до дейности и задачи.

Съвременното прилагане на комуникативната методология се характеризира с пет основни принципа:

1. подходяща употреба: употребата на езика отразява ситуациите на неговата употреба и трябва да съответства на тези ситуации, на ролите на участниците и на целите на комуникацията.
2. фокус върху съобщението: учащите се нуждаят да могат да създават и разбират съобщения и следователно има фокус върху споделянето на информация и прехвърлянето на информация при дейностите според CLT.
3. психолингвистична обработка: дейностите по CLT се опитват да включат учащите в когнитивни и емоционални процеси при овладяване на втори език.
4. поемане на рискове: обучаемите биват окуражавани да правят догатки и да се учат от грешките си.
5. свободна практика: CLT окуражава холистичната употреба на езика, включваща по-скоро симултанната употреба на разнообразни умения, отколкото практикуването на индивидуални умения [206].

Прилагането на комуникативния подход към професионалния контекст може да се постави на основата на начина, по който Общата европейска езикова рамка CEFR разглежда елементите на контекста на езикова употреба: локации, институции, лица, обекти, събития, дейности, текстове (Таблица 5 в CEFR). В Рамката CEFR контекстът на употреба е неразривна част от комуникативната ситуация. Комуникативната ситуация не може да съществува извън даден контекст на езикова употреба [113, 115]. Всеки контекст може да се свърже с определени комуникативни ситуации [224].

Контекстът и комуникативната ситуация съществуват в непрекъснато взаимодействие [101]. При тези комуникативни ситуации се развиват темите, дейностите и текстовете на общуването.

Всяка комуникативна ситуация се осъществява в даден контекст на езикова употреба. Този контекст определя характерните за комуникативната ситуация теми, дейности и текстове, които стоят в основата на всяко съобщение при конкретния акт на общуване. Реално при овладяване на определен език обучаемият преминава през овладяване на комуникацията във всички или някои от посочените в Таблица 5 на CEFR контексти: личен, обществен, трудов/професионален, тясно професионален [25]. Всеки контекст се свързва с определени ситуации, за които трябва да се овладее определена тематика и определени видове текстове. Можем да кажем, че може да съществува относително самостоятелен етап в обучението за овладяване на общуването в един или друг контекст: в личния контекст, в обществения контекст и в професионалния контекст.

За да се осъществи езиковото обучение за комуникативни ситуации в професионалния контекст е важно да се определят темите, операциите, текстовете, лексичното богатство на дадения контекст. Подхождайки към темите в контекста на медицината, може да се използва голямото тематично богатство на медицинската област. Това изисква да се извърши подходящо структуриране на езиковото обучение за комуникация в медицината.

Тематиката във всеки от етапите на лечебния процес е прекалено голяма и не може да се изчерпа в езиков курс. Все пак възможно е да се използват краен и разумен брой етапи на лечебния процес, а всеки от тези етапи е обвързан с характерна/и/ комуникативна/и/ ситуация/и/. Така при прилагането на този подход се обхваща достатъчно голямо разнообразие от комуникативни ситуации при практикуването на медицина. Този подход се използва широко при създаване на курсове по комуникация за лекари, както показва анализът на консенсусните документи, създадени след проучвания в много европейски експертни екипи и от Европейската асоциация за комуникация в здравеопазването (EACH).

Съвременната езикова теория и практика е обогатила създаването на езикови програми и курсове с разнообразни подходи, които се базират на различен брой и вид критерии и съществуват опити да им бъде направена класификация. Fortanet-Gómez и Räisänen

предлагат седем основни вида програми, но отбелязват, че те са главно от два типа – ориентирани към продукта или ориентирани към процеса [116]. Към втория тип спадат всички програми, базирани на етапите на медицинския преглед или лечение.

Сред изследователите на езиковата комуникация, обаче, съществува консенсус, че е необходимо съдържанието на всяка съвременна езикова програма да включва и отчитане на комуникативните потребности на обучаваните специалисти, за които се подготвя курса [62, 89, 148]. Смята се, че експертното мнение при създаването на програми е наложително да бъде подкрепено с проучване на потребностите на обучаемите.

## **Изводи**

Езиковото обучение за медицински цели е насочено към създаване на умения за общуване в комуникативни ситуации, свързани с медицината и здравето. Communicative language teaching (CLT) е подход за създаване на комуникативна компетентност. При слабата му версия употребата на езика се разглежда като осъществяването на езикови функции, а при силната се фокусира върху осъществяването на задачи.

Целта на прилагането на CLT е да се развива комуникативната компетентност, като се следват комуникативният принцип (упражненията, които подчертават реалната комуникация, подкрепят ученето), принципът на поставянето на задачите (упражненията, при които езикът се използва, за да осъществи значими задачи, подкрепя ученето), и принципът на значението (смисленият език подкрепя принципа на ученето). Те ни насочват към възможността да се преподава в тясна връзка с реалната комуникация за осъществяване на значими медицински и здравни задачи, които придават смисъл на дейностите.

При комуникативния подход обучаемите се разглеждат като индивиди с уникални интереси, стилове, потребности и цели, които трябва да се вземат предвид в програми и материали. Това ни насочва към фокуса върху комуникативните потребности на обучаемите, които са изходна точка за определяне на целта и дизайна на учебната програма. За да се възползва от предимствата на различните видове материали, преподавателят трябва да търси взаимовръзката между реалиите на дадената професия, професионалните ѝ задачи и свързаните с тях текстове.

Принципите на CLT ни насочват към създаване на учебна програма по медицинска и здравна комуникация, която да се основава на смислена комуникация с използване на всички езикови умения за свободно изразяване, което да се усъвършенства на принципа на опита и грешката. При разработване на учебната програма може да се използва комуникативния подход, като се определи целта на курса, потребностите на учащите и се продължи с конкретизиране на дейностите.

Прилагането на комуникативния подход към професионалния контекст може да се постави на основата на начина, по който CEFR разглежда елементите на контекста на езикова употреба: локации, институции, лица, обекти, събития, дейности, текстове (Таблица 5 в CEFR). Контекстът на употреба е неразривна част от комуникативната ситуация. Всяка комуникативна ситуация се осъществява в даден контекст на езикова употреба. Този контекст определя характерните за комуникативната ситуация теми, дейности и текстове, които стоят в основата на всяко съобщение при конкретния акт на общуване.

За да се осъществи езиковото обучение за комуникативни ситуации в професионалния контекст е важно да се определят темите, операциите, текстовете, лексичното богатство на дадения контекст. Подхождайки към темите в контекста на медицината, може да се използва голямото тематично богатство на медицинската област.

За да се определи съдържанието на учебната програма на курса по комуникация в медицински университет е необходимо да се отграничат тематичните области в дадената медицинска специалност, които са с най-голямо значение. За преодоляване на прекалено широкото богатство от теми, може да се използва подходът за структуриране на учебната програма съобразно етапите на лечебния процес. Предимството на този подход е обвързването на всеки от етапите на лечение с определени комуникативни ситуации, което гарантира обхващането на по-разнообразни и съществени комуникативни актове. На основата на потребностите може да се създаде учебна езикова програма за комуникация, основана на реалистични задачи, тъй като ориентираният към задачи подход съответства на решаването на медицински проблеми, което е същностна част на медицинската професия.

## ГЛАВА ВТОРА

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА НАУЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

#### 2.1. Постановка на проблема

Европейската рамка подчертава значението на анализа на потребностите от комуникативно езиково обучение. Европейската образователна политика насочва към идентифициране на потребностите като основен компонент на образователните системи [92]. Така се оказва, че анализът на потребностите е задължителен първоначален етап на планиране и проектиране на курс по комуникация.

Тъй като следването на една ефективна учебна програма по комуникация е интегрална част от университетското образование в областта на медицината и здравеопазването, изследването на потребностите им от повишаване на уменията на бъдещите лекари за езикова комуникация с пациентите се превръща в необходимост. Общата европейска езикова рамка посочва директната връзка между потребностите на студентите и разработката на учебната програма. Основен принцип на Съвета на Европа е, че най-ефективните методи са „тези, които отговарят на потребностите на отделните обучаващи се съобразно техния социален контекст” [92]. По този начин, резултатите от проучването на потребностите на студентите могат да бъдат използвани за разработването на учебни задачи и дейности въз основа на комуникативни ситуации в медицината и здравеопазването. Нашата методология е насочена към изясняване на особеностите и тенденциите на комуникацията в медицината и здравеопазването и проучването на възможностите, потребностите, удовлетворението от и начините за повишаване на езиковите умения за комуникация на студентите в Медицински Университет-София с оглед създаване на Модел за повишаване на комуникативните умения и разработване на конкретни езикови комуникативни задачи за прилагане на Модела. Връзката на съдържанието на курса по комуникация с професионалната сфера на медицината и здравеопазването е централна за повишаване уменията на бъдещите лекари. Тя е пряко свързана с една от главните характеристики на студента и бъдещата му професионална реализация.

#### 2.2. Работна хипотеза

Към проучването пристъпваме, ръководени от следната **работна хипотеза**:

Въз основа на разработена система от европейски концепции за подобряване на комуникативните умения се правят системни и целенасочени усилия за постигане на консенсус относно съдържанието на обучението по комуникация на бъдещите лекари. Особеностите на комуникацията в медицината и здравеопазването и механизмите за ясно, разбираемо и етично езиково изразяване могат да се обобщят в Модел за повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари и разработване на конкретни езикови задачи, които да се използват за подобряване на езиковите умения при общуване с пациентите, основани на анализ на професионалните комуникативни потребности на студентите-медици.

### **2.3. Цел на научното изследване**

**Целта** на настоящата дисертационна разработка е следната: Въз основа на особеностите на комуникацията в медицината и здравеопазването да се създаде Модел за повишаване на езиковите умения за комуникация на бъдещите лекари с пациентите, който да се приложи чрез разработване на задачи за комуникация, характерна за взаимодействието с пациентите.

### **2.4. Задачи на изследването**

За постигане на тази комплексна цел си поставихме следните основни **задачи**:

1. Да се очертаят същността и особеностите на комуникацията в медицината и здравеопазването и проблемите на професионалните комуникативни умения на бъдещите лекари.
2. Да се обоснове необходимостта от използване на положителния опит на страните от ЕС при повишаване на комуникативните езикови умения и компетенции на професионалистите, включително в медицината и здравеопазването.
3. Да се проведе анкетно проучване на мнението на две групи студенти по медицина от Медицински университет-София: едната със студенти в началните години на следването (1 и 2 курс), а другата – в последните години на следването (4,5,6 курс), относно потребностите им от усъвършенстване на комуникативните умения, развитието на тези потребности по време на следването и начините за удовлетворяването им.

4. Да се създаде Модел за повишаване на комуникативните езикови умения, който да отразява особеностите и етапите на медицинския преглед и механизмите за ясно, разбираемо и етично по същността си изразяване с цел комуникация.
5. Да се разработят конкретни комуникативни задачи, при които механизмите за повишаване на езиковите умения да се приложат чрез езикови техники за обучението по комуникация с пациентите като следните: използване на повече глаголи, предпочитане на деятелния залог на глагола, използване на по-кратки и ясни фрази и изречения, а също и на по-кратки текстове, замяна на непознати и сложни думи или тяхното обяснение.
6. Да се разработят конкретни комуникативни задачи за характерни за общуването с пациентите дейности като вземане на решения и постигане на следване на предписаното лечение от пациента.
7. Да се осъществи експертна оценка на Модела за повишаване на езиковите комуникативни умения на бъдещите лекари чрез прилагане на метода Делфи.

## **2.5. Материал на проучването**

Поставените задачи послужиха за определяне на обекта на наблюдение, логическите и техническите единици и признаците им.

**Обект** на проучването, в съответствие с логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото, са комуникативните потребности на студентите – бъдещи лекари.

**Предмет** на изследването са значимите тенденции в потребностите и начините за повишаването на комуникативните езикови умения на бъдещите професионалисти.

**Логически единици** на проучването са студентите от Медицински университет-София. Броят на участниците в изследването е общо 495.

Студентите са обособени в две групи. Едната обхваща студентите от началните години на следването (1 и 2 курс), когато се провеждат повече задължителни и избираеми курсове, създаващи целенасочени езикови умения за общуване в професионалната сфера. Втората група е тази на завършващите студенти, за да се проучи как те

преценяват готовността си и езиковите си умения за общуване с пациентите при започване на професионалната си дейност. В първи и втори курс са анкетирани 291 души, а в четвърти, пети и шести курс са анкетирани 204 души.

Анкетираните студенти не бяха преднамерено подбрани. Събраната първична информация бе обработена и анализирана като бяха изработени статистически таблици, отразяващи съответните явления и тенденции по признаците на наблюдение, залегнали в анкетната карта.

**Техническа единица** на наблюдението е Медицински факултет в Медицински университет-София.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдение са свързани със специфичността на разработката. Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата.

При определяне на **времето и мястото** на наблюдението се позоваваме на това, че анкетното проучване със студентите в първи и втори курс е осъществено през 2015 и 2016 г., а това в четвърти, пети и шести курс – през 2016 и 2017 г. в Медицински факултет при МУ-София.

## **2.6. Методи за събиране и обработка на информацията**

За целите на емпиричното изследване бе създадена комплексна методика, включваща следните методи:

### Социологически методи:

- Документален метод – систематизиране и анализиране на информацията от литературните и документалните източници. Извършен е теоретико-критичен анализ на концепциите, опита и добрите практики на комуникацията за създаване на теоретичен Модел за повишаването на уменията за комуникация в медицината и здравеопазването. Анализирани са различни видове материали: 1. Чуждестранни и български литературни източници: монографии и научни публикации в специализирани журналы и резултати от научни изследвания и проучвания на мнението, които съдържат доказателствен материал и информация относно комуникативните

умения на специалистите в медицината и здравеопазването и тяхното усъвършенстване; 2. Международни и национални документи и доклади, съдържащи принципи, особености, експертно мнение относно обучението по комуникация на студентите в областите на медицината и здравеопазването; 3. Законов и подзаконов нормативни документи на европейско и национално ниво, регулиращи комуникацията в медицината и здравеопазването;

- Анкетен метод – пряко анкетно проучване. Изготвена и приложена е собствена анкетна карта за проучване на потребностите на студентите по медицина от повишаване на уменията за езикова комуникация с пациентите и на предпочитаните от студентите начини и методи за това. Данни за мнението на анкетираните са събрани чрез създадена за целта анкета, при която почти всички въпроси са от закрит тип с цел получаване на по-точна информация, която може да се обработи статистически.

В анкетата са използвани следните признаци на наблюдение:

- социални и демографски характеристики като възраст, пол, образование,
  - оценка на нуждата от усъвършенстване на комуникативните умения чрез целенасочено обучение,
  - възможности за повишаване на комуникативните умения чрез целенасочено обучение в медицинския университет,
  - удовлетвореност на респондентите от предоставените възможности за усъвършенстване на комуникативните умения.
  - мнение за предпочитани учебни методи, използвани за повишаване на комуникативните езикови умения.
- Експертна оценка по метода Делфи на разработения Модел. Дизайнът на Картата за оценка на Модела за повишаване на уменията за езикова комуникация от експертите е адаптация на дизайна на картата за експертна оценка на Европейската асоциация за комуникация в медицината и здравеопазването, използвана от Асоциацията при прилагане на метода Делфи. В Картата на Асоциацията се изследва мнението за основната учебна програма за обучение по комуникация, където са използвани затворени въпроси с отговори по Ликертовата скала. Използваната от нас Карта на експерта се базира на релевантните признаци на Модела за

усъвършенстване на уменията на бъдещите лекари за езикова комуникация, а именно, етапите на медицинската комуникация и езиковите комуникационни механизми. В нашата Карта също са използвани затворени въпроси с отговори по Ликертовата скала, а също и отворен въпрос, който дава възможност за изразяване и събиране на допълнителна информация за мнението на експертите относно Модела за повишаване на уменията за езикова комуникация.

### Статистически методи за обработка и анализ на данните от проучването

#### ➤ Описателни методи и оценъчни методи

а. Честотен анализ на качествени променливи (номинални и рангови), който включва абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти), кумулативни относителни честоти (в проценти).

б. Графични изображения за анализ на данните и последващи диаграми за онагледяване на обобщенията.

#### ➤ Методи за проверка на хипотези

а. Непараметрични методи - Метод хи-квадрат (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test) – търсене на връзка между две качествени променливи. Използваното тук критично ниво на значимост е  $\alpha = 0.05$ . Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от  $\alpha$ .

Данните от проучването са обработени с помощта на версията на SPSS – SPSS for Windows 13.0.

## **2.7. Организация на проучването**

### Етапи на изследователския процес:

#### **А. Подготвителен етап.**

- Критичен анализ на научната литература по темата. Проучване на националния и европейския опит в областта на комуникативните умения на професионалистите в медицината и здравеопазването и тяхното усъвършенстване.
- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на контингента и формиране на отделните гнезда по случаен принцип.
  - ***Подготовка за провеждане на същинското изследване:***
    - ✓ **Отпечатване и размножаване на анкетните карти и въпросници, адресирани към основните групи респонденти.**

## **Б. Изследователски етап – събиране на данни.**

- ***Провеждане на емпиричното изследване:***

За осъществяване на анонимност при проучването бяха подготвени и запечатани кутии, поставени на подходящи места за внасяне на попълнените анкетни карти. С оглед игнориране на социалната желателност в инструкцията е отбелязано, че изследването е анонимно и е с научна цел. Бяха създадени необходимите условия и анкетирането протече по предварително установената програма.

Основен критерий при подбора на изследваните лица в това проучване е доброволно изявеното им желание за участие. Може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока поради анонимния характер на изследването, както и поради напълно доброволния характер на участие.

- ***Анализ и статистическа обработка на получените резултати.***
  - ✓ След получаване на резултатите от изследването те бяха въведени във файлове, които след това бяха подложени на математико-статистическа обработка.

## **В. Заключителен етап:**

- ✓ Формулиране на научно обосновани изводи и практически препоръки за оптимизиране на обучението на бъдещите лекари за усъвършенстване на езиковите им умения.

- ✓ Разработване на Модел за повишаване на комуникативните езикови умения, който да отразява особеностите и етапите на медицинския преглед и механизмите за ясно, разбираемо и етично по същността си изразяване с цел комуникация.
- ✓ Разработване на конкретни комуникативни задачи, при които механизмите за повишаване на езиковите умения да се приложат чрез езикови техники за обучението по комуникация с пациентите.
- ✓ Осъществяване на експертна оценка на Модела за повишаване на езиковите комуникативни умения на бъдещите лекари чрез прилагане на метода Делфи.

## ГЛАВА ТРЕТА

### **РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ НА СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ПРЕДПОЧИТАНИЯТА НА СТУДЕНТИ – БЪДЕЩИ ЛЕКАРИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ ИМ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ**

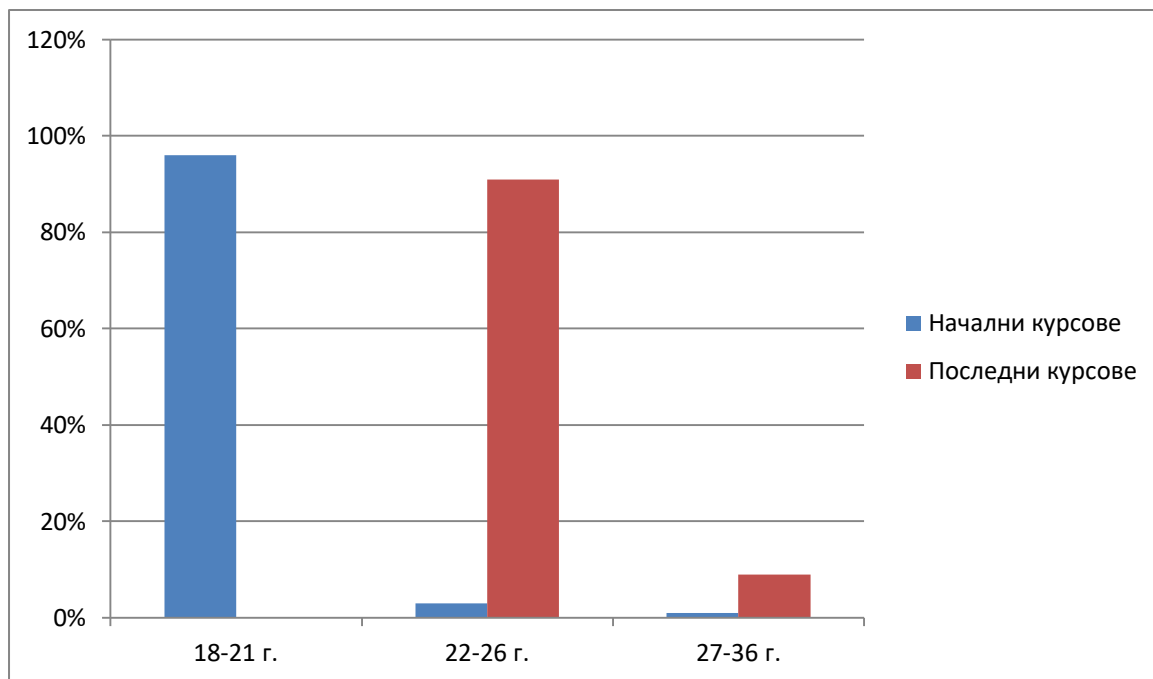
Настоящото проучване очертава и обобщава резултатите от анализа на потребностите от повишаване на уменията на бъдещите студенти в Медицински Университет- София за езикова комуникация с пациентите.

#### **3.1.Социодемографска характеристика на респондентите**

Проучването на потребностите е проведено със студенти от Медицински Университет-София. Сравнени са потребностите на студентите от началните години на следването (1 и 2 курс) с тези на студентите в последните години на следването (4, 5, 6 курс). Анкетната карта е попълнена от двете групи респонденти.

Първата група анкетирани студенти са 291 студента от първи и втори курс. Втората група анкетирани са 204 студента от четвърти, пети и шести курс.

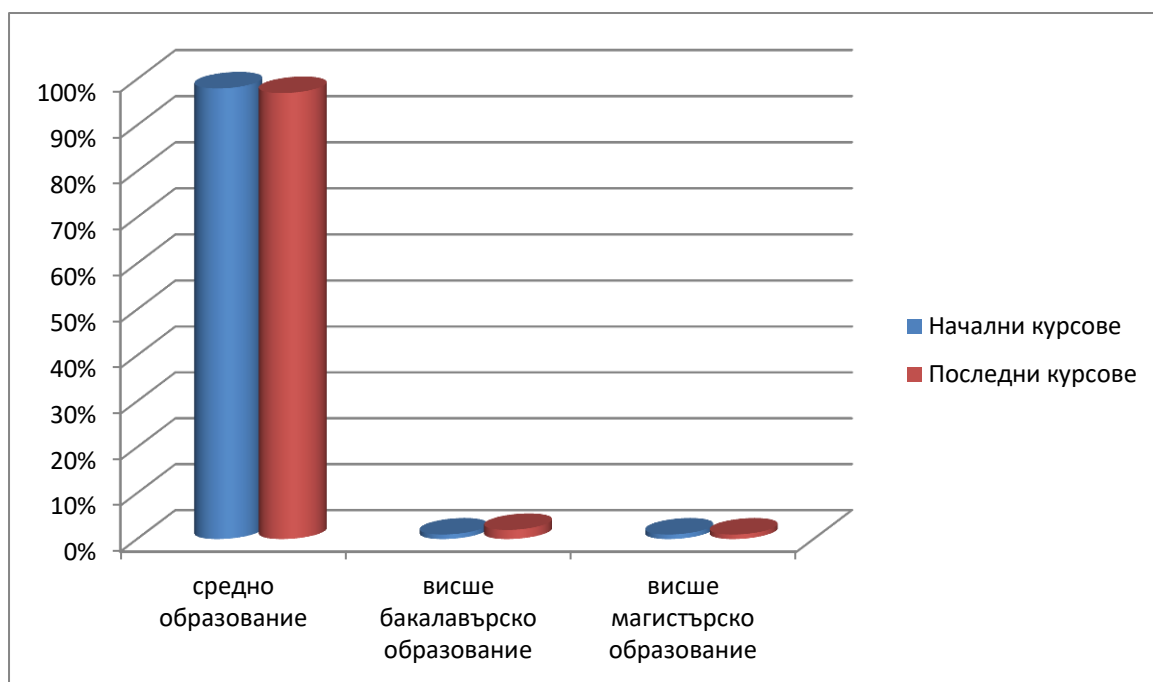
Анкетираните от първа група са разпределени в три възрастови групи: 281 студенти са от 18-21 г., а осем – от 22-26 г. и двама – от 27 до 36 г. В групата на студентите от последните курсове разпределението по възрастови групи е както следва: 185 студенти са от 22-26 г., а 19 - от 27 до 36 г.



Фиг. 1. Възрастов състав на анкетираните студенти от началните и последните курсове на следване

В последните курсове естествено възрастта на студентите расте. Важно е да се отбележи, че и в двете групи има незначителен процент от студенти във възрастовата група от 27 до 36г. някои, от които може да имат и някакво завършено висше бакалавърско или магистърско образование.

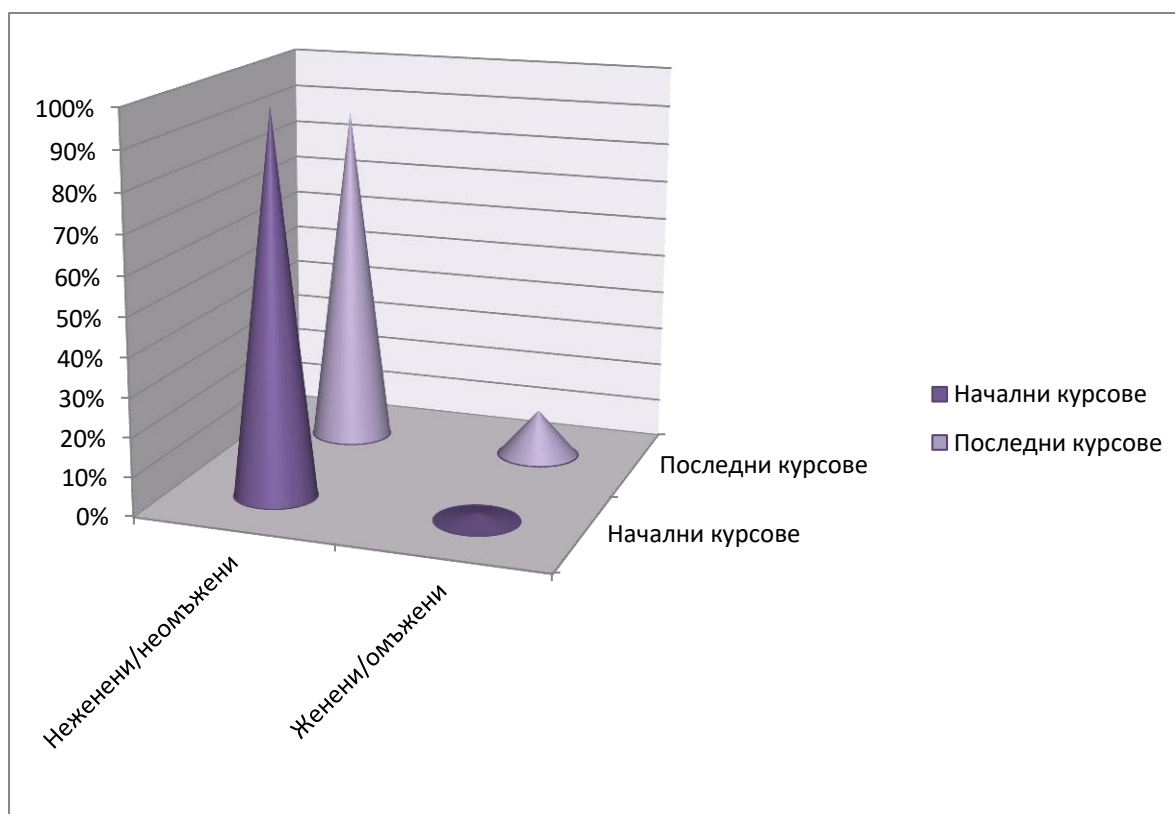
Големият процент от анкетираните от първата група са със средно образование (97.9%), а малък процент са с висше бакалавърско (1.3%) или магистърско образование (0.8%). Мнозинството анкетирани студенти от последните курсове са със завършено средно образование - 95.7 %, а с висше бакалавърско и висше магистърско са съответно 2.4% и 1,9%.



Фиг. 2. Образование на анкетираните студенти от началните и последните курсове на следване

Очаквано нивото на образование на студентите в началните и в последните курсове е много сходно, тъй като обучението по медицина надгражда над средното и завършва с получаване на магистърска степен.

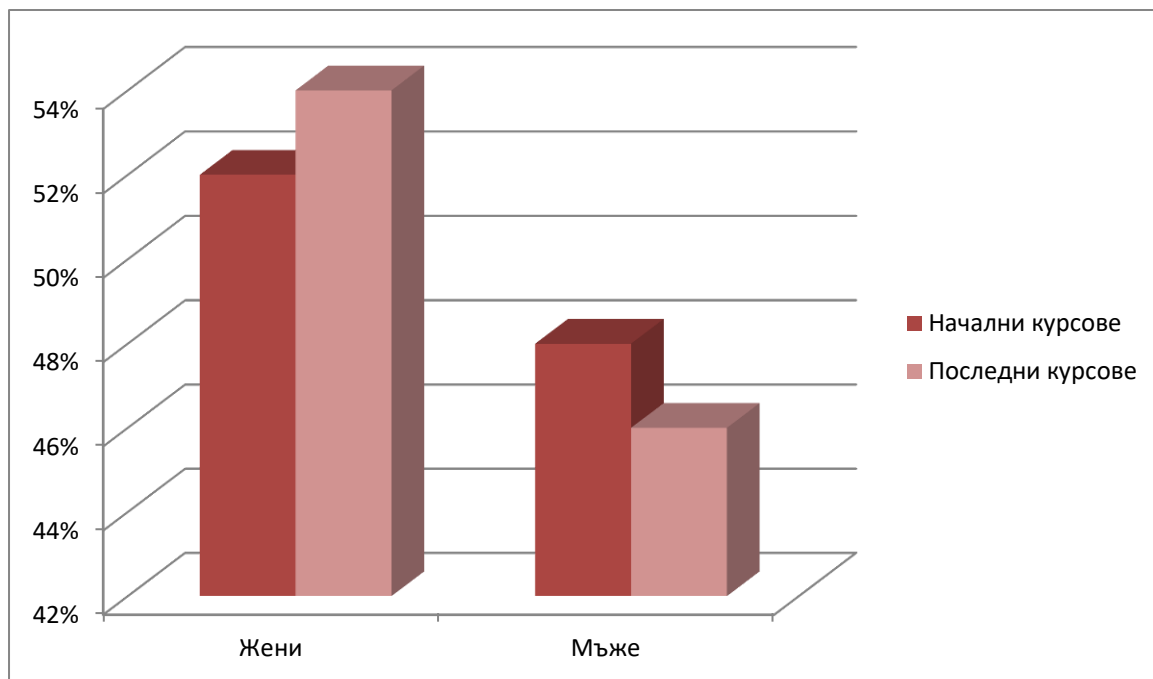
По отношение на семейното си положение преобладаващата част от първата група, обхващаща студенти от началните курсове, са неженените/неомъжените (98,2%) и един незначителен процент са женените/омъжените (0.8%). В последните курсове неженените/ неомъжените са 87.75%, а 12.25% са женени/ омъжени.



Фиг. 3. Семейно положение на анкетираните студенти от началните и последните курсове на следване

В началните курсове естествено процентът на неженените/ неомъжените е изключително висок. В последните курсове слабо нараства процентът на женените/ омъжените. Така извадката на анкетираните студенти отразява семейното положение при мнозинството студенти по медицина.

В началните курсове студентите-жени, участвали в проучването, имат лек превес като процент над мъжете (51.9% жени срещу 48.1% мъже). Жените от втората група студенти, тези от последните курсове, попълнили анкетата, са 53.4%, а мъжете са 46.6%.



Фиг. 4. Разпределение по пол при анкетираните студенти от началните и от последните курсове

Разпределението по пол в двете анкетиранни групи е почти еднакво, с разлика от един-два процента при жените и съответно, при мъжете. Това сходство на разпределението по пол в двете извадки предотвратява изкривяване на мнението в едната или другата група, което да се дължи на този признак.

Анализът на социодемографските характеристики на анкетираните студенти показва, че за тях като цяло са характерни особеностите на студентите, изучаващи медицина.

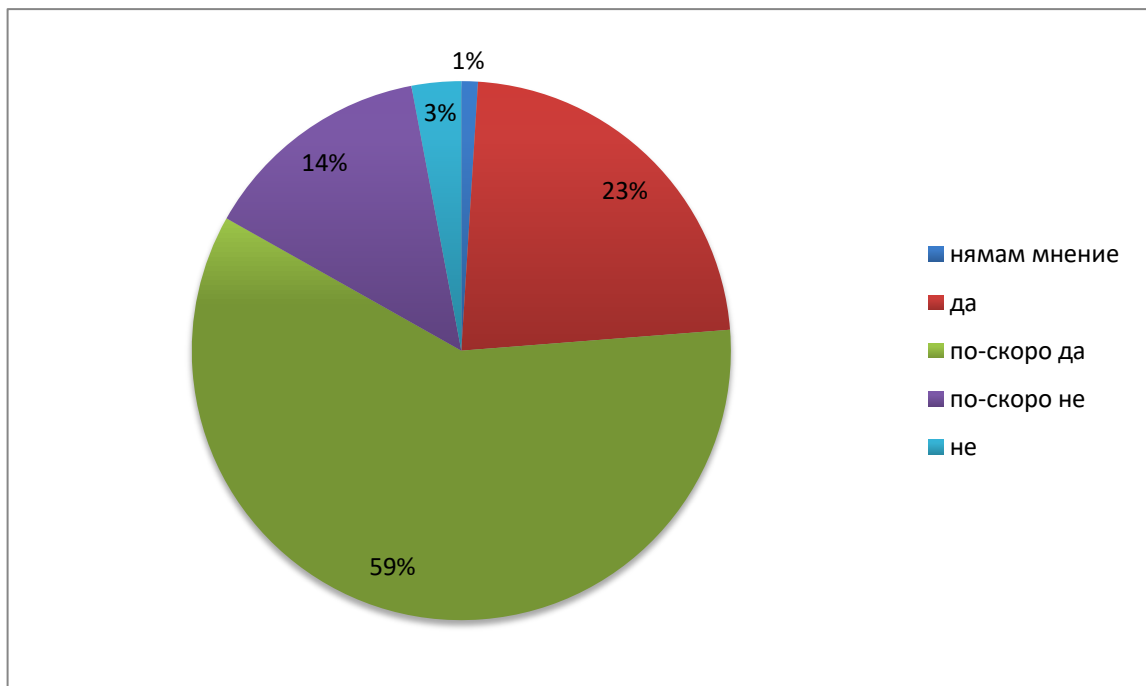
### **3.2. Анализ и дискусия на резултатите от анкетното проучване на студентите от първи и втори курс**

#### ***Влияние на комуникацията върху процеса на лечение и възстановяване***

Въпрос 5 има за цел да проучи мнението на респондентите относно връзката между комуникацията на медицинските и здравни професионалисти и пациентите и процеса на лечението и възстановяването. Научните изследвания са потвърдили съществената роля на комуникацията върху успеха на лечението по отношение на следване на препоръките, съкращаване на времето за лечение, по-бързото възстановяване и по-ниските разходи за обществото. Тази връзка, обаче, зависи в голяма степен от това

доколко специалистите осъзнават значението на комуникацията в общия ход на лечебния процес, което обуславя и включването на този въпрос в анкетата.

Отговорите показват, че респондентите са избрали най-вече „по-скоро да“ и „да“ (общо 82.4%), което сочи една относително висока степен на осъзнаване на значимостта на комуникацията.

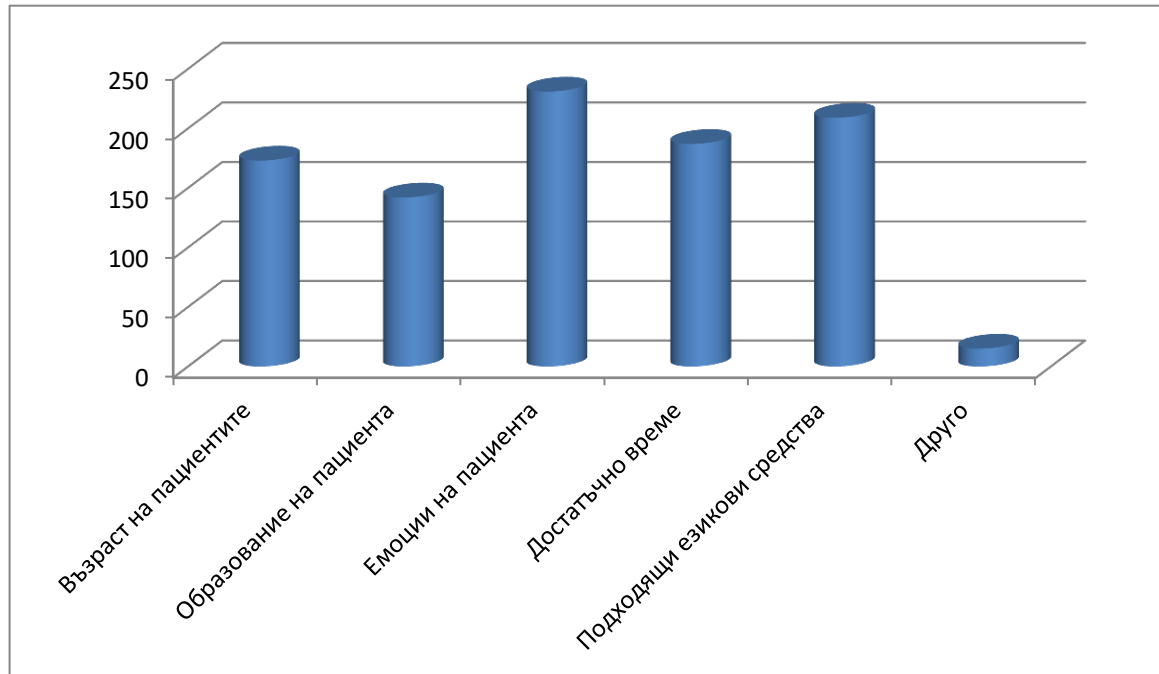


Фиг.5. Влияние на комуникацията върху процеса на лечение и възстановяване

#### **Фактори на комуникацията с пациента**

Въпрос 6 проучва кои според респондентите са съществените фактори за комуникация на лекарите с пациентите и близките им. Като най-значими студентите са посочили психичното и емоционално състояние на пациента и близките му (231 от общо 291 анкетиращи). На второ място се поставя използването от професионалиста на подходящи езикови техники и средства за общуване (209 от общо 291 анкетиращи). Следват „възможности на професионалиста за отделяне на достатъчно време за комуникация“ (187), „възраст на пациента“ (173) и „образование на пациента“ (142). Емпиричните данни сочат, че мнозинството от респондентите избират повече от два фактора като влияещи върху комуникацията, което свидетелства за това, че те осъзнават комплекса от фактори в общуването в медицината и здравеопазването. Статистически

значими зависимости между паспортните данни и мнението относно факторите на комуникация с пациентите не се установяват.

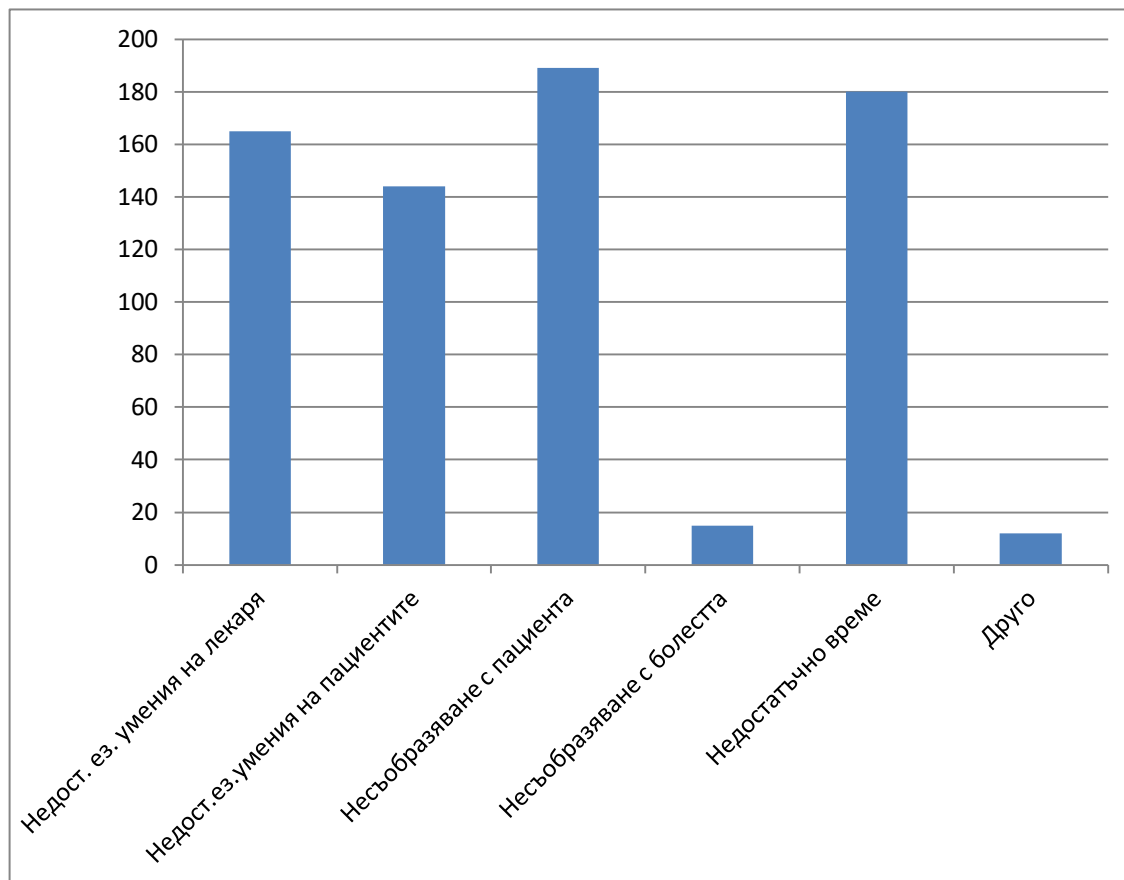


Фиг.6. Фактори на комуникацията с пациента

### ***Проблеми в комуникацията между лекарите и пациентите***

Въпрос 7 проучва какви са най-изявените проблеми в комуникацията между лекарите и пациентите. Като най-съществен проблем респондентите посочват „несъобразяване с особеностите на пациента“ (189 души или 64.9% от всички отговорили), а по-нататък - „отсъствие на достатъчно време за комуникация“ (180 отговорили или 61.8%), „недостатъчни комуникативни умения на лекарите“ (165 души или 56.7%). Прави впечатление, че „недостатъчни комуникативни умения на пациентите“ са посочили 144 души или 49.4%, което е един висок процент. На този аспект на комуникацията се обръща особено внимание в развитите страни, където както високите технологии, така и високата цена на медицинското обслужване фокусира вниманието и върху другия участник в комуникацията – потребителя на медицински и здравни услуги. От пациента се очаква да има умения за целенасочено и информативно общуване с лекаря и съществуват уебсайтове и насоки за това (<https://familydoctor.org>,

<https://www.nia.nih.gov>, <https://www.webmd.com/men/features/tips-for-a-successful-doctor-visit#1>).

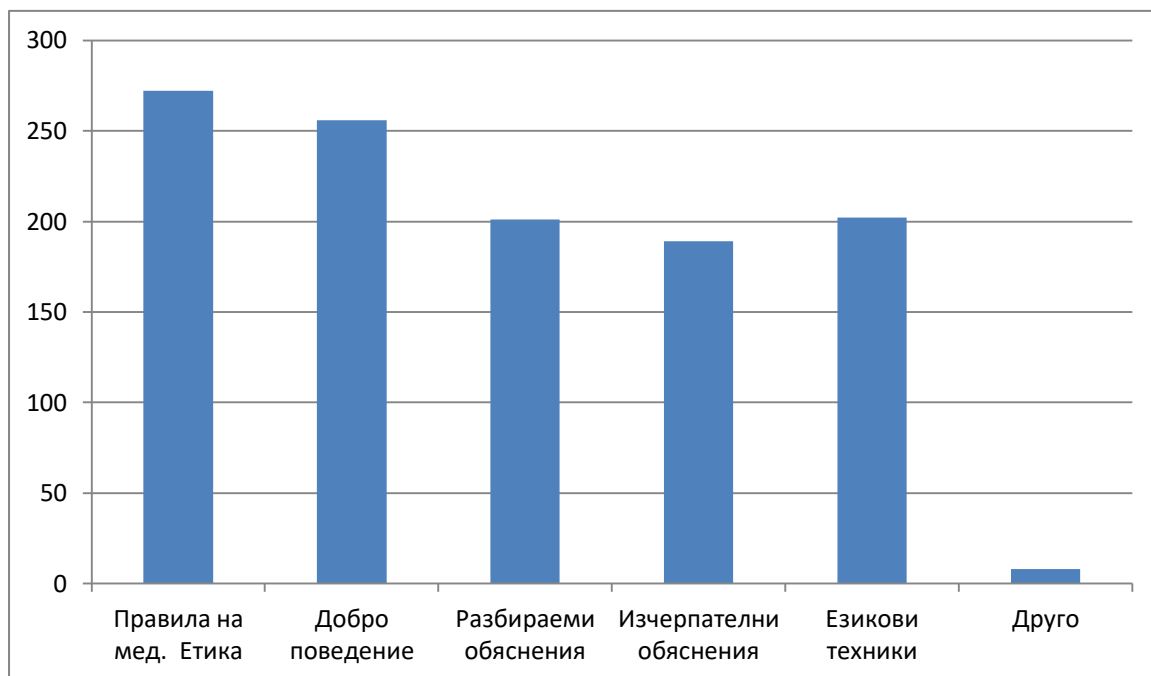


Фиг. 7. Проблеми в комуникацията между лекарите и пациентите

### ***Начини за подобряване на комуникацията с пациента***

След изясняване на подреждането на проблемите на комуникацията с пациента по важност, преминаваме към проучаване на мнението на респондентите за това как може да се постигне по-добро общуване, като отново на респондентите е дадена възможност да изберат повече от един отговор. Правилата на медицинската етика и тяхното спазване се смятат от студентите за основен инструмент за преодоляване на проблемите в общуването в сферата на медицината и здравеопазването и са отбелязани от 272 от общо 291 отговорили. Близък до този е отговорът „да се спазват правилата на доброто поведение“ (256 от 291), който се нарежда на второ място по значимост според анкетираните.

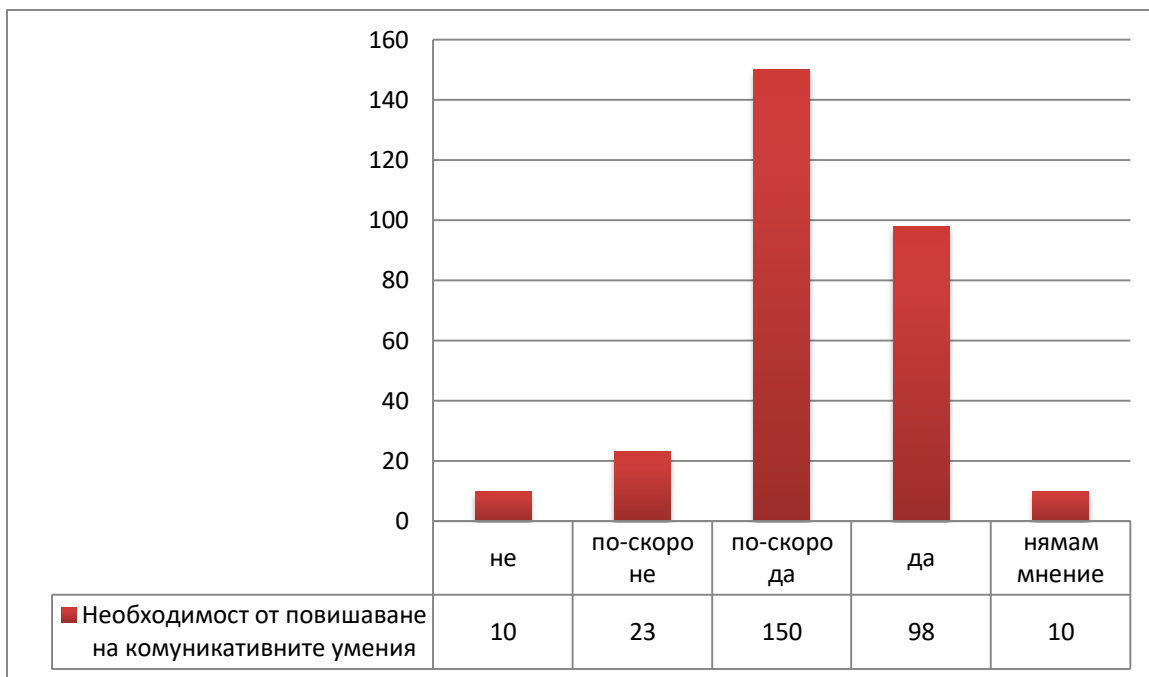
С доста високи и почти равни резултати са посочени „познаването на различни езикови техники за подходящо изразяване“, „разбираемите обяснения“ и „изчерпателните обяснения“ (избрани са от около две трети от всички анкетирани). Последните отговори свидетелстват за важността на обучението за подходящо езиково изразяване.



Фиг. 8. Начини за подобряване на комуникацията с пациента

### ***Необходимост от повишаване на комуникативните умения***

В отговор на въпрос 9. Изпитвате ли необходимост от упражняване на езиково общуване с цел по- лесна, бърза и ефективна комуникация с пациентите?, мнозинството от респондентите отговаря с „по-скоро да“ и „да“. Интересен е фактът, че почти всички респонденти с висше бакалавърско или магистърско образование (въпреки малкия им брой) са отговорили утвърдително на този въпрос. Тази особеност е видна от съществуващата статистически значима зависимост между мнението на анкетираниите за необходимостта от повишаване на комуникативните умения и нивото на образование на анкетираниите ( $P < 0.01$ ).



Фиг. 9. Необходимост от повишаване на комуникативните умения

***Необходимост от целенасочено обучение за повишаване на комуникативните умения***

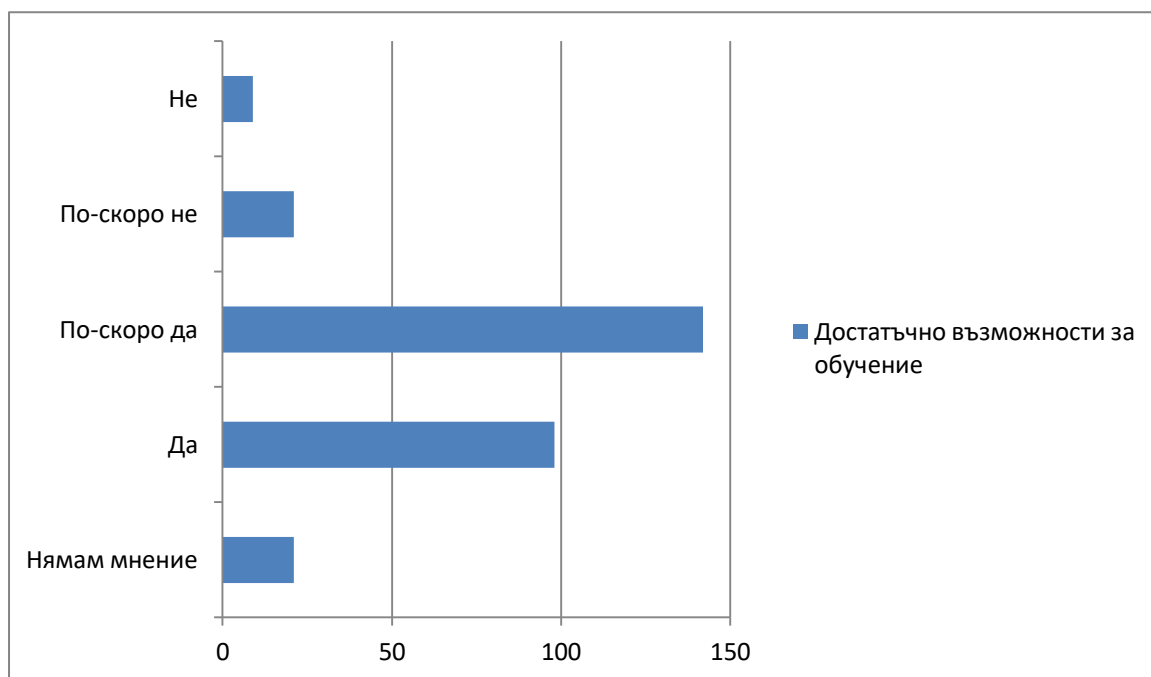
Мнението на респондентите относно това дали смятат, че могат да се справят с всякакви комуникативни ситуации в бъдещата си работа, без да получат обучение и тренинг за общуване с пациентите (Въпрос 10.) показва, че по-голямата част от анкетираните отговарят отрицателно. 25.5% отговарят с категоричното „не”, 39.7% - с „по-скоро не. Само 23.4 % отговарят с „по-скоро да” и 6.9% - с „да“. Това показва убедително, че студентите разбират необходимостта от подготовка за подобряване на уменията си за общуване чрез специално целенасочено обучение, където да тренират различни ситуации и езиковото общуване при тях. Статистически значими зависимости между личните данни и възможностите за справяне без курс не се установяват.

Таблица 1. Възможностите за справяне с комуникацията без курс

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен Процент
Възможности за справяне без курс	0 не	74	25,4	25,5	25,5
	1 по-скоро не	115	39,5	39,7	65,2
	2 по-скоро да	68	23,4	23,4	88,6
	3 да	20	6,9	6,9	95,5
	4 нямам мнение	13	4,5	4,5	100,0
	Общо	290	99,7	100,0	
	Не дали отговор	1	,3		
Общо		291	100,0		

***Достатъчно възможности за обучение с цел повишаване на комуникативните умения***

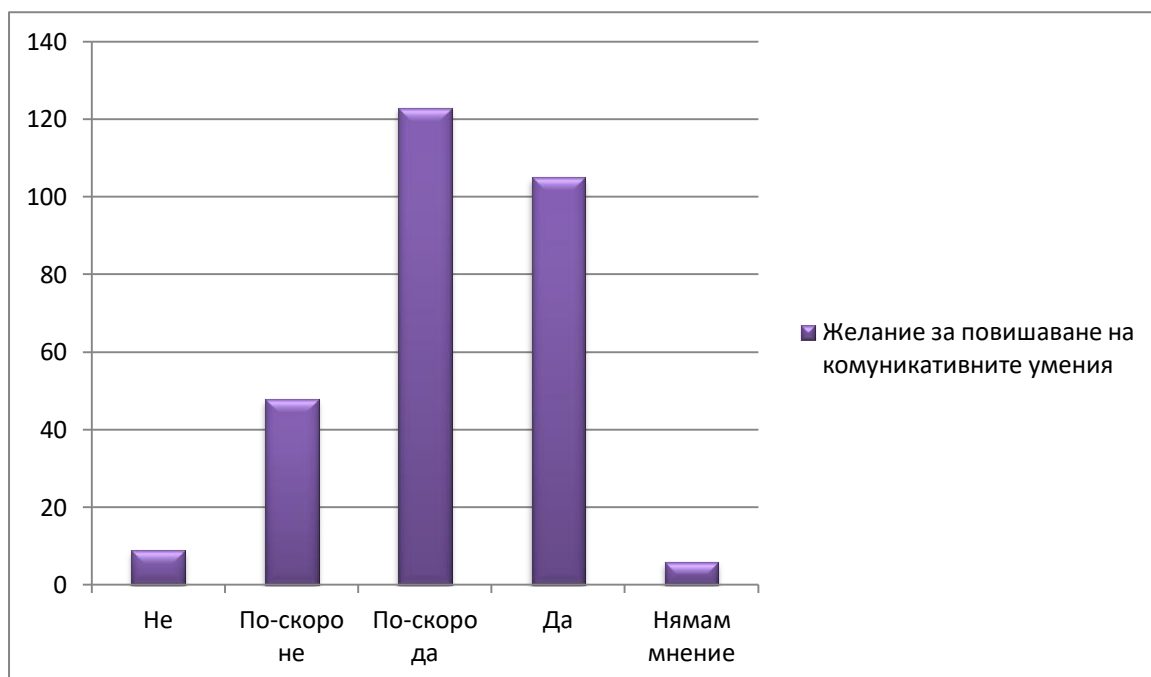
В същото време въпрос 11. Дали учебният план и програми на университета Ви предоставят достатъчно възможности за обучение за бъдещата Ви комуникация с пациентите? също получава предимно отговори „да“ (98 души) и „по-скоро да“ (142 души). Разпределението по останалите отговори е както следва: „не“ – 9, „по-скоро не“ – 21, нямам мнение – 21.



Фиг. 10. Достатъчно възможности за обучение с цел повишаване на комуникативните умения

### ***Желание за повишаване на комуникативните езикови умения***

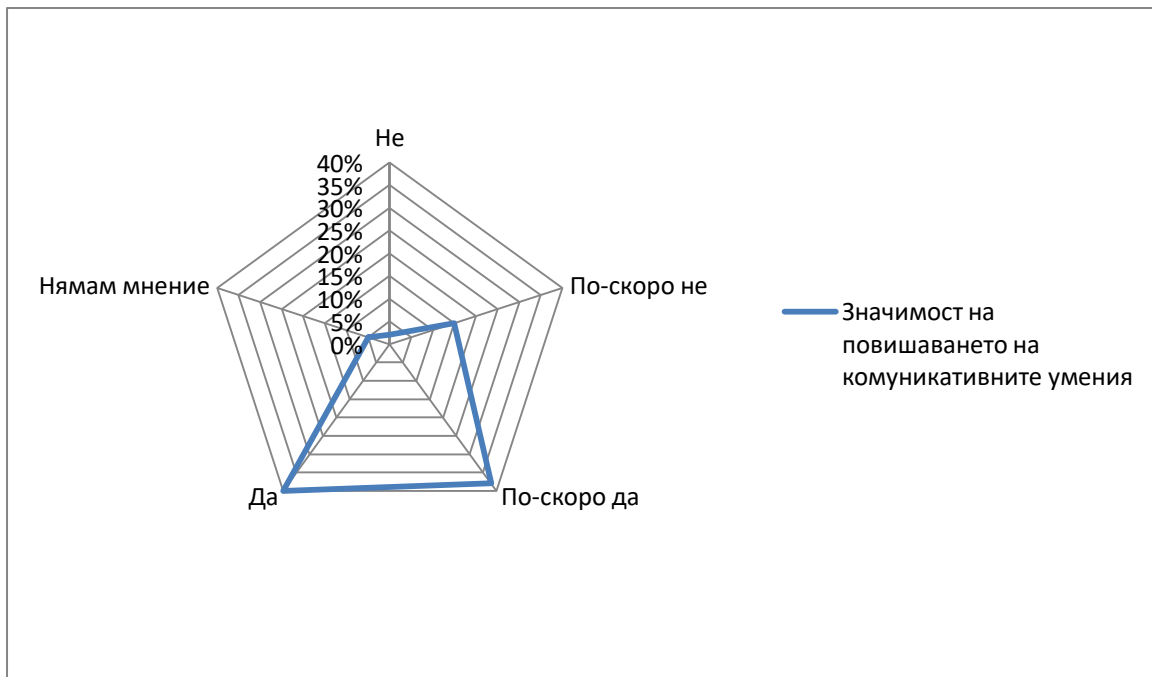
Потвърждение на реалните нагласи на студентите да повишават уменията си за комуникация с пациентите са проучени с въпрос 12. Ако курсът по комуникация с пациентите не е задължителен, бихте ли избрали да го посещавате? Отговорите на този въпрос дават възможност да се разбере доколко съзнателно и по собствена воля студентите биха посещавали комуникативен курс и биха пожелали да повишат комуникативните си умения за работа с пациенти. Положителните им отговори (да - 105, по-скоро да – 123 при 291 отговорили на въпроса) показват необходимостта комуникативни езикови курсове да продължат да присъстват в задължителната програма и в набора от избираеми модули. В отрицателния край на спектъра на отговорите са „по-скоро не“ – 48 и „не“ - 9 души. Те съставляват, съответно, 16.5% и 3%, което показва, че все още около една пета от всички студенти трябва да бъдат убедени в това, че трябва реално да предприемат стъпки за подобряване на комуникативните си умения чрез обучение.



Фиг.11. Желание за повишаване на комуникативните езикови умения

### ***Значимост на повишаването на уменията за комуникация с пациентите***

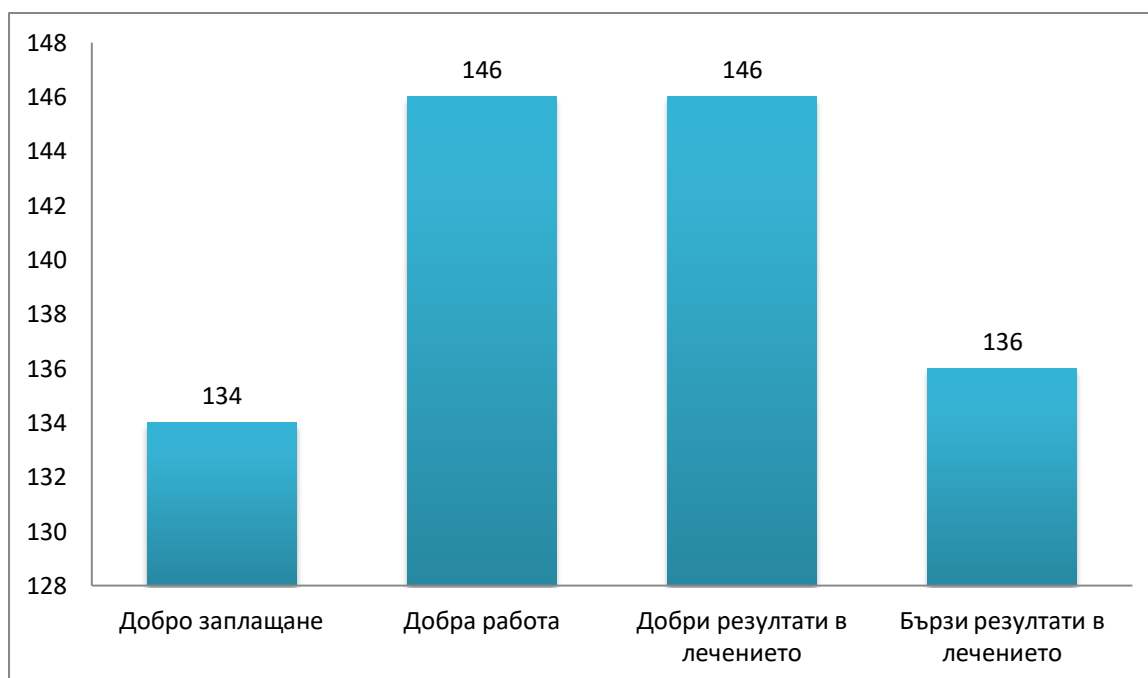
Мнението на респондентите за важността на комуникативните курсове за бъдещата професионална реализация се потвърждават от резултатите от въпрос 13, като графиката ясно показва тенденцията към признаване на значимостта на комуникативните умения.



Фиг.12. Значимост на повишаването на уменията за комуникация с пациентите

### *Мотивация за повишаване на уменията*

Въпрос 14 разкрива мотивацията за интереса и желанието на студентите да повишават комуникативните си умения. Мотивацията е тясно свързана с „всички звена на обучението” [43] и е тясно свързана с потребностите на студентите от определен тип комуникативни задачи и дейности.



Фиг. 13. Мотивация за повишаване на уменията

Когато отговарят на Въпрос 13, отговори „по-скоро да“ и „да“ дават 77.6% от всички анкетиращи от началните години на следване (226 души). Във Въпрос 14 проучваме тяхната мотивация да определят повишаването на комуникативните умения като значимо. От тези, които са отговорили утвърдително на предишния въпрос 64.6% (146 души) посочват, че овладяването на умения за комуникация с пациента се свързва с получаване на по-добри възможности за добра работа в бъдеще и 59.3% (134 души) - с добро заплащане. Това разкрива определена инструментална ориентация [121], свързана с практически ползи, по отношение на обучението по комуникация, което се разглежда като предпоставка за постигане на целите на професионалната кариера и развитие.

Показателно е, че голяма част от отговорилите на този въпрос смятат, че добрите комуникативни умения ще им помогнат да бъдат по-ефективни в работата с пациентите: 64.6% (146 души) - за по-добри резултати и 60.2% (136 души) за по-бързи резултати в лечението. Това схващане показва, че още в началните курсове на университетското си образование студентите вече размишляват за необходимостта от подобряване на резултатите от лечението и са добре мотивирани да се подготвят за него. Тези резултати логически се свързват с високия процент респонденти, заявили

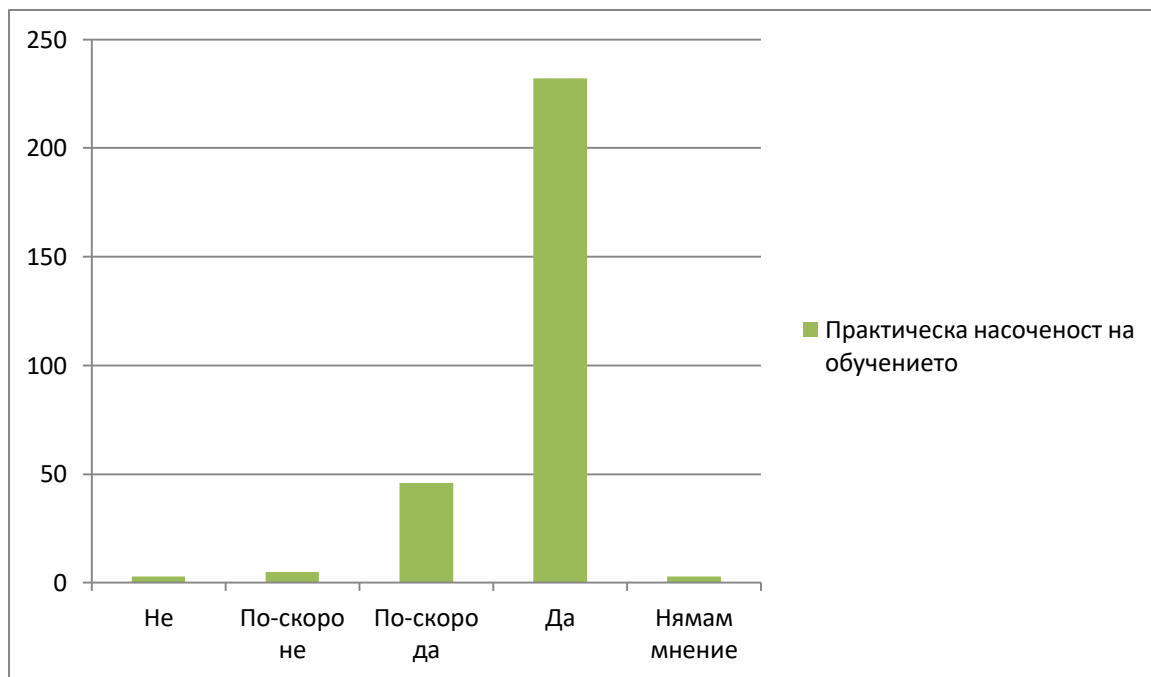
желание да участват в комуникативно обучение (въпрос 12, проучващ желанието за подобряване на комуникативните умения чрез целенасочено обучение).

Анализът на разпределението на отговорите на въпроса, проучващ мотивацията, разкрива, че всеки анкетиран е посочил средно 2.48 отговора. Това обстоятелство доказва, че респондентите са водени от комплексна мотивация при желанието и усилията за подобряване на комуникативните си умения, като се разкрива както алтруистична, така и инструментална мотивация.

### *Тенденции в предпочитаните учебни методи за повишаване на комуникативните езикови умения*

#### *Практическа насоченост на обучението за комуникация*

Със следващите въпроси проучваме какво е отношението на студентите към избора на комуникативни езикови стратегиите и задачи. Различните студенти учат по различен начин, така че е изключително важно, според Хъчинсън и Уотърз, да се определи "какво обучаващите се трябва да направят, за да научат" [151]. Отговорите на въпрос 15 потвърждават желанието на студентите за повече практическа насоченост на обучението по медицинска и здравна комуникация, като с твърдо „да“ отговарят 232 души (79.7%) от отговорилите на въпроса. Резултатите от този въпрос могат да се използват за определяне на подходящо съотношение между теоретична и практическа част при обучението по комуникация.

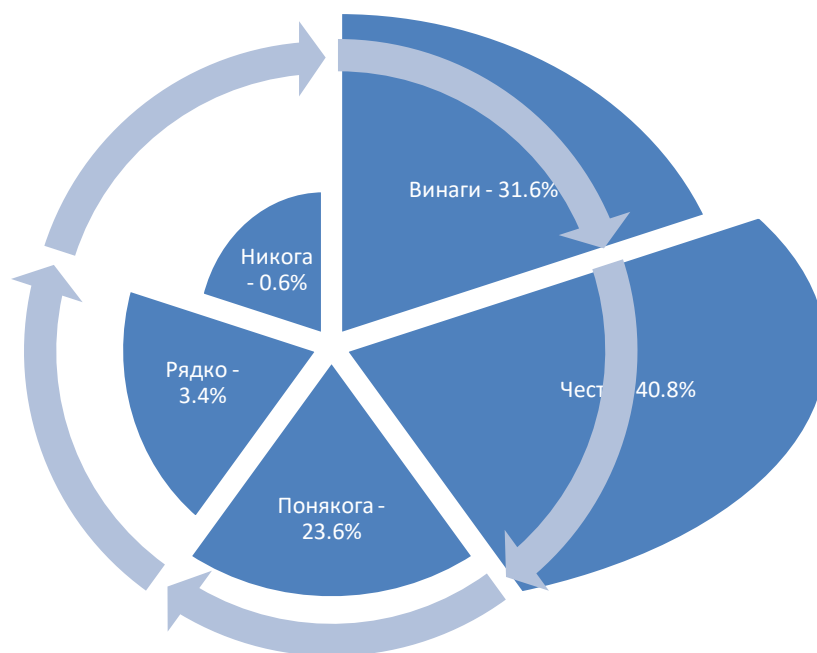


Фиг. 14. Практическа насоченост на обучението за комуникация

### *Предпочитания към груповата работа*

Когато бяха попитани дали предпочитат индивидуална работа или работа в група, на студентите бе дадена възможност да изберат и двата вида езикова работа и много от тях го направиха. Не е изненадващо, че данните от анкетната карта показват, че за 78% работата в група е благоприятен контекст за обучение, а 68.7% са посочили индивидуалната работа (Въпрос 16). Студентите вече имат достатъчно опит от езиковата си подготовка в училище и смятат груповата работа за естествена при обучение за комуникация. В този въпрос на студентите бе дадена възможност да посочат повече от един отговор. Високият процент студенти, посочили индивидуалната работа като друг тип предпочитана организация на учебната работа, показва необходимостта от баланс в различните подходи към създаване на комуникативни умения.

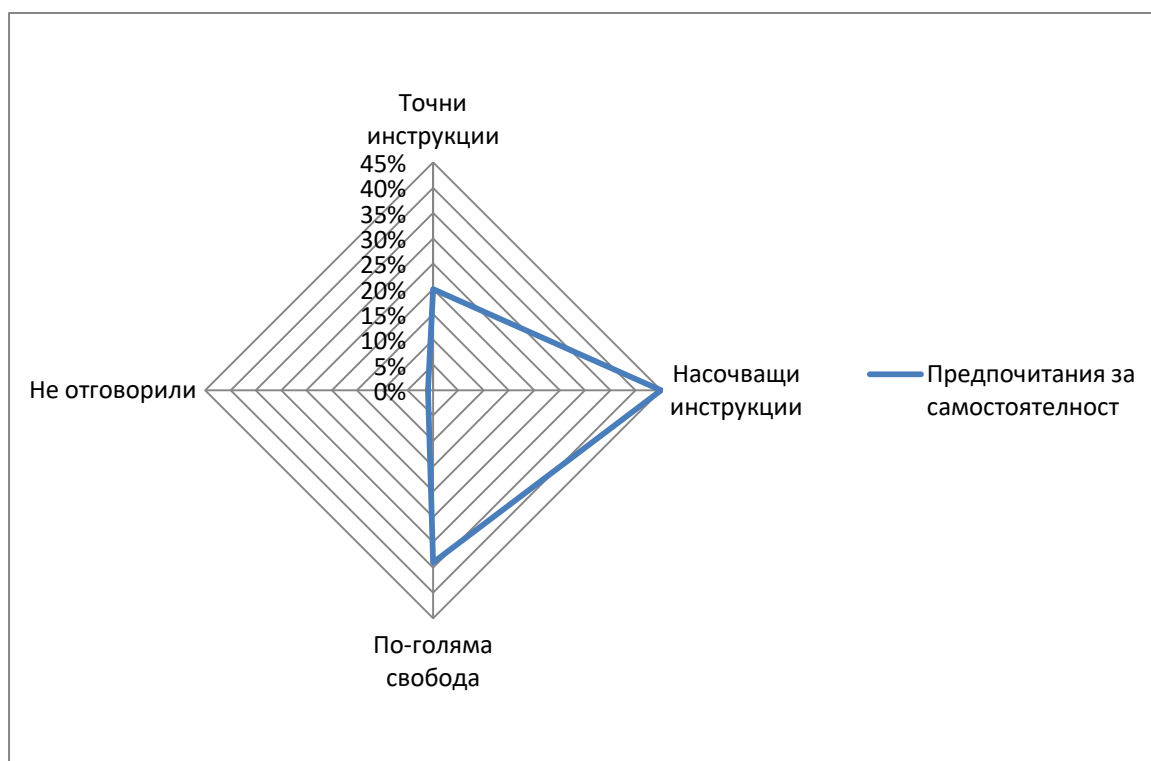
Въпрос 17 затвърждава данните за предпочитанията към груповата работа. Той разкрива, че 31.6% от студентите винаги предпочитат груповата работа по комуникация, а 40.8% - често. Това показва, че предпочитанията при комуникативен курс са за групови дейности, което се определя и от характера на комуникацията.



Фиг. 15. Предпочитания към честотата на груповата работа.

### ***Предпочитания към по-голяма самостоятелност в практическото обучение***

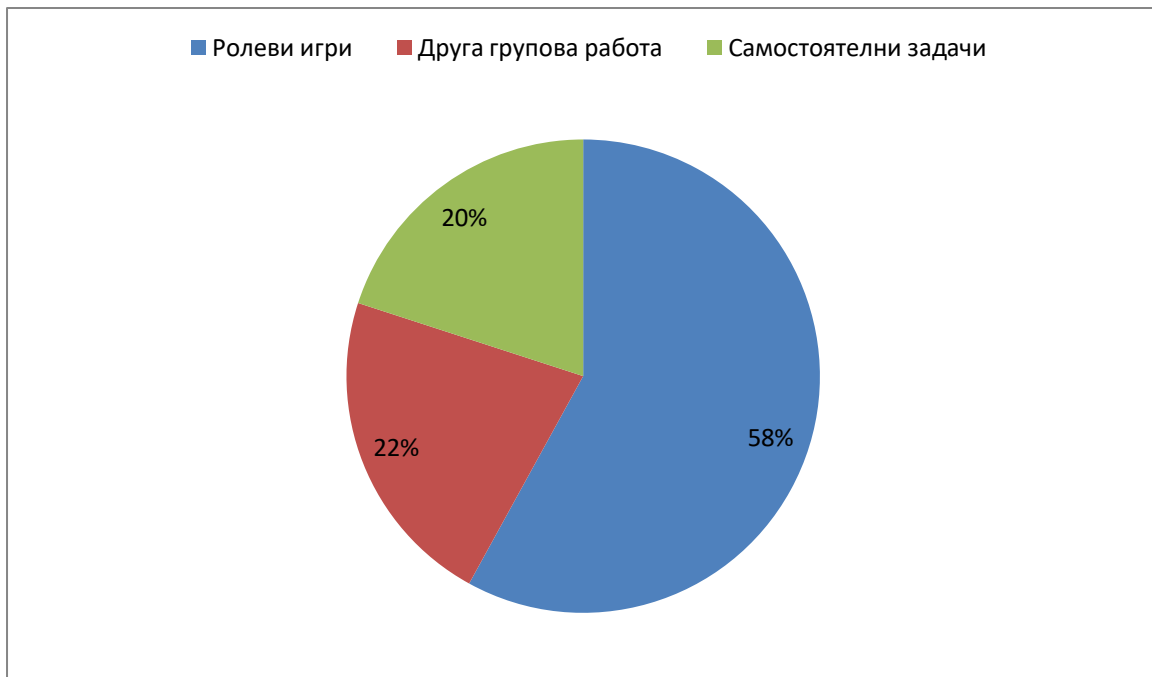
Отговорите на Въпрос 18 показва, че студентите се стремят към групова работа, а същевременно и към по-голяма автономност за вземане на решенията при подготовката си за повишаване на комуникативните умения. Най-голям процент (44.7% от всички анкетиращи) студенти предпочитат, когато преподавателят дава само някои насочващи инструкции относно това какво се очаква и оставя студентите да завършат задачата сами. Висок е процентът и на желаещите още по-голяма самостоятелност (34.4% от всички анкетиращи).



Фиг. 16. Предпочитания към по-голяма самостоятелност в практическото обучение

### ***Предпочитания към ролеви игри с реалистичен контекст***

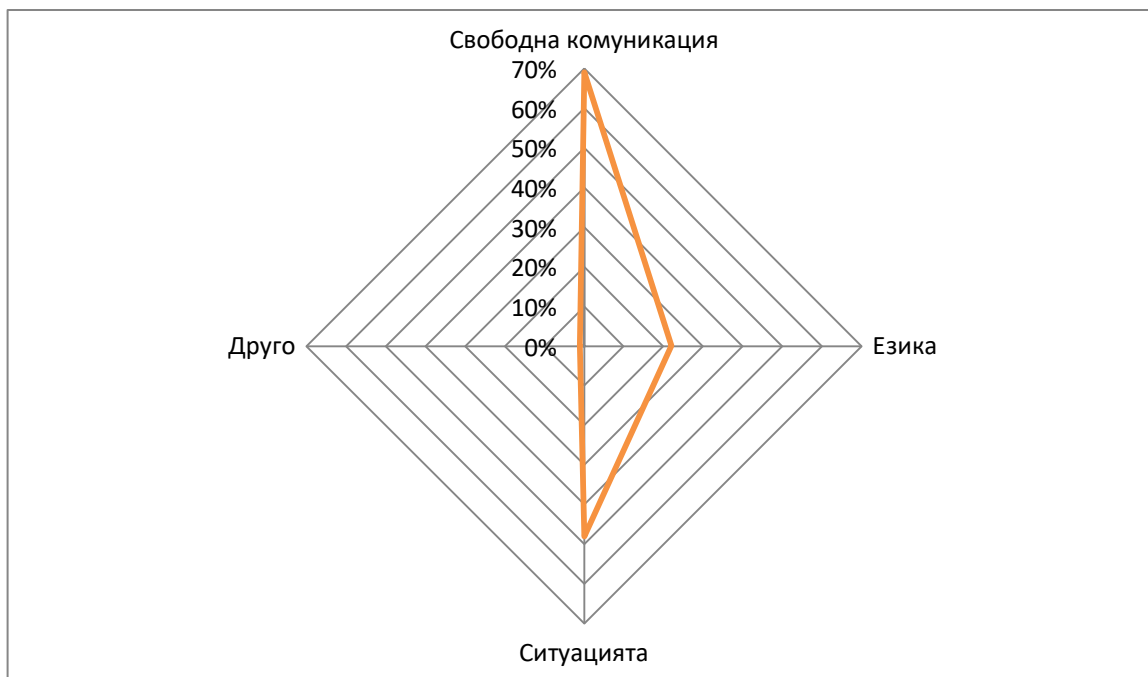
Голяма част от студентите, 58%, предпочитат ролевите задачи, които по същество са вид групова работа (въпрос 19). Важно е, че ролевите задачи обикновено са с реалистичен контекст, което също е важна особеност, която води до оценката за тяхната висока ефективност [162]. В това проучване студентите също избират ролевите игри с реалистичен контекст като ефективни и най-подходящи за трениране на общуване в медицински и здравни ситуации.



Фиг. 17. Предпочитания към ролеве игри с реалистичен контекст

### *Фокус при ролеве игри*

Запитани върху какво се съсредоточават по време на ролеве задачи (въпрос 20), 68.7% от студентите (200 отговорили) посочват, че мислят за свободното общуване. Ситуацията (48.1% - 140 респондента) и езика (21.9%- 64 респондента) също остават основни при осъществяване на комуникацията. Един процент избират отговор „друго“, като се изяснява, че те обмислят в по-голяма степен поставената комуникативна „задача“. Важно е, че 20% от анкетираните посочват и трите елемента във въпроса като оказващи силно влияние върху общуването им. Това показва, че при ролевите задачи предаването на смисъла на съобщението излиза на преден план и става основна краткосрочна цел при общуване за студентите.

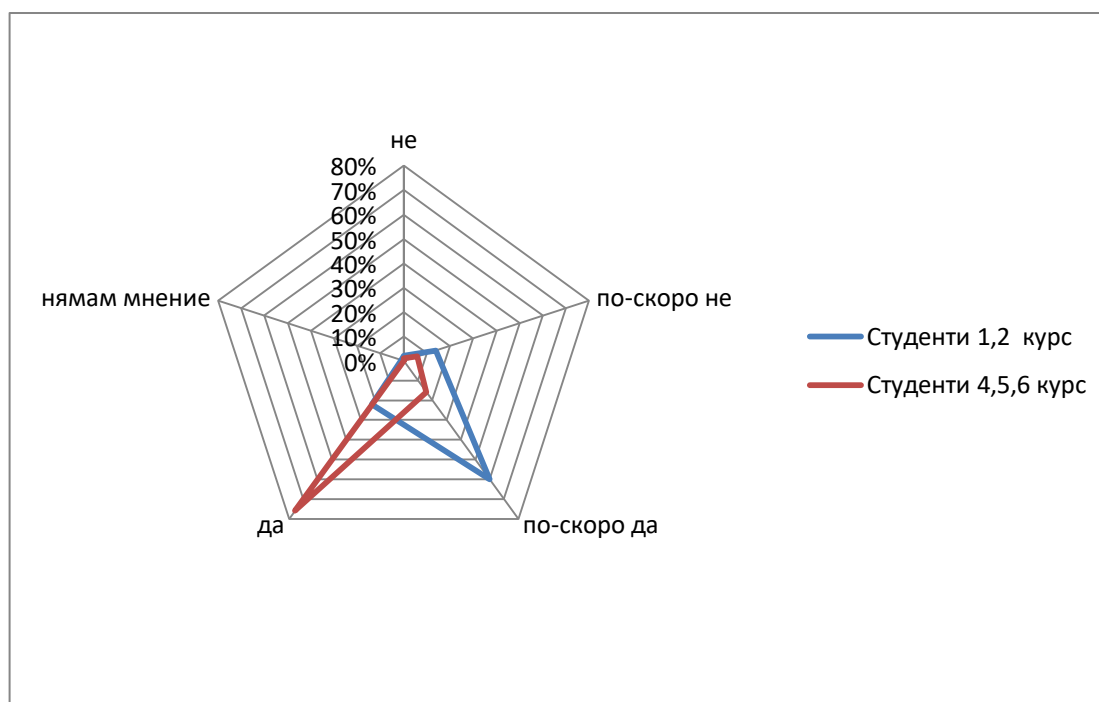


Фиг. 18. Фокус при ролеви игри

### 3.3. Сравнителен анализ и дискусия на резултатите от анкетното проучване на група студенти от първи и втори курс и група студенти от четвърти, пети и шести курс

#### *Влияние на комуникацията върху процеса на лечение и възстановяване*

Сравнението на мнението на студентите от първите и последните години на обучение показва, че тези от последните курсове разбират все повече значението на комуникацията за терапията и нейните резултати (Въпрос 5). Като цяло, сред анкетиранияте от последните курсове нараства убеждението за връзката добра комуникация- добри лечебни резултати. Техните отговори, подкрепящи това влияние, („да“ и „по-скоро да“) са общо 92.7%. При студентите от първите курсове тези отговори събират 82.4%.



Фиг. 19. Влияние на комуникацията върху процеса на лечение и възстановяване според групите анкетираните в различни курсове на следването

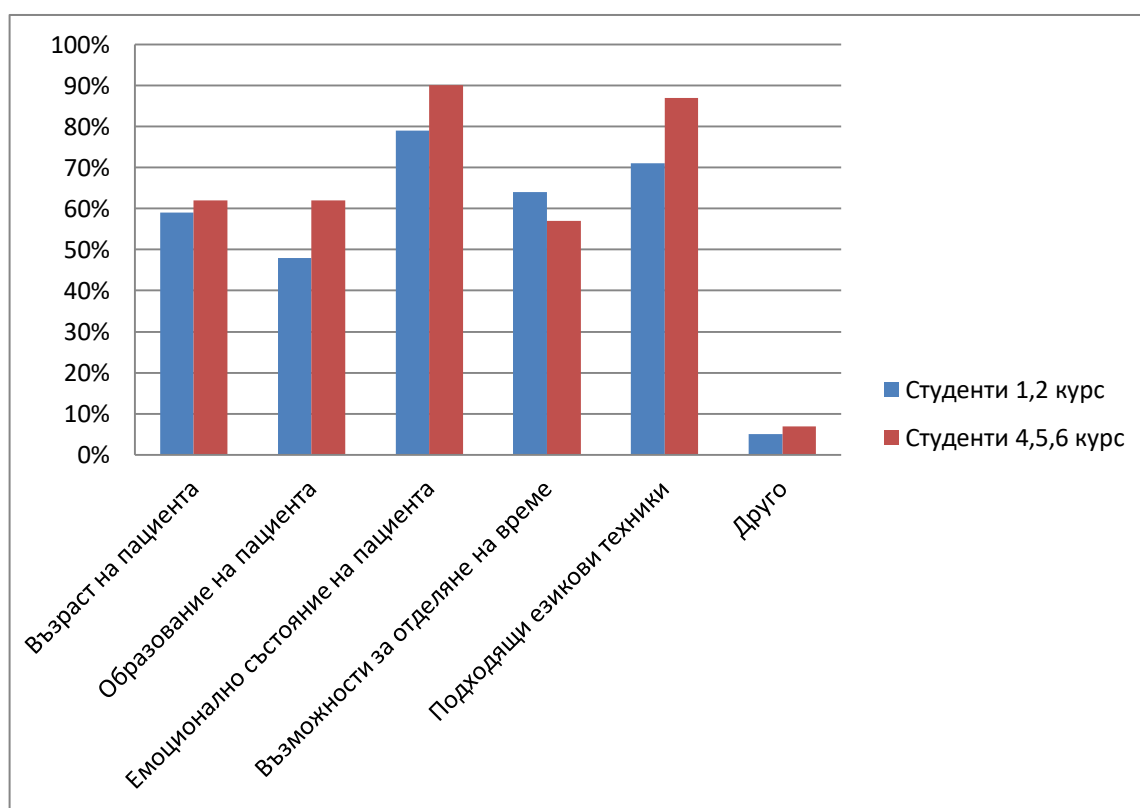
В допълнение, при нарастване на възрастта на анкетираните и на техните познания за медицинската практика най-големият брой отговори се придвижва от „по-скоро да“ към „да“. Докато при студентите от първите курсове максимумът е при отговора „по-скоро да“ (59.8%), то при тези от последните рязко нараства процентът на посочилите отговора „да“ (76.5%). При статистическата обработка на получените данни точният критерий на Фишер показва, че зависимостта между дадения отговор и групата студенти, според курса на обучение, е статистически значима ( $p < 0,0001$ ).

### ***Фактори на комуникацията с пациента***

Проучването на мнението на студентите през първите и последните курсове на следване относно факторите на комуникация с пациентите показва промените в нагласите при задълбочаване и разширяване на учебната и практическата подготовка на студентите. Значението на някои фактори нараства съществено в очите на студентите при повишаване на тяхната професионална подготовка. Такива са – „психичното и емоционално състояние на пациента и близките му“ (от 79.3% при студентите от първите курсове до 90.2% при студентите от последните курсове) и „нивото на образование на пациента и близките му“

(от 48.7% до 62.7%). Значително нараства и процентът на фактора „използване на подходящи езикови техники и средства за общуване от страна на професионалиста“ (от 71.8% до 87.2%). Нарастване се забелязва и при отчитане влиянието на фактора „възраст на пациента“ (от 59.4% до 62.7%).

Впечатление прави намалението при отчитане значението на фактора „възможности на професионалиста за отделяне на достатъчно време за комуникация“ (от 64.2% до 57.8%). Това показва, че с навлизане в практическите проблеми на професията студентите осъзнават, че при всички случаи лекарят следва да намери достатъчно възможности за диалог с пациента.



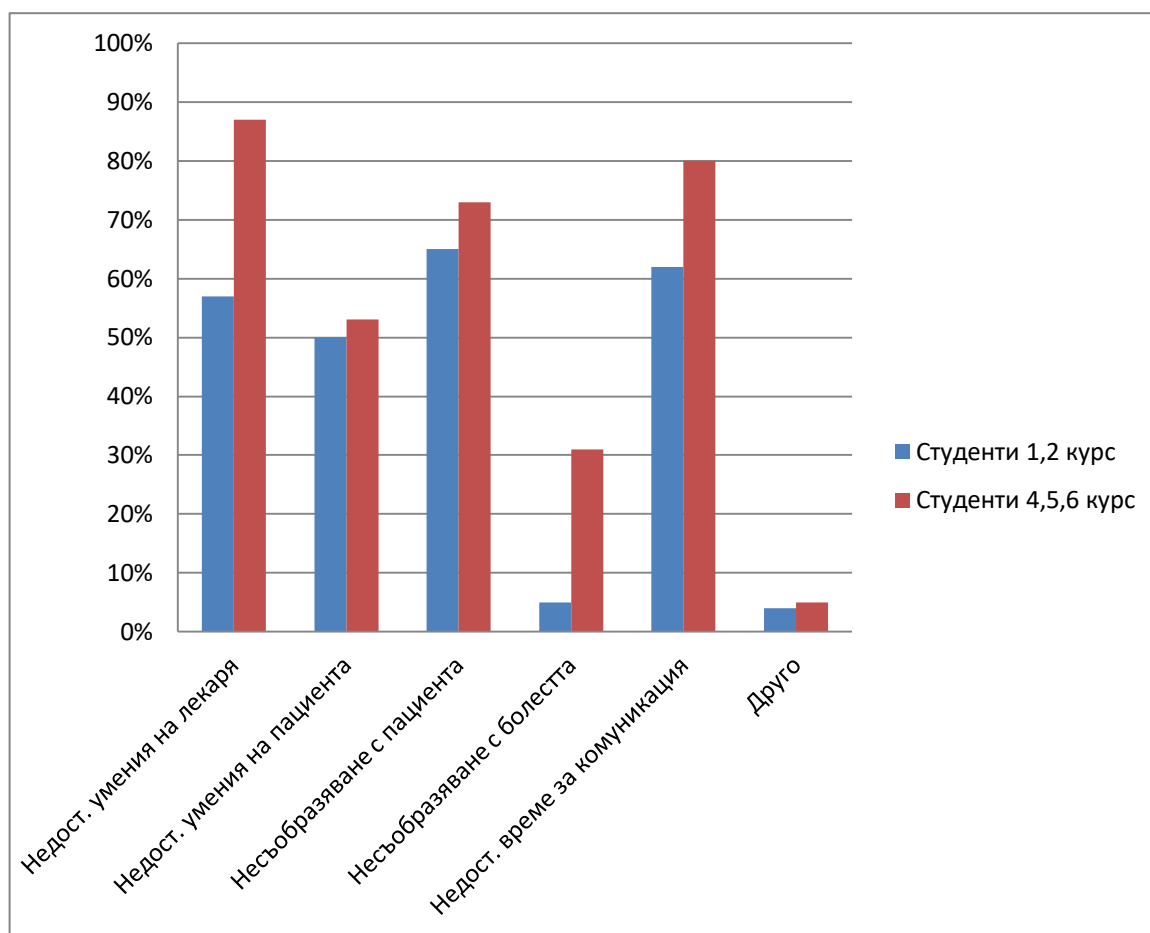
Фиг. 20. Фактори на комуникацията с пациента според групите анкетиранни в различни курсове на следването

### *Проблеми в комуникацията между лекарите и пациентите*

Въпрос 7 проучва мнението на студентите относно проблемите в комуникацията между лекарите и пациентите. Най-голям брой студенти от първите курсове са посочили като

проблеми „несъобразяване с особеностите на пациента“ (64.9%) и „отсъствие на достатъчно време за комуникация“ (61.8%). При анкетираните от последните курсове най-много отговори са посочени за „недостатъчни комуникативни умения на лекарите“ (87.2%) и „отсъствие на достатъчно време за комуникация“ (79.9%). Това показва, че при завършващите студенти вниманието се фокусира все повече върху това как лекарят ще се справи с комуникативните ситуации.

Формулировката на въпроса дава възможност за избиране на няколко отговора и като цяло, студентите от последните курсове посочват много повече проблеми в комуникацията. Така процентите на всички отговори на анкетираните от последните курсове са по-високи.

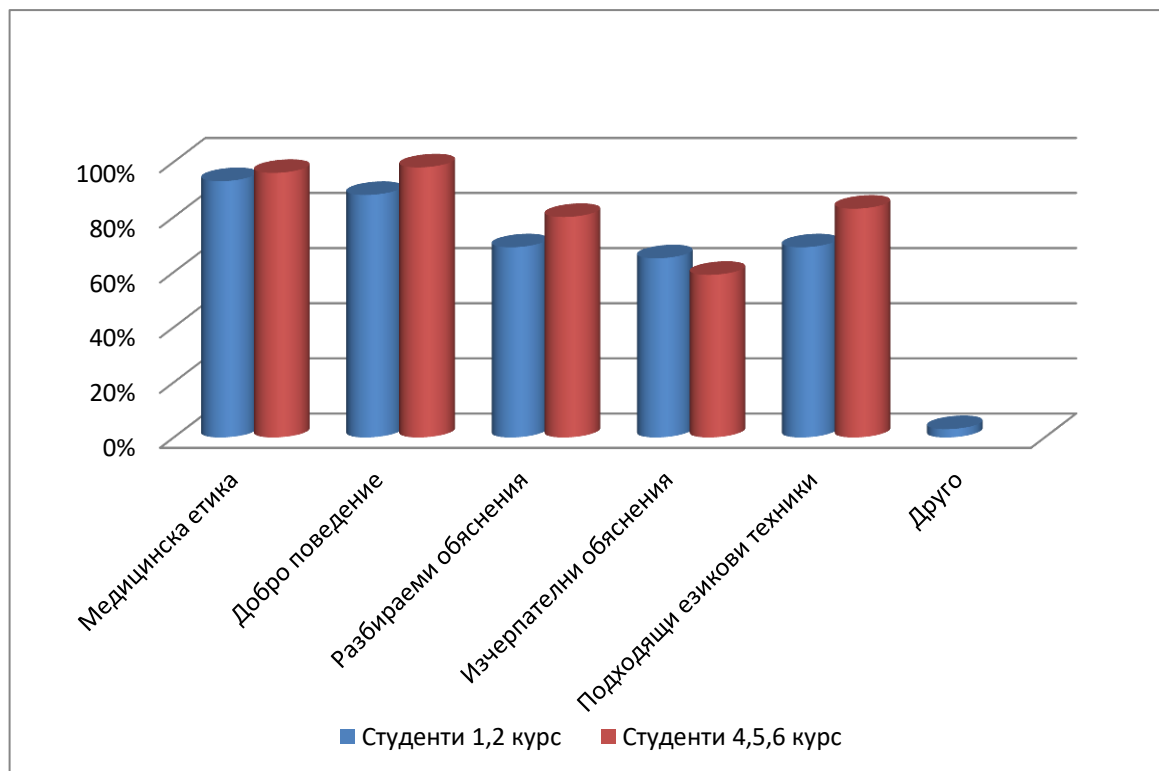


Фиг. 21. Проблеми в комуникацията между лекарите и пациентите според групите анкетираните в различни курсове на следването

### *Начини за подобряване на комуникацията с пациента*

Тъй като Въпрос 8 проучва мнението на анкетирани по отношение на начините за подобряване на комуникацията с пациента, е дадена възможност за избор на повече от един отговор. Тук отново завършващите студенти избират повече отговори – средно 4.2 отговора на един анкетирани. Студентите, започващи обучението, са дали средно по 3.87 отговора.

Най-голямо относително увеличение в дела на отговорите на последните курсове спрямо началните се отбелязва при следните методи за подобряване на комуникацията: да се спазват правилата на доброто поведение (от 87.9% на 98% - увеличение с 10.1%), да се дават по-разбираеми обяснения (от 69% на 79.9% - увеличение с 10.9%) и да се познават различни езикови техники за подходящо изразяване (от 69.4% на 82.8% - увеличение с 13.4%). Увеличението при последните два отговора свидетелства за това, че студентите осъзнават значението на доброто владеене на различни комуникативни средства за успешния диалог с пациентите.

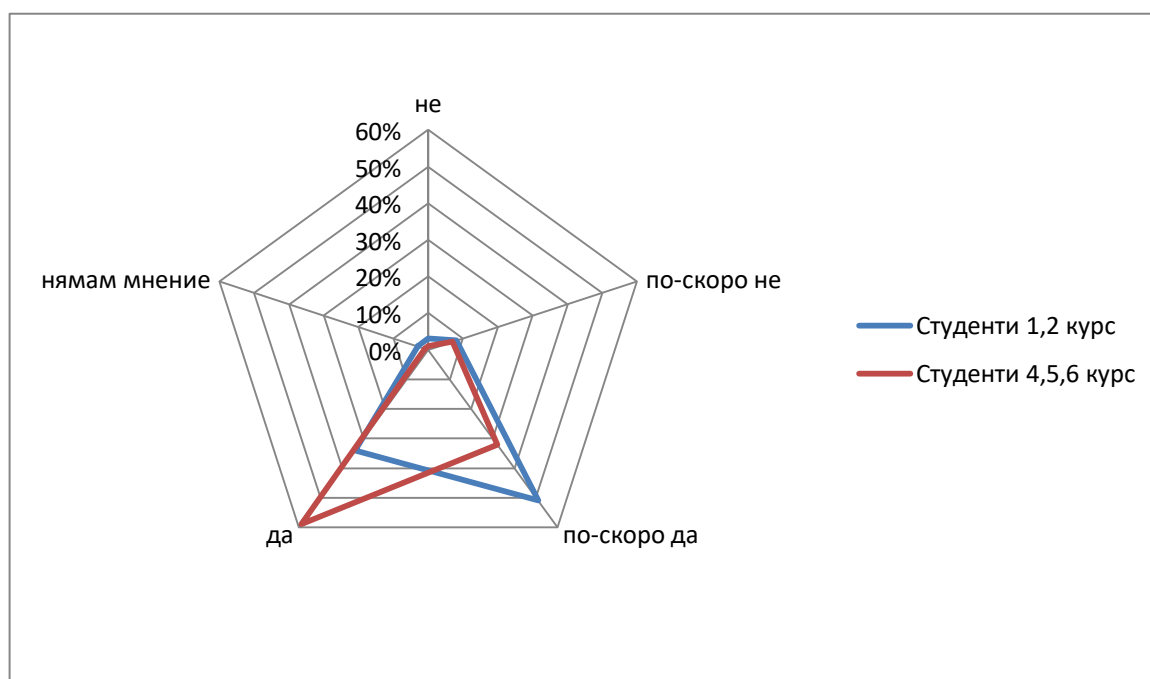


Фиг. 22. Начини за подобряване на комуникацията с пациента според групите анкетирани в различни курсове на следването

### ***Необходимост от повишаване на комуникативните умения***

Чрез обучението си и учебната си практика завършващите студенти навлизат в по-голяма степен в същността и характерните особености на професията на лекаря. Отговорите на Въпрос 9 показват, че спрямо начинаещите, завършващите студенти са все по-убедени в необходимостта да повишават уменията и компетентностите си за комуникация и това е статистически значимо ( $p < 0,0001$  според точния критерий на Фишер). Когато трябва да се отговори дали е необходимо да се упражнява езиковото общуване с цел по-лесна, бърза и ефективна комуникация с пациентите, при анкетираните от първите курсове най-много са отговорите „по-скоро да“ (51.5%), а при завършващите студенти най-много са отговорите „да“ (58.8%). Това е ясен показател за растящото осъзнаване на значимостта на езиковото общуване във взаимодействието с пациентите. Колкото и незначителен да е, процентът на отбелязалите „нямам мнение“ намалява от 3.4% до 1%, което също показва по-дефинитивните нагласи на завършващите студенти.

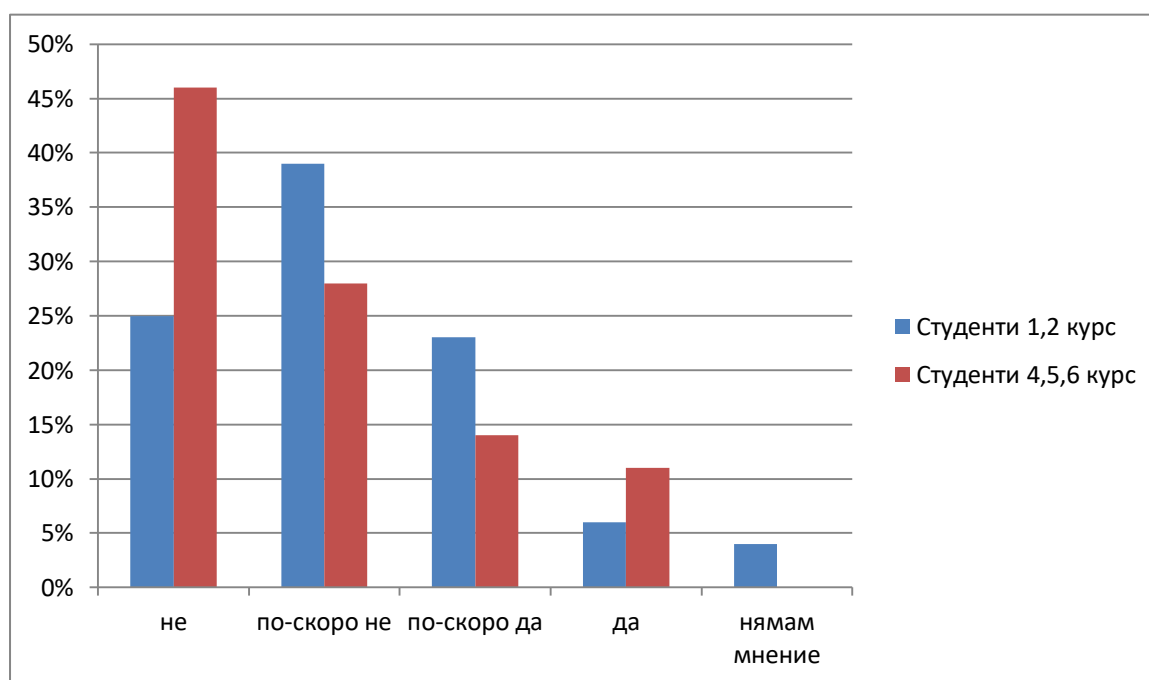
При селектиране само на студентите, които имат мнение, и статистическа обработка на данните от техните отговори се установява статистически значима зависимост между отговора и групата на студентите от началните или последните курсове ( $p < 0,0001$  според точния критерий на Фишер).



Фиг. 23. Необходимост от повишаване на комуникативните умения според групите анкетирани в различни курсове на следването

### ***Необходимост от целенасочено обучение за повишаване на комуникативните умения***

След отговорите на въпроса за необходимостта от повишаване на комуникативните умения логично следват и отговорите на Въпрос 10, който проследява дали студентите биха се справили с професионалните си задължения без целенасочено обучение по комуникация. Завършващите студентите са по-склонни и по-готови да търсят и да преминават такова обучение. Те смятат, че не могат да се справят без такова обучение. 25.5% от студентите в първите курсове отговарят категорично „не” на Въпрос 10 дали ще се справят без обучение, а 39.7% - „по-скоро не“. При завършващите студенти тези, които смятат, че няма да се справят без специален курс по комуникация са 74% ( 46 % - отговор „не“ и 28 %- отговор „по-скоро не“).

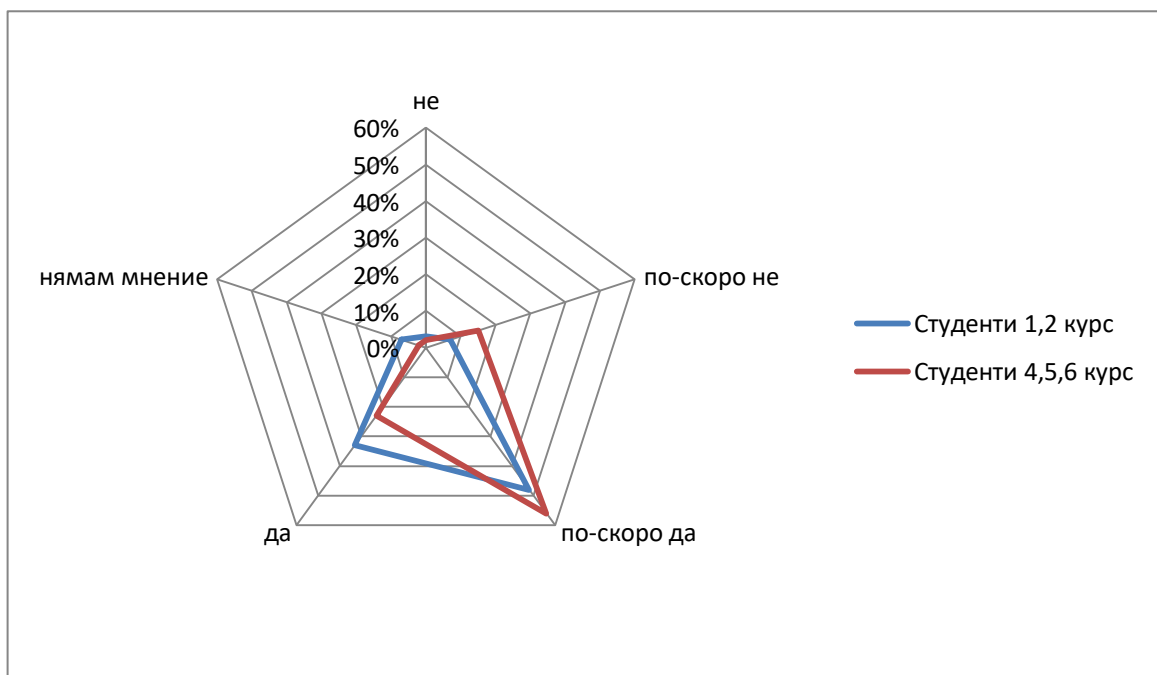


Фиг. 24. Отговорите на Въпрос 10. „Смятате ли, че можете да се справите с всякакви комуникативни ситуации в бъдещата Ви работа, без да получите обучение и тренинг за общуване с пациентите?“ според групите анкетиранни в различни курсове на следването

### ***Достатъчно възможности за обучение с цел повишаване на комуникативните умения***

Важна информация се получава и от отговорите на Въпрос 11 за това дали учебният план и програми предоставят достатъчно възможности за обучение за бъдещата комуникация с пациентите. Студентите, започващи обучението си, посочват най-вече отговори „да“ (33.6%) и „по-скоро да“ (48.7%), което прави общо 82.3% утвърдителни отговори. При завършващите студенти утвърдителните отговори са 80.3%, но процентът на отговора „по-скоро да“ е по-висок – 56.8%, а отговорът „да“ събира 23.5%. Статистически значимата зависимост между отговора и групата на започващи или завършващи студенти се доказва от точния критерий на Фишер ( $p = 0,001$ ).

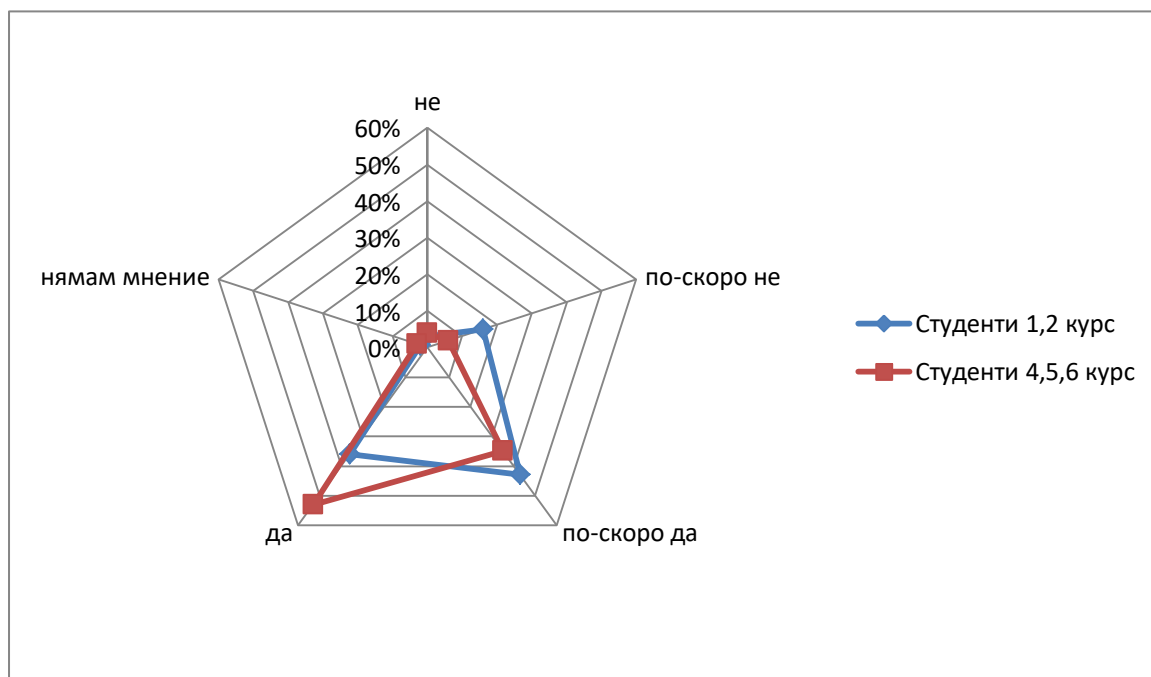
Дискусиите със студентите показват, че тази зависимост се дължи главно на обстоятелството, че курсовете за комуникативни умения се провеждат главно в първите една-две години на следването, а студентите осъзнават все повече значението на това обучение през последните студентски години, когато се сблъскват с практическите проблеми на комуникацията с пациентите. Тук се оформя и препоръка за допълване на учебните планове с избираеми курсове за комуникативни умения за студентите през последните години на следването.



Фиг. 25. Достатъчно възможности за обучение с цел повишаване на комуникативните умения според групите анкетиранни в различни курсове на следването

### ***Желание за повишаване на комуникативните езикови умения***

Въпрос 12 проучва в по-голяма дълбочина отношението на студентите към подобряване на уменията, като разяснява доколко у тях съществува съзнателно желание да се подготвят за професионалната си комуникация. При студентите от началните курсове максимумът е при отговор „по-скоро да“ (42.6%). При завършващите пикът на броя на отговорилите е при „да“ (52.9% спрямо 36% при студентите от 1 и 2 курс). Развитието на желанието за обучение се доказва от установената статистически значима зависимост между отговорите и групите анкетирани в различните курсове на следването ( $p < 0,0001$ ). Точният критерий на Фишер показва също, че има статистически значима зависимост между отговора и групата, дори когато се селектират само студентите, които имат мнение ( $p < 0,0001$ ).

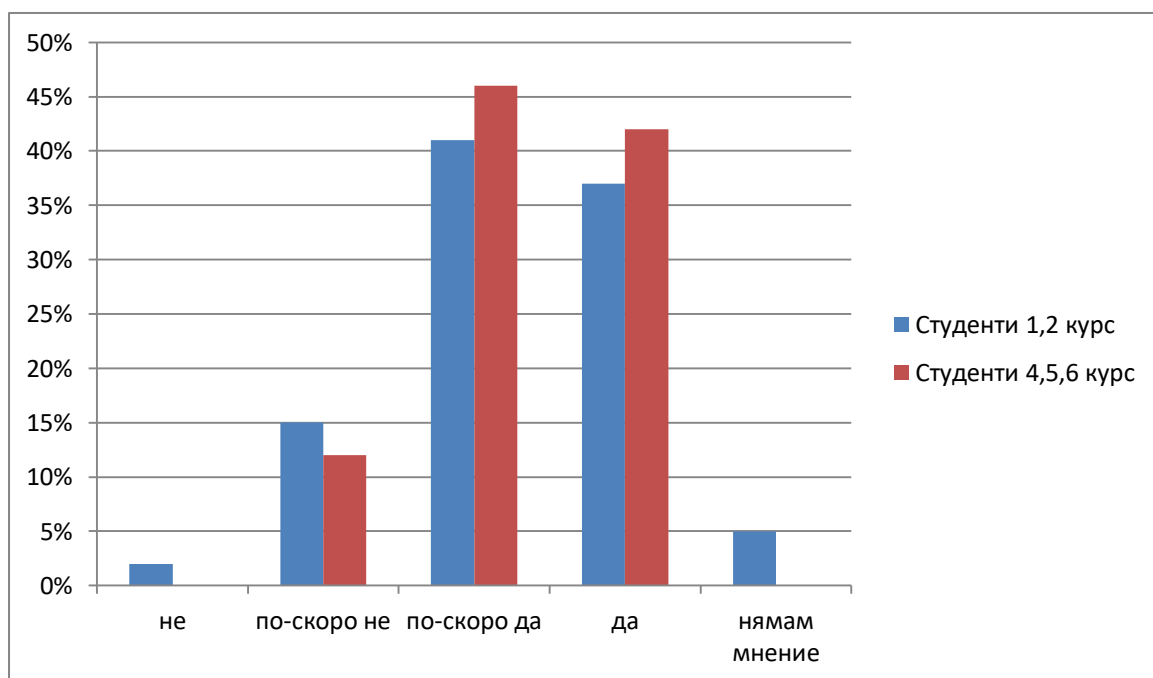


Фиг. 26. Желание за повишаване на комуникативните езикови умения според групите анкетирани в различни курсове на следването

### ***Значимост на повишаването на уменията за комуникация с пациентите***

Въпрос 13 проучва дали студентите смятат повишаването на уменията за комуникация с пациентите за значимо за своята професионална подготовка.

Отговорите за важността на овладяването и повишаването на уменията за комуникация с пациентите показват статистически значима зависимост спрямо групата анкетирувани според курса на обучение ( $p < 0,0001$  – точния критерий на Фишер). Сборът на отговорите „по-скоро да“ и „да“ нараства от 77.6 % при студентите в първите курсове до 87.7% при студентите от последните курсове. Наблюдаваме, че колкото повече навлизат в теорията и практиката на професията си студентите разбират, че комуникацията с пациентите и тяхната подготовка за нея са жизнено важни за успеха им като лекари.



Фиг. 27. Значимост на повишаването на уменията за комуникация с пациентите според групите анкетирувани в различни курсове на следването

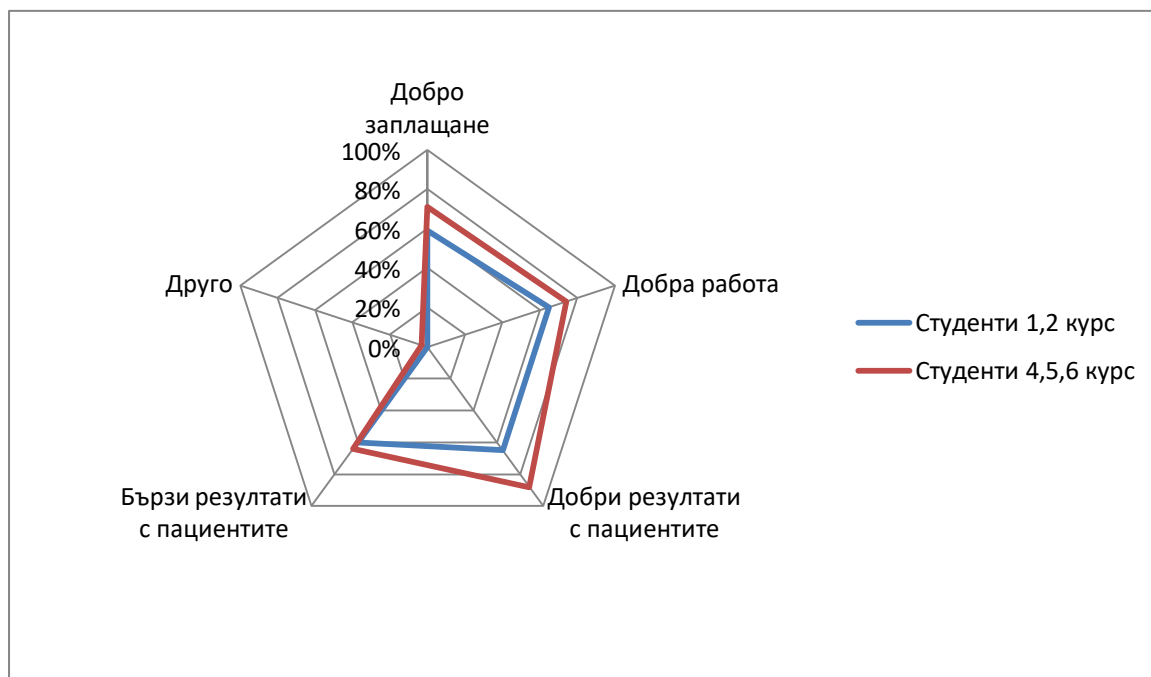
### ***Мотивация за повишаване на уменията***

Въпрос 14 се обръща към тези анкетирувани, които смятат, че овладяването на умения за комуникация с пациентите е важно (според резултатите от Въпрос 13). Тук се търсят причините за тази значимост на уменията според студентите и така се проучва мотивацията им за подобряване на комуникативните им компетентности.

Процентите на мотивите на студентите от първите курсове са най-високи (64.6%) при „получаване на по-добри възможности за добра работа в бъдеще“. При студентите в последните курсове рязко се повишава процентът на мотива „добри резултати с пациентите“ (88.2%).

Студентите, учещи в последните курсове, са по-мотивирани да подобряват комуникативните си умения и при тях броят на всички отговори, свързани с мотивацията, е по-висок. Всеки завършващ студент е посочил средно 3.01 отговора, изразяващи неговата мотивация в сравнение със средно 2.48 при всеки студент в първите курсове.

На студентите са дава възможност да проявят сложността на мотивацията си като опишат и допълнителни причини. Някои от завършващите студенти са посочили допълнителни причини като по-голямо удовлетворение на пациентите и по-голямо доверие на пациентите в лекуващия ги лекар.

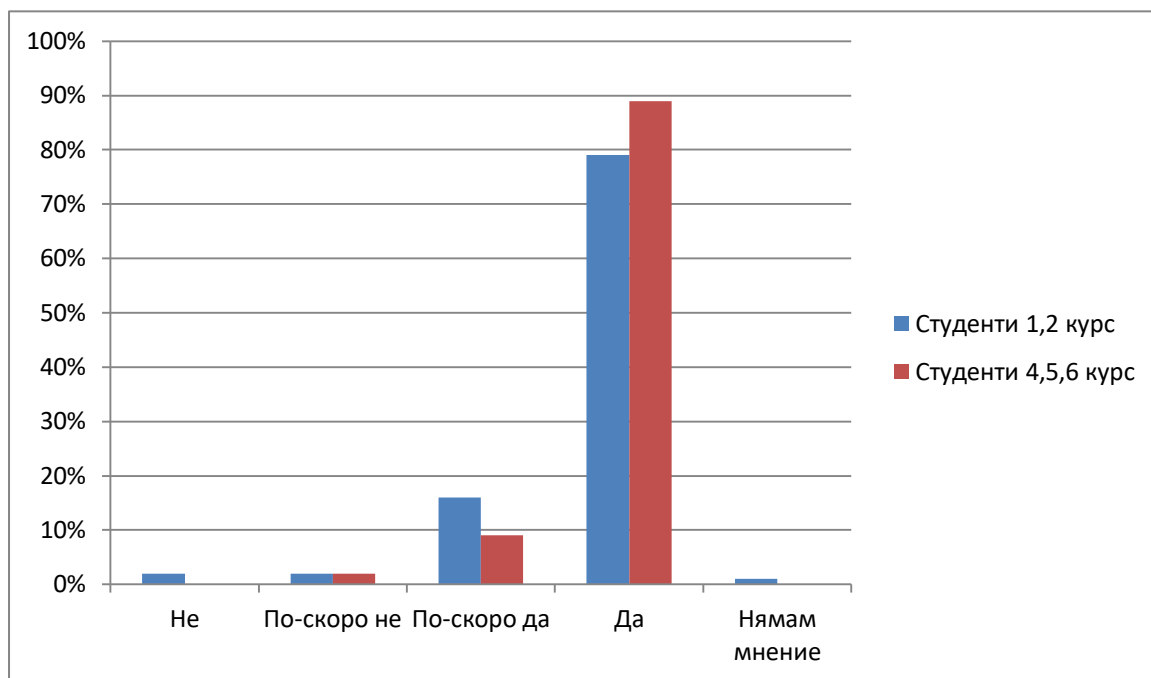


Фиг. 28. Мотивация за повишаване на уменията според групите анкетирани в различни курсове на следването

## *Тенденции в предпочитаните учебни методи за повишаване на комуникативните езикови умения*

### *Практическа насоченост на обучението за комуникация*

Проучването на тенденциите при предпочитаните учебни методи за постигане на високо ниво на комуникативни умения започва с отчитане на отношението към практическите задачи (Въпрос 15)



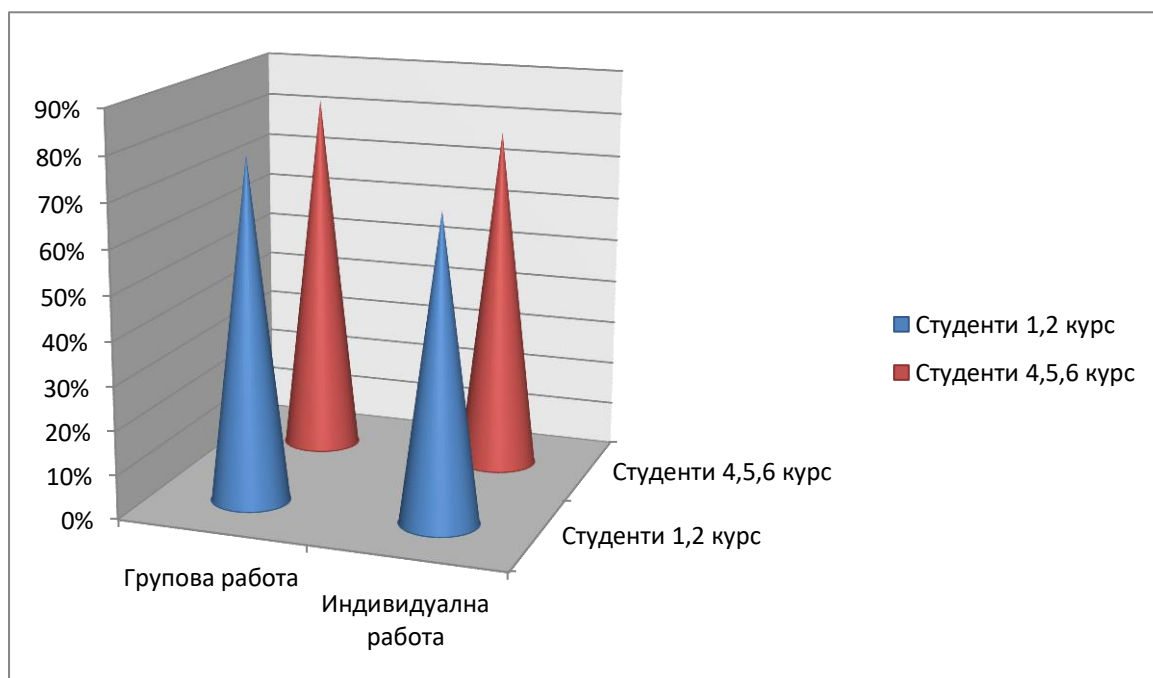
Фиг. 29. Практическа насоченост на обучението за комуникация според групите анкетирани в различни курсове на следването

Студентите, завършващи обучението си, са още по-убедени, че курсовете по комуникация трябва да наблегнат на практическите задачи. Тези студенти вече са били в по-голяма степен изложени на необходимостта сами да общуват с пациентите и са се срещнали с различни трудности и проблеми в общуването. Открили са, че в действителност това е важно за следване на препоръките за лечение и за терапевтичните резултати. В проведените с тях дискусии бе установено, че те сами стигат до извода, че е необходимо да се придобият комуникативни умения, но и тяхното използване в работата да бъде автоматизирано. Ето защо 89.2% от студентите в последните курсове отговарят категорично утвърдително на практическата насоченост

на обучението, а отговорите „не“ и „нямам мнение“ не са посочени от нито един анкетиран.

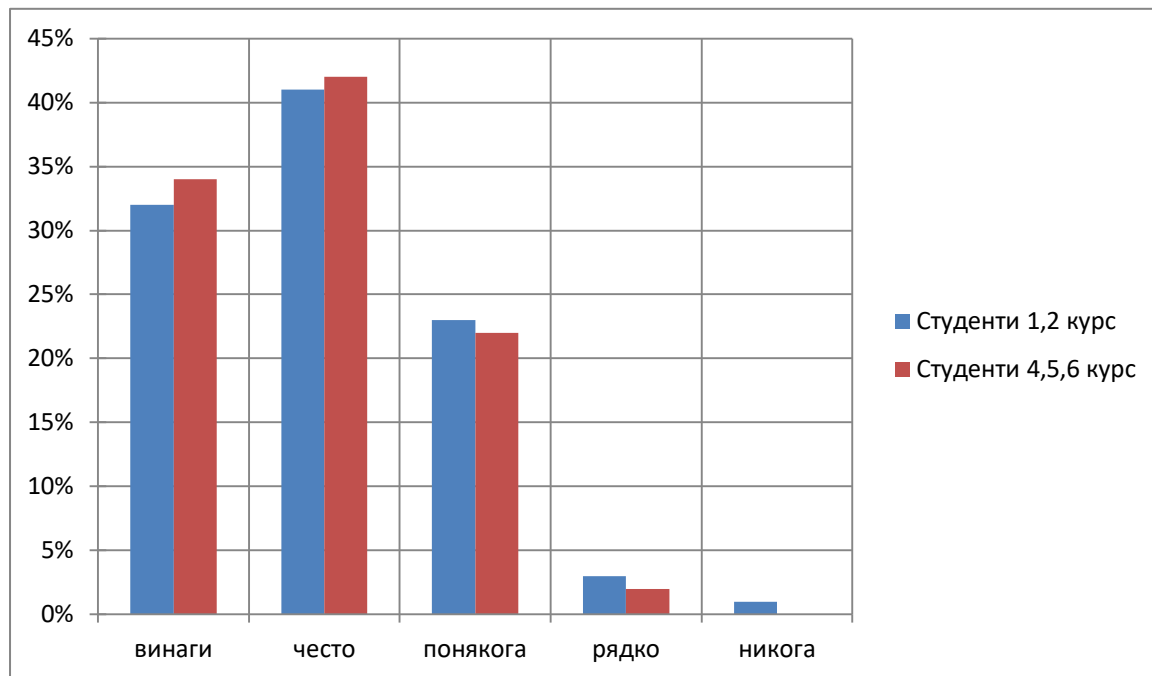
### *Предпочитания към груповата работа*

Нарастващото желание на студентите от последните курсове да придобият умения и компетенции за общуване с пациентите се отразява и в отговорите за предпочитание към групова и индивидуална работа (Въпрос 16). Без да противопоставяме тези два вида учебна работа в анкетата заложихме възможност за избор на една или и на двете възможности. В сравнение с отговорите на студентите в първите курсове, отговорите на по-големите студенти показват, първо, по-голямо желание за групова работа (78% при първите курсове срещу 82.8% при последните курсове), тъй като осъзнават, че комуникацията се осъществява като диалог. Второ, по-голям процент от по-големите студенти (68.7% при първите курсове срещу 77.9% при последните курсове) са посочили и индивидуалната работа, което говори, че те осъзнават, че уменията се придобиват само ако всеки обучаващ се сам се подготвя и упражнява да осъществява комуникация.



Фиг. 30. Предпочитания към групова и/ или индивидуална работа според групите анкетирани в различни курсове на следването

Въпрос 17 проучва честотата, с която студентите желаят да работят в курса по комуникация в група.

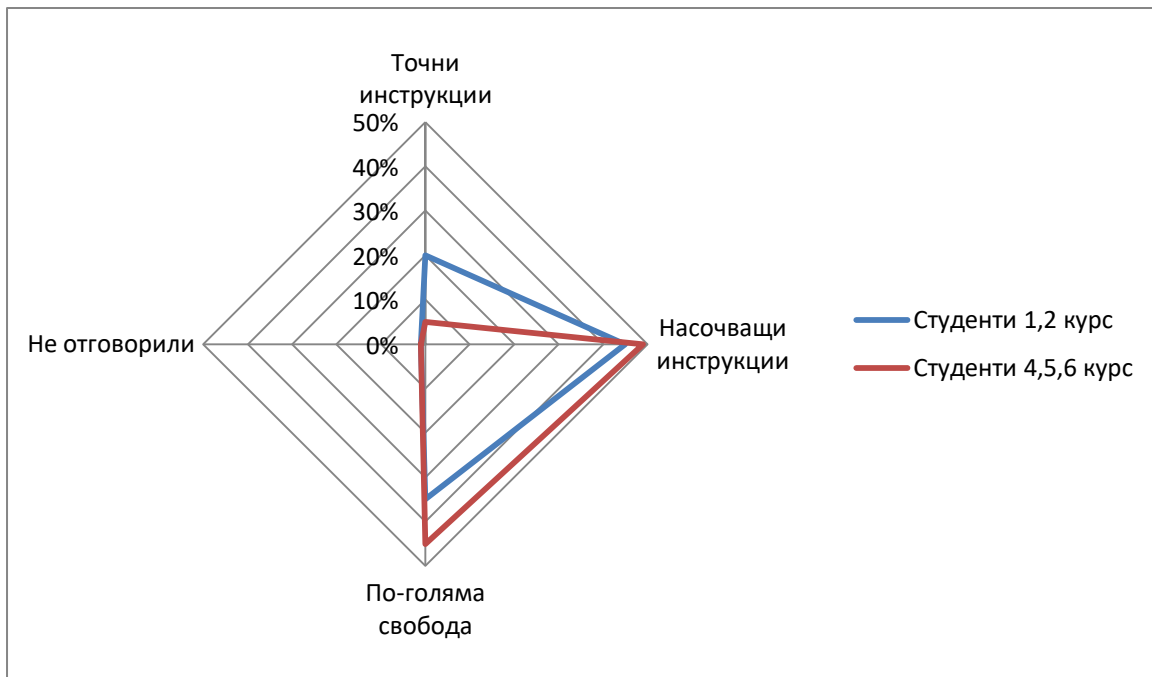


Фиг. 31. Предпочитания към честотата на груповата работа според групите анкетирани в различни курсове на следването

Разпределението на отговорите при Въпрос 17, показващи честотата на предпочитанието към групова работа, е почти едно и също при двете анкетирувани групи. На първо място по брой отговорили и в двете групи е отговор „често“, а на второ – „винаги“. Това показва, че голяма част от учебните методи, използвани в курса по комуникация през първите години могат да се използват и при студентите в по-горните курсове.

### ***Предпочитания към по-голяма самостоятелност в практическото обучение***

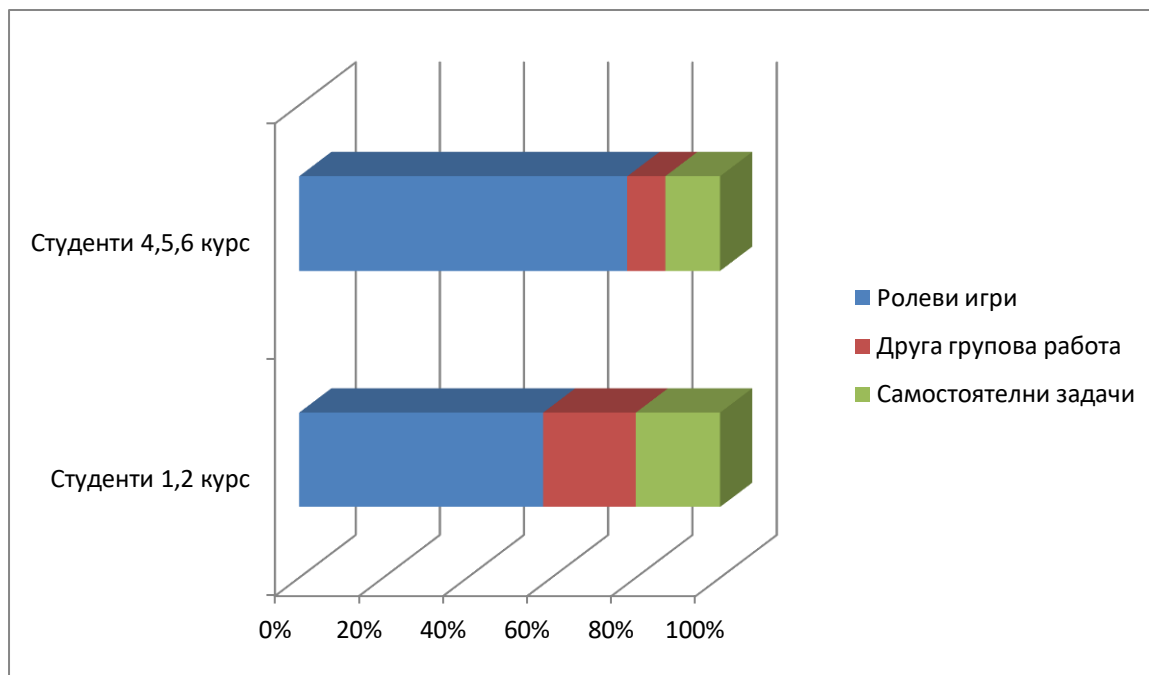
Въпрос 18 проучва нагласите на студентите при работа за усъвършенстване на комуникативните им умения и разкрива голямата степен на желание за самостоятелно упражняване на различни комуникативни ситуации.



Фиг. 32. Предпочитания към по-голяма самостоятелност в практическото обучение според групите анкетираните в различни курсове на следването

При работа в група студентите от последните курсове проявяват още по-голямо желание за свобода при общуването и осъществяване на учебните задачи. При тях се повишава процентът на желаещите да получат само насочващи инструкции (49% при анкетираните от последните курсове спрямо 44.7% - от първите курсове), а също и на тези, които желаят по-голяма свобода при комуникативните задачи (45.1% спрямо 34.4%- при първите курсове). Тези данни свидетелстват за естественото развитие на самостоятелността на студентите, когато приближават завършването на обучението си.

### ***Предпочитания към ролеви игри с реалистичен контекст***

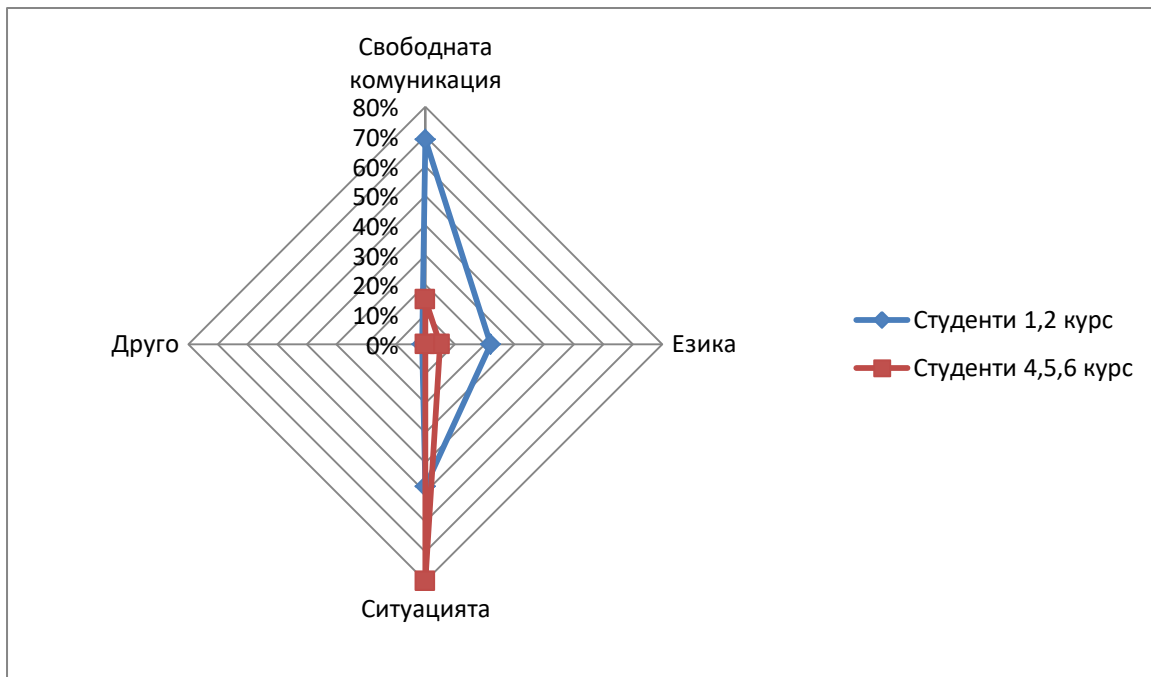


Фиг. 33. Предпочитания към ролеве игри с реалистичен контекст според групите анкетирани в различни курсове на следването

Когато отчитаме предпочитанията към ролевите игри с реалистичен контекст, студентите от началните курсове ги посочват като най-желани (58% спрямо 22% за друга групова работа и 20% за самостоятелни задачи). При завършващите студенти желанието за реалистични задачи е още по-ярко изразено и силно доминира над други типове групови или самостоятелни задачи (77.9% спрямо 8.9% за друга групова работа и 13.2% за самостоятелни задачи). Това обстоятелство подчертава необходимостта да се разработват реалистични ролеве задачи и да се следят тенденциите в развитие на особеностите на общуването в реалния диагностичен и лечебен процес.

### ***Фокус при ролеве игри***

На въпрос 20 относно това върху какво се съсредоточават по време на ролеве задачи завършващите студенти отговарят в голяма степен еднозначно.



Фиг. 34. Фокус при ролеви игри според групите анкетирани в различни курсове на следването

Данните от отговорите на този въпрос говорят за това, че студентите от последните курсове са вече фокусирани върху медицинските случаи, които трябва да разрешават и осъзнават, че по време на професионалната си работа нямат възможност да се фокусират върху езика и комуникацията. Затова 79.9% от тях отговарят, че се фокусират върху ситуацията. В дискусии с по-големите студенти става ясно, че те осъзнават, че на този етап, когато поставят началото на професионалната си дейност, вече трябва да автоматизират реакциите си по време на общуване, да имат добре изградени комуникативни умения и компетентности. Така могат да се съсредоточат в по-голяма степен върху лечението на пациентите. На този етап те вече трябва да са доста уверени при използване на комуникативните си умения и да имат готови отговори за това как да общуват с пациентите и как да повлияят на болните и техните близки.

### 3.4. Изводи

Обобщаването и анализът на данните спомагат да се направят изводи в няколко главни насоки:

1. Разкриват тенденции в нуждата от усъвършенстване на комуникативните умения чрез целенасочено обучение,

2. Разкриват тенденции във възможностите за повишаване на комуникативните умения чрез обучение в медицинския университет,
3. Разкриват степента на удовлетвореност на студентите от предоставените възможности за такова обучение;
4. Разкриват тенденции в предпочитаните учебни методи за повишаване на комуникативните езикови умения.

Анкетното проучване потвърждава съществената роля на комуникацията върху успеха на лечението по отношение на следване на препоръките, съкращаване на времето за лечение, като сочи една относително висока степен на осъзнаване на значимостта на комуникацията от страна на респондентите. Сравнението на мнението на студентите от първите и последните курсове на обучение показва, че тези от последните курсове разбират все повече значението на комуникацията за терапията и нейните резултати.

Проучването на мнението на студентите през първите и последните курсове на следване относно факторите на комуникация с пациентите показва промените в нагласите със задълбочаване и разширяване на учебната и практическата подготовка на студентите. Като най-съществен фактор, влияещ върху комуникацията на медицинските и здравни професионалисти с пациентите и близките им, студентите и от двете групи са посочили „психичното и емоционално състояние на пациента и близките му“. Факторът „използване на подходящи езикови техники и средства за общуване от страна на професионалиста“ събира висок процент и при двете групи, като нараства с времето и опита на студентите (от 71.8% в началните години до 87.2% в последните години на следването). Всички анкетирани са избрали повече от два фактора като влияещи върху комуникацията, което свидетелства за това, че респондентите осъзнават комплексността на взаимодействието на множество фактори в общуването в медицината и здравеопазването.

Единственият фактор, при който се наблюдава намаление на процента при нарастване на възрастта от първа до втора група, е „възможности на професионалиста за отделяне на достатъчно време за комуникация“ (от 64.2% при първа група до 57.8% при втора). Това показва, че с навлизане в практическите проблеми на професията студентите осъзнават, че лекарят следва да намери достатъчно възможности за диалог с пациента.

При идентифициране на проблемите в комуникацията студентите от първите курсове обръщат най-голямо внимание на проблема „несъобразяване с особеностите на пациента“ (64.9%), а тези от последните курсове - „недостатъчни комуникативни умения на лекарите“ (87.2%). Това показва, че завършващите студенти се фокусират все повече върху отговорността на лекаря за справяне с комуникативните ситуации.

Когато трябва да посочат пътища за решаване на проблемите в комуникацията с пациентите и близките им, анкетираниите насочват вниманието си към езиковото изразяване, като подреждат отговорите по следния начин: „познаването на различни езикови техники за подходящо изразяване“, „разбираемите обяснения“, „изчерпателните обяснения“ и „спазване на правилата на доброто поведение“.

Знаменателно е, че анкетираниите осъзнават необходимостта да се упражнява езиковото общуване с цел по-лесна, бърза и ефективна комуникация с пациентите и това убеждение нараства, като при анкетираниите от първите курсове най-много са отговорите „по-скоро да“ (51.6%), а при завършващите студенти най-много са отговорите „да“ (58.8%). Подобно е развитието и на разбиранията на студентите за осъществяването на целенасочено обучение по комуникация. В първите години 65.2% от студентите смятат, че не могат да се справят без целенасочено обучение по комуникация (25.5% - „не“ и 39.7% - „по-скоро не“), а в последните години те са вече 74% (46 % - „не“ и 28 %- „по-скоро не“). Според студентите медицинският университет дава достатъчно възможности за осъществяването на такова обучение. Те проявяват желание за допълнително повишаване на комуникативните си езикови умения и сами биха пожелали да се запишат в курсове, като това желание нараства при завършващите студенти.

Разбирането на студентите за значимостта на повишаването на уменията за комуникация с пациентите за тяхната професионална реализация нараства с времето. Мотивацията на студентите при желанието и усилията им за подобряване на комуникативните им умения е комплексна, както алтруистична, така и инструментална мотивация. Мотивацията на студентите е свързана главно с постигането на добро социално и финансово положение, но също и с по-добри терапевтични резултати. При завършващите студенти мотивацията във всичките ѝ аспекти се повишава, като те посочват допълнителни причини за желанието да се подготвят за добра комуникация, а именно, по-голямото удовлетворение на пациентите и по-голямото доверие на

пациентите в лекуващия ги лекар. Това предполага, че курс по медицинска и здравна комуникация ще бъде приет добре от студентите. Въпреки високата мотивация е необходимо да отбележим, че преподавателят трябва „да поддържа и разширява интересът на студентите към съответната професия“ [43].

Проучването на тенденциите при предпочитаните учебни методи за постигане на високо ниво на комуникативни умения показва, че студентите са убедени, че курсовете по комуникация трябва да наблегнат на практическите задачи, като това мнение е по-силно при завършващите студенти. Те са имали вече възможност сами да общуват с пациентите и са се срещнали с различни трудности и проблеми в общуването. Затова желаят не само да придобият комуникативни умения, но и да ги автоматизират за свободно ползване в професионалната работа.

Груповата работа се предпочита, защото позволява неструктурирана свободна комуникация. Ако има инструкции от преподавателя, те се очаква да са само насочващи. Груповите взаимоотношения в диалога стимулират креативността и сътрудничеството, но завършващите студенти посочват важноста всеки индивидуално да се подготвя и да участва в задачите, за да подобрява своите собствени умения.

Ролевите задачи се оценяват най-високо поради реалистичния им контекст и осъзнаването, че приоритет в обучението е свободното и ефективно общуване с пациентите. При общуване завършващите студенти се фокусират все повече върху ситуацията, като се очаква на този етап езиковите умения да работят като естествено придобити и автоматизирани. Данните от анкетната карта показват, че преподавателите могат да отговорят на потребностите на студентите, като предлагат курс с комуникативни задачи, включващи ролеви игри, базирани на ситуации, свързани с медицинската професия. Това обстоятелство подчертава необходимостта да се следят тенденциите в развитие на особеностите на общуването в реалния диагностичен и лечебен процес.

Студентите са уверени при разискване на аспекти на тяхното обучение. Те са склонни да избират темите и видовете учебни дейности, индивидуалната или групова работа и да споделят мнение по въпросите на обучението. По този начин данните от проучването показват, че студентите се отнасят активно към усъвършенстване на комуникативните им умения.

## ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

### МОДЕЛ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ

До момента изследванията в областта на комуникацията в областта на медицината и общественото здраве се фокусират повече върху влиянието на общуването за подобряване на здравето на пациентите и популациите, отколкото върху деконструирането на основните механизми за комуникация и техниките за подобряване на комуникацията. Медицината е насочена главно към отделните клинични случаи и затова комуникацията с пациентите е важно средство, влияещо върху лечението и неговите резултати. Общественото здраве пък включва дейности за защита на здравето, превенция на заболяванията чрез промени на всички нива на влияние. Когато са добре обмислени и приложени, програмите за обучение за комуникация на медицинските специалисти имат способността да предизвикват промяна в общуването с пациентите и с общностите чрез повишаване на осведомеността и здравните знания и формиране на правилни нагласи по медицински и здравни проблеми. Ефективната комуникация води до промяна на поведението на пациентите и общностите в области като здравната грамотност и култура.

За създаване на ефективни програми за комуникация е необходимо тя да отразява идеите, нуждите и ценностите на лекарите в сферата на комуникациите с пациентите. Това определя необходимостта от провеждане на разнообразни проучвания на мнението на студентите по медицина за съдържанието на програми по комуникация.

Много висши училища и програми в областта на медицината и общественото здраве разработват академични програми в областта на комуникациите. За да се гарантира, че тези програми адекватно подготвят студентите за професионалната комуникация, е важно езиковите им умения и компетенции да се развиват за общуване в професионален контекст.

Съществуват много предизвикателства при създаването и оценката на програмата за комуникация в областта на медицината и общественото здраве, но оценяването на тези програми е от решаващо значение за разширяване на знанията на студентите и за подобряване на програмите.

Общата европейска езикова рамка посочва директната връзка между потребностите на студентите и разработката на учебната програма [92]. Бе проведена анкета със студенти от Медицински университет-София. Бяха събрани данни за високата мотивация и желание на студентите да участват в курсове с комуникативни езикови задачи, мотивация, които е тясно свързана с „всички звена на обучението” [43]. По този начин, резултатите от извършеното от нас проучване на потребностите на студентите могат да бъдат използвани за разработването на задачи и дейности въз основа на комуникативни ситуации в медицината и здравеопазването. За да се осъществи прехода от потребностите на студентите към създаването на реални учебни задачи е необходимо да се изведат и систематизират основните умения за общуване, които бъдещите лекари следва да усвоят. Въз основа на тези умения може да се пристъпи към изработването на курса по езикова комуникация.

През последните двадесетина години са приети поредица от консенсусни декларации, изработени от експерти по комуникация в медицината и здравеопазването относно целите, задачите и съдържанието на курсовете по комуникация за лекари [99, 172, 174, 215, 232]. Анализът на консенсусните документи относно съдържанието на учебните програми по комуникация показва, че създаваните умения се класифицират и организират в програмата главно около етапите на комуникация при медицинския преглед и лечение.

От друга страна, съществуващите европейски концепции за езиково обучение и кампаниите за ясно писане и изразяване въз основа, на които е изработена Директива 93/13/ЕИО на Съвета на ЕО (Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993), поставят предизвикателството за създаване на учебни програми, които да подготвят студентите за експертно използване на езиковите механизми за комуникация в медицината и общественото здраве. В кампаниите за ясно писане [114, 176, 223] са разработени езикови механизми за ясна и ефективно изразяване и комуникация (перифраза, смяна на времевата рамка, разпитване за резултатите, кратко и стегнато изложение, пример за обратното, създаване на активно отношение, обръщане към положителните намерения, промяна на контекста, замяна на непознати думи). Те са прилагани само в сферата на правото, бизнеса и администрацията [114], но все още не са разработени за областите на медицината и здравеопазването, което определя предизвикателството да се използват и в тези области на интензивна комуникация.

Въз основа на концепциите на консенсусните декларации и проучването на потребностите за повишаване на комуникативните умения на медицинските специалисти, както и на езиковите механизми, разработени за европейската кампания за ясно и разбираемо изразяване може да се създаде **Модел за повишаване на езиковите умения на бъдещите лекари.**

За Модела за повишаване на езиковите умения на бъдещите лекари използваме езиковите механизми, които са същността на европейската кампания за ясно изразяване. В научната литература от последните години се предлага от В.Тачева система от езикови похвати за вербална комуникация в медицинската практика. Тя посочва следните похвати:

1. целенасочен преднамерен подбор на положителна лексика и деликатни синоними на негативни или неутрални думи за здравословно състояние.
2. съзнателно избягване на морфологични и лексикални единици, с явен или скрит негативен характер и отрицателна семантика
3. структуриране и формулиране на лоша новина за тежка диагноза, лоша прогноза загуба на близък
4. редактиране и преструктуриране на лоша новина с цел синонимно заместване на думи и изрази с отрицателна конотация
5. заместване на професионалната терминология и терминоеlementи с неутрални или описателни синоними
6. употреба на евфемизми
7. използването на латински термини и съкращения за дискретно именуване на професионални понятия и завоалиране на плашещи диагнози, прогнози, факти
8. граматични средства
9. комуникативни техники и средства в педиатрията
10. хумор, шега и смях като комуникационни средства в медицинската практика [52].

Посочените от Тачева похвати се съотнасят към или се включват в механизмите, посочени от европейската кампания по следния начин.

Таблица. 2. Съотнасяне на концепциите на В.Тачева към тези в европейската кампания за ясно изразяване.

<b>Похвати по В.Тачева</b>	<b>Съотнасят се към езиковите механизми, разработени в европейската кампания</b>
1. целенасочен преднамерен подбор на положителна лексика и деликатни синоними на негативни или неутрални думи за здравословно състояние.	обръщане към положителните намерения (7), избягване на непознати и сложни думи (9).
2 . съзнателно избягване на морфологични и лексикални единици, с явен или скрит негативен характер и отрицателна семантика	обръщане към положителните намерения (7), избягване на непознати и сложни думи (9).
3. структуриране и формулиране на лоша новина за тежка диагноза, лоша прогноза загуба на близък	перифразиране (1), смяна на времевата рамка (2), промяна на контекста (8), избягване на непознати и сложни думи (9).
4. редактиране и реструктуриране на лоша новина с цел синонимно заместване на думи и изрази с отрицателна конотация	перифразиране (1), избягване на непознати и сложни думи (9).
5. заместване на професионалната терминология и терминоелементи с неутрални или описателни синоними	избягване на непознати и сложни думи (9).
6. употреба на евфемизми	перифразиране (1), посочване на пример за обратното (5) обръщане към положителните намерения (7), промяна на контекста (8).

7. използването на латински термини и съкращения за дискретно именуване на професионални понятия и завоалиране на плашещи диагнози, прогнози, факти	перифразирание (1), обръщане към положителните намерения (7)
8. граматични средства	перифразирание (1), смяна на времевата рамка (2)
9. комуникативни техники и средства в педиатрията	перифразирание (1), смяна на времевата рамка (2), разпитване за резултатите (3), по-стегнато изложение (4), посочване на пример за обратното (5), създаване на активно отношение (6), обръщане към положителните намерения (7), промяна на контекста (8), избягване на непознати и сложни думи (9).
10. хумор, шега и смях като комуникационни средства в медицинската практика	перифразирание (1), обръщане към положителните намерения (7), промяна на контекста (8).

Така можем да направим извода, че предложеният тук Модел за повишаване на езиковите умения на бъдещите лекари взема пред вид и е разработен на основата на най-новите изследвания за оптимизиране на комуникацията в медицината.

Езиковите механизми, разработени за европейската кампания за ясно изразяване, се осъществяват чрез различни езикови техники за лексикални и синтактични промени в устния или писмен текст. Перифразата е един обобщаващ механизъм, който предполага логично, кратко, ясно и стегнато структуриране на устния или писмен текст. Така перифразирането включва много други конкретни техники. Поставяме го на първо място, тъй като заема такова водещо място сред механизмите, както създаването на добри взаимоотношения с пациента се възприема като най-обобщаваща цел/ умение за диалога лекар –пациент.

Механизмът „създаване на активно отношение“ може да се приложи чрез техниките за преимуществено използване на деятелен залог вместо страдателен, а също и чрез използване на повече глаголи вместо тромавата номинализация. Механизмът „избягване на непознати и сложни думи“ изисква замяна на неразбираема медицинска

терминология, като това може да се постигне с две езикови техники: чрез използване на друга дума от всекидневния регистър на езика или описателно чрез заместването на термина с описание. Механизмът „промяна на контекста“ изисква насочване на вниманието към получателя на съобщението и съобразяване с различни параметри като определена възраст, социално положение, образователно ниво, пол на пациента; тежест, етап и прогноза на заболяването.

Това, което предстои да се направи, е тези механизми да бъдат приложени към спецификата на комуникацията в медицината и общественото здраве.

Съществено е да отбележим, че езиковите механизми в Модела имат силен етичен подтекст и отговарят на изискванията на медицинската етика за правата на пациентите на достъп до информация [22]. Обръщането към положителните намерения на пациента и лекувания, както и погледът към бъдещето чрез смяна на времевата рамка помагат за създаване на положителни нагласи у пациентите и близките им. Насочването към резултатите от действията на пациентите и от лечението, както и примерите за неправилно поведение с неговите последици свидетелстват за търсенето на ефективни и най-кратки пътища към подобряване на състоянието на пациента и цялостното му възстановяване и така отговарят на крайната цел на терапията и здравната комуникация.

Досега, обаче, разработените езикови механизми за ясно изразяване не са били прилагани системно и детайлно към спецификата на комуникацията в медицината и общественото здраве. В предложението от нас **Модел за повишаване на уменията за езикова комуникация на бъдещите лекари** прилагаме езиковите механизми към етапите на комуникация при медицинското лечение. Така се получават поредица от езикови ситуации, свързани с медицината, при които езиковите механизми (от 1 до 9) се съотнасят към всеки отделен етап на медицинския преглед, който се разглежда като комплексна комуникативна ситуация със своите отделни етапи (от а до з).

Езиковите механизми, съотнасящи се пряко към областите на медицината и здравеопазването и включени в Модела, са: перифразиране (1), смяна на времевата рамка (2), разпитване за резултатите (3), по-стегнато изложение (4), посочване на пример за обратното (5), създаване на активно отношение (6), обръщане към

положителните намерения (7), промяна на контекста (8), избягване на непознати и сложни думи (9).

Те могат да се приложат към етапите на медицинската комуникация, разгледани в националните и европейски консенсусни декларации за медицинската и здравна комуникация (подробно разгледани в 1.1.4. от настоящия труд). Тези етапи са определени като: изграждане на добри взаимоотношения (а), започване на дискусията (б), събиране на информация (в), разбиране на гледната точка на пациента (г), обмен на информация (д), постигане на съгласие (е), стигане до изводи и приключване на разговора (ж), направляване на разговора (з).

Моделът за повишаване на уменията за ефективна комуникация с пациентите се основава на **добре обосновани релевантни признаци**: етапите на медицинската комуникация и езиковите комуникационни механизми за ясно изразяване. Хоризонтално в Модела са представени **етапите на медицинската комуникация (от а) до з)**, които са възприети от **Европейската асоциация за комуникация в здравеопазването (ЕАСН)** въз основа на редица консенсусни становища, изработени за период от около двадесет години от експерти по медицинска и здравна комуникация. Вертикално са поставени **езиковите комуникационни механизми (от 1 до 9)** за ясно изразяване, разработени в **Европейската кампания за ясно писане и изразяване, която е свързана с Директива 93/13/ЕИО на Съвета на ЕО (Council Directive 93/13/EEC of 5 April 1993).**

Тук предлагаме Модела.

Таблица 3. Модел за повишаване на уменията за ефективна комуникация с пациентите

Етапи на медицинската комуникация/ Езикови комуникационни механизми	Изграждане на добри взаимоотношения а).	Започване на дискусия б).	Събиране на информация в).	Разбиране на гледната точка на пациента г).	Обмен на информация д).	Постигане на съгласие е).	Стигане до изводи и приключване на разговора ж).	Направляване на развитието на разговора з).
Перифразиране -1.	1 а).	1 б)	1 в)	1 г)	1 д)	1 е)	1 ж)	1 з)

Смяна на времевата рамка – 2.	2 а).	2 б)	2 в)	2 г)	2 д)	2 е)	2 ж)	2 з)
Разпитване за резултатите -3.	3 а).	3 б)	3 в)	3 г)	3 д)	3 е)	3 ж)	3 з)
По-стегнато изложение на мисълта -4.	4 а).	4 б)	4 в)	4 г)	4 д)	4 е)	4 ж)	4 з)
Посочване пример за обратното - 5.	5 а).	5 б)	5 в)	5 г)	5 д)	5 е)	5 ж)	5 з)
Създаване на активно отношение -6.	6 а).	6 б)	6 в)	6 г)	6 д)	6 е)	6 ж)	6 з)
Обръщане към положителните Намерения -7.	7 а).	7 б)	7 в)	7 г)	7 д)	7 е)	7 ж)	7 з)
Промяна на контекста-8.	8 а).	8 б)	8 в)	8 г)	8 д)	8 е)	8 ж)	8 з)
Избягване на непознати и сложни думи -9.	9 а).	9 б)	9 в)	9 г)	9 д)	9 е)	9 ж)	9 з)

При получените езикови ситуации (1а,1б,1в....2а,2б,2в,.....3а,3б,3в,.. и т.н.) посочените езикови механизми могат да се използват във всеки етап на комуникацията на медицинския преглед и лечение. Така могат да се продуцират **огромен брой езикови изрази, които да са адаптирани към комуникативните ситуации.** Кой от езиковите механизми ще използва лекарят зависи от специфичната конкретна комбинация от всички фактори, обуславящи комплексната комуникативна езикова ситуация.

**Моделът ни демонстрира възможностите за вариативност на използваните езикови изрази, използвани в една и съща езикова ситуация.** За бъдещите лекари е особено съществено да се научат да използват тази вариативност при общуването с пациентите, като се съобразяват с конкретната комуникативна ситуация и нейните елементи.

Моделът за повишаване на езиковите умения на бъдещите лекари може да се приложи за създаване на учебни задачи за ефективна и етична комуникация в медицината. Езиковите механизми имат широко приложение във всекидневната практика на професионалистите в медицината и здравеопазването.

Да разгледаме различните езикови ситуации от 1а) до 8з). Въз основа на конкретно изречение по-надолу е показано как дадена фраза може да варира, да се адаптира или подобри, като се използват съответни езикови техники. На всеки ред е показан механизмът, следва изходната фраза и една от възможните фрази - резултат от използване на механизма.

#### **А. Изграждане на добри взаимоотношения с пациента**

Перифразиране -1.а. Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре. >> Знам, че заедно с Вас ще направим всичко необходимо да се почувствате по-добре.

Смяна на времевата рамка – 2.а. Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре. >> Ще започнем да правим всичко възможно и скоро ще се почувствате по-добре.

Разпитване за резултатите -3 а. Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре. >> Ще ме информирате за резултатите от лечението и ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре.

По-стегнато изложение на мисълта-4.а Ние с Вас правим всичко възможно за Вашето лечение и скоро ще се чувствате по-добре >> Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре.

Посочване пример за обратното -5.а . Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре. >> Ако не положим всички усилия, ще бъде трудно да се почувствате по-добре.

Създаване на активно отношение -6. а.С това лечение ще се почувствате по-добре . >> Ще направим всичко възможно за Вашето лечение и ще се почувствате по-добре.

Обръщане към положителните намерения -7.а. Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре. >> Радвам се, че сте оптимистично настроен и ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре.

Промяна на контекста-8.а Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре. >> Скоро ще можеш да тичаш навън. (към дете)

Избягване на непознати и сложни думи – 9 а. Ще направим всичко възможно да се почувствате по-добре . >> Ще приложим цялостна терапия и ще се почувствате по-добре.

## **Б. Започва дискусия**

Перифразиране -1.б. Ето какво можем да обсъдим. >> Да видим какви мерки да вземем за Вашето здраве?

Смяна на времевата рамка – 2.б. Ето какво можем да обсъдим. >>> Ето какво обсъждахме с Вас преди година, а днес сте много по-добре.

Разпитване за резултатите -3.б.Ето какво можем да обсъдим. >> Да помислим първо към какви резултати се стремим.

По-стегнато изложение на мисълта-4.б.. Най-добре първо да обсъдим възможните варианти за Вашето лечение. >> Ето какво можем да обсъдим

Посочване пример за обратното -5. б. Това е златният стандарт за лечение при Вашето заболяване. >> Вашият брат предпочете друго лечение и резултатите бяха.....

Създаване на активно отношение -6.б. Ето какво можем да обсъдим. >> Можем да обсъдим този тип лечение, но ще трябва да проследяваме как прилагате терапията.

Обръщане към положителните намерения -7.б. Ето какво можем да обсъдим. >>> Сигурен съм, че след като обсъдим лечението, ще установите, че не е сложно и постига отлични резултати.

Промяна на контекста-8.б. Ето какво можем да обсъдим. >>> Може би е по-добре да обсъдим лечението заедно с близките Ви, тъй като тяхното участие ще бъде важно за възстановяването Ви.

Избягване на непознати и сложни думи - 9 б. А сега да снемем анамнезата >>> Можем да обсъдим къде и откога Ви боли.

## **В. Събира информация**

Перифразиране -1.в. Разкажете ми за това какво чувствате >>> Какви по-точно са мислите и чувствата Ви в такива моменти?

Смяна на времевата рамка – 2.в. Разкажете ми за това какво чувствате >>> Да си представим, че пак сте в тази ситуация в онзи момент, какво чувствахте тогава?

Разпитване за резултатите -3.в. Разкажете ми за това какво чувствате >> Разкажете ми подробно за това какво чувствате

По-стегнато изложение на мисълта- 4.в. Хайде да ми разкажете всичко за това каква е болката, къде и кога я чувствате. >> Ще ми разкажете ли за болката./ Разкажете ми за това какво чувствате

Посочване пример за обратното -5.в. Разкажете ми за това какво чувствате >> Ако нямам цялата информация за състоянието Ви, ще ми бъде трудно да Ви помогна.

Създаване на активно отношение -6.в. Разкажете ми за това какво чувствате >> Измервахте ли кръвното си налягане в моменти на болка в главата?

Обръщане към положителните намерения -7.в. Разкажете ми за това какво чувствате >> Колкото и силна да е болката сега, след операцията тя ще изчезне напълно.

Промяна на контекста-8.в. Разкажете ми за това какво чувствате >> Бих искал сега да поговоря с малкия Емо и той да ми каже къде го боли. А после ще поговорим и с мама.

Избягване на непознати и сложни думи - 9 в. Разкажете ми за симптомите >> Разкажете ми за това какво чувствате

#### **Г. Разбира гледната точка на пациента**

Перифразиране -1.г. Разбирам как гледате на нещата. >> Разбирам Вашите опасения и тревоги, но няма основание за безпокойство.

Смяна на времевата рамка – 2. г. Разбирам как гледате на нещата. >> Безпокойството Ви е без основание, защото с всеки ден детето се подобрява.

Разпитване за резултатите - 3. г. Разбирам как гледате на нещата. >> Какво Ви кара да мислите така? Защо смятате, че нещата ще се променят?

По-стегнато изложение на мисълта- 4. г.. Напълно подкрепям Вашата гледна точка./ Напълно сте прав, подкрепям Вашите разбирания и мисля, че те ще помогнат на Вашия близък да оздравее. >> Разбирам как гледате на нещата

Посочване пример за обратното - 5. г. Разбирам как гледате на нещата. >> Можем да постигнем успех в лечението, ако споделяме едно гледна точка. Ако не вървим в една посока, болният ще почувства и ще се обърка.

Създаване на активно отношение -6. г. Разбирам как гледате на нещата. >> Разбирам какво ми казвате, но защо мислите така? На какво се дължат тези мисли?

Обръщане се към положителните намерения -7. г. Разбирам как гледате на нещата. >> Нека да гледаме положително на нещата и така ще помогнем на болния.

Промяна на контекста- 8. г. Разбирам как гледате на нещата. >> Разбирам Вашата гледна точка, но ако обстоятелствата се променят, ще трябва да променим и подхода към лечението.

Избягване на непознати и сложни думи - 9 г. Разбирам опасенията Ви. >> Разбирам как гледате на нещата.

#### **Д. Обменя информация**

Перифразиране -1. д. Нека да Ви дам повече информация. >> За да вземете решение, ще трябва да знаете още някои подробности.

Смяна на времевата рамка – 2. д. Нека да Ви дам повече информация. >> Може да промените решението си в бъдеще, ако размислите върху това, което ще Ви кажа.

Разпитване за резултатите - 3. д.. Нека да Ви дам повече информация >> Сега, когато знаете какво рискувате, може би имате нужда от още информация?

По-стегнато изложение на мисълта- 4. д.. Ето още факти./ Трябва да поговорим по-подробно за възстановителния период и възможните странични ефекти от лечението >>. Нека да Ви дам повече информация

Посочване пример за обратното - 5. д. Нека да Ви дам повече информация. >> За да подпишете бланка за информирано съгласие, трябва да поговорим още малко./ Ако не подпишете бланка за информирано съгласие, не можем да започнем процедурата и затова се налага да поговорим още малко./

Създаване на активно отношение - 6. д. Нека да Ви дам повече информация. >> За да дам повече информация за бъдещото лечение, трябва да знам повече подробности за състоянието Ви и затова ще задам някои въпроси.

Обръщане към положителните намерения -7. д. Нека да Ви дам повече информация. >> Искам да Ви помогна да вземете по-бързо правилното решение и затова ще поговорим и за други особености на заболяването Ви.

Промяна на контекста-8. д. Нека да Ви дам повече информация. >> При Вашето заболяване промените не настъпват бързо и имаме достатъчно време да обсъдим лечението и да размислите за решението си.

Избягване на непознати и сложни думи - 9 д. Нека да Ви дам повече информация за холецистектомията. >> Нека да Ви кажа още нещо за премахването на жлъчния мехур.

#### **Е. Постига съгласие**

Перифразиране -1.е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите . >> Вече всички сме съгласни, че ще трябва да продължим с процедурите.

Смяна на времевата рамка – 2. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> Както и досега можем да се съгласим, че и в бъдеще ще трябва да продължим с процедурите.

Разпитване за резултатите -3. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> Щом сме съгласни за продължаване на процедурите, можем да очакваме още напредък.

По-стегнато изложение на мисълта-4. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> Съгласен сте да продължим, нали?

Посочване пример за обратното -5. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> Ако нямаме съгласие за продължаване на процедурите, можем да пропуснем добрите резултати.

Създаване на активно отношение -6. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> Тъй като се съгласихме с продължаване на процедурите, най-добре ще е да си запазите час за следващата седмица.

Обръщане към положителните намерения -7. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> Щом сте оптимистично настроен за успеха на лечението, предполагам, че имаме съгласие за продължаване на процедурите.

Промяна на контекста- 8. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с процедурите. >> При тези обстоятелства предполагам сте съгласен да продължим процедурите?/ Ще идваш пак да слагаме кремче на крачето, нали? (към дете)

Избягване на непознати и сложни думи - 9. е. Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с химиотерапията. >> Мисля, че можем да се съгласим, че трябва да продължим с вливанията.

## **Ж. Стига до изводи и приключва разговора**

Перифразиране -1. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Вече знаете как да продължите лечението и Ви очаквам след един месец.

Смяна на времевата рамка – 2. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Спазвахте лечението, имате чудесни резултати и затова ще се видим чак след месец.

Разпитване за резултатите -3. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Вече знаете как да продължите лечението и след месец ще отчетем отново резултатите.

По-стегнато изложение на мисълта-4. ж. Знаете всичко за лечението. Това е всичко за днес./ Подробно изяснихме как точно да се лекувате и ще Ви чакам отново след месец. >> Разбрахме се за лечението и можем да приключим за днес.

Посочване пример за обратното -5. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Грижете се за себе си и не забравяйте да дойдете след месец, за да проследим резултатите.

Създаване на активно отношение -6. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Продължете с лечението и си водете точен дневник за това как се чувствате. Ще ми кажете всичко след месец.

Обръщане към положителните намерения -7. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Тъй като се повлияхте отлично от

лечението, се надявам да продължите с него и да ме информирате след месец за резултатите.

Промяна на контекста -8. ж. Разбрахме се за по-нататъшното лечение и можем да приключим за днес. >> Ще даваш на мама да ти маже крачето всеки ден, нали? А сега можеш да си поиграеш навън с мечето. (към дете)

Избягване на непознати и сложни думи - 9 ж. Следващия път продължаваме с физикалната аналгезия. >> Разбрахме се да продължим да лекуваме болката и можем да приключим за днес.

### **3. Направлява развитието на разговора**

Перифразиране -1.з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> А сега какво ще кажете за..?

Смяна на времевата рамка – 2. з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> Знам какво ми казахте миналия път, но какво мислите сега за...?

Разпитване за резултатите -3. з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> Разбрах за проблемите Ви с лечението и до какво доведе това?

По-стегнато изложение на мисълта-4. з. Чудесно е, че споделихте за това как върви лечението. А какво ще ми кажете за...? >> Да продължим нататък. Какво мислите за...?

Посочване пример за обратното -5. з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> Решихме проблемите с лекарството, а сега ми разкажете повече за...?

Създаване на активно отношение -6. з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> Разбрах, че се чувствате замаяна, но по-важно е колко беше кръвното, когато го измерихте?

Обръщане към положителните намерения -7. з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> Проблемите са вече зад Вас и оттук нататък очаквам да се чувствате все по-добре, да се движите повече,....

Промяна на контекста-8. з. Да продължим нататък. Какво мислите за...? >> Разбирам мъката Ви, но сега мислете, че сте необходима за децата си.(при загуба на близък човек)

Избягване на непознати и сложни думи - 9 з. Да продължим нататък. Какво мислите за апитерапията? >> Да продължим нататък. Какво мислите за използването на меда и пчелните продукти?

Така при прилагане на Модела могат да се продуцират огромен брой езикови изрази, които да са адаптирани към комуникативните ситуации.

Моделът ни демонстрира възможностите за вариативност на използваните езикови изрази, използвани в една и съща езикова ситуация. Тази вариативност може да стане още по-голяма, ако се вземат пред вид особеностите на пациентите, заболяването и лечението.

За бъдещите лекари е особено съществено да се научат да използват тази вариативност при общуването с пациентите, като се съобразяват с конкретната комуникативна ситуация и нейните елементи: участници, комуникативен канал, съобщение, обратна връзка. За тази цел могат да се създадат подходящи комуникативни езикови задачи и дейности.

На основата на Модела за повишаване на уменията, позволяващ отчитане на езиковите механизми и етапите на медицинската комуникативна ситуация, и с използване на вариативността на други особености на комуникативната ситуация, свързани с пациента и заболяването, могат да се създадат езикови задачи и дейности за повишаване на уменията на бъдещите лекари за комуникация.

#### **4.1. ПРИЛАГАНЕ НА МОДЕЛА ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ**

Теоретичният и научнопрактически характер на Модела за повишаване на езиковите комуникативни умения на бъдещите лекари предполага широко поле за неговото прилагане в практическата учебна дейност по комуникация на студентите. В настоящата глава разглеждаме само някои от възможностите за прилагане на езиковите механизми чрез различни езикови техники като използването на по-кратки изречения и текстове, използването на деятелен залог, употребата на синоними и обяснения и т.н. Тези техники могат да се реализират чрез предложените езикови задачи и дейности за комуникация с пациента.

##### **4.1.1. Задачи за използване на езикови техники за ефективна и етична комуникация в медицината**

Всеки ден на работното място лекарите общуват с пациенти, техните близки, роднини, колеги, а понякога и с широката общественост, при което трябва да изразят сложното съдържание на своята професия така, че да бъде достатъчно ясно и разбираемо.

Използването на ясен и разбираем език предполага писане и говорене, което подчертава важната информация така, че един мотивиран читател или събеседник да разбере документа при първо четене или речта при еднократно слушане така, както авторът е искал да бъдат разбрани. Това означава езикът да бъде точен и подходящ за читателите и да се използва такава езикова структура, която да помогне на читателя да се ориентира в документа. Това не означава винаги да се използват прости думи, а да се търсят най-разбираемите и най-точните. Лекарите предоставят информация, която, ако е погрешно разбрана или наполовина разбрана, ощетява хората, подтиква ги или най-малко губи тяхното време. Тъй като съвременната медицина поставя пациента в центъра на своя интерес, това изисква лекарите да могат да изразяват сложно медицинско съдържание с лесен, ясен и разбираем език.

Когато се дават примери за общуване, най-интересни са фразите и текстовете от реалното общуване в медицинската сфера и затова фразите и текстовете, които са използвани тук за илюстриране на езиковите техники и създаване на задачи, са почерпани от източници като дискусии, консултации, консулти, лекции, монографии, научни статии. Поради голямото разнообразие при използване на езиковите техники, разглеждаме задачи, създадени въз основа само на някои от тях: перифраза, създаване на активно отношение, избягване на непознати и сложни думи и т.н.

Създаването на умения на студентите за общуване с пациенти, така че тяхната комуникация да се превърне в ефективна комуникация и да отговори на психолингвистичните и социолингвистични потребности на пациентите, е съществена част от професионалната им подготовка. Важно е студентите да тренират такива устни комуникативни ситуации и такива писмени медицински документи, които са най-често използвани и съдържат съществена информация за живота и здравето на пациентите.

Част от задачите се основават на медицински документи и начина за езиковото им оформление. Тези задачи тестват успеха на студентите при овладяване на необходимите умения за редактиране на текстове с цел ясно и разбираемо изразяване.

Учебните задачи са най-полезни, когато се работи с медицинските документи, които се използват най-често, за да се установи дали информацията в тях се разбира достатъчно добре и дали пациентите прилагат препоръките в тях. Редица задачи за комуникативно обучение за медицински цели се основават на сравняване и тестване на яснотата на

текстовете „преди” и „след” редакция. За целта една група от студенти перифразират текстовете, а друга - оценяват яснотата им.

Ефективната и ясна комуникация или изразяването на информацията по етичен начин дава на заинтересования потребител възможност да разбере съдържанието на устното съобщение или писмения медицински документ така, както го е изразил лекарят.

В настоящата част са предложени задачи, основани на ефективни езикови техники за комуникация в медицината, включени в Модела за повишаване на езиковите умения на бъдещите лекари.

### **Задачи за използване на по-кратки фрази и изречения с цел ясно изразяване**

Дългите изречения винаги са трудни за разбиране. За да станат по-ясни за пациентите могат да се използват езикови механизми като перифразиране, по-стегнато изложение на мисълта, създаване на активно отношение към лечението.

Ето един пример:

*Лечението на инфекцията, причинена от бактерии, включва антибиотици и хирургично дебридиране на раната, както и поддържащи мерки като вкарване на дихателна тръба, интравенозно приложение на течности и лекарства за поддържане на сърдечно-съдовата система.*

Тъй като всички думи са ясни, изречението изглежда на студентите лесно за разбиране. Това, което го прави трудно, е дължината му. То може да се перифразира така:

*Инфекцията, причинена от бактерия, може да бъде лекувана с антибиотици. За раните е необходимо хирургично дебридиране. Други поддържащи мерки включват поставянето на дихателна тръба и интравенозното приложение на течности. За поддържане на сърдечно-съдовата система също могат да се използват лекарства.*

Объркването е много вероятно в дълго изречение, а ако се стремите към постигане на някаква цел, е важно да я формулирате ясно. Например, ако искате вашата препоръка към пациента да бъде изпълнена, е неразумно да я формулирате в толкова дълго изречение:

*Тъй като степента на адаптиране към анемията влияе на вероятността от проблеми по време на полети, пациентите с хронична анемия понасят по-добре хипоксията от тези с неотдавнашен кръвоизлив, а на последните се препоръчва да не използват въздушен транспорт.*

Студентите следва да бъдат запознати с разделянето на прекалено дълги изречения като се използва механизма за по-стегнато изложение на мисълта с цел да се представи информацията по-ясно и разбираемо. За да се демонстрира ефективността на тази техника пред студентите, те работят със следната задача. Предоставя им се изречение и те трябва да изразят мисълта с по-къси изречения. Например,

*Пациентът се адаптира към анемията в различна степен и това оказва влияние върху състоянието му по време на въздушни полети. Пациентите с хронична анемия понасят по-добре хипоксията. Пациентите, които са имали скорошен кръвоизлив, обаче, не понасят толкова добре хипоксията. Ето защо им се препоръчва да не използват въздушен транспорт.*

Двата варианта - изходното изречение и перифразата, се прочитат на различни групи студенти. Сравнява се колко информация е въприета от едната група и колко - от другата. Така студентите установяват, че перифразата с по-къси изречения е по-ефективна за предаване на информация.

Задачи от следния тип: „Прочетете дългото изречение и го перифразирайте с помощта на няколко по-къси. Предайте двата варианта на вашия колега и нека той да ги оцени за яснота“ могат да се конструират, както с текстове, предназначени за пациентите, така и с такива за лекарите.

Ето един пример в областта на биологията.

*Това явление е свързано с някои редки форми на генетични заболявания при хората, включително хемофилия и мускулна дистрофия, и предполага, че ако се осъществи транспозиция в зародишната линия, се получава гамет с нова мутация и ако е засегната соматична клетка, резултатът може да бъде рак.*

Перифразата представя мисълта по-кратка, по-стегнао и по-ясно:

*Това е свързано с редки форми на генетични заболявания като хемофилия и мускулна дистрофия. Така, ако се осъществи транспозиция в зародишната линия, гаметът ще мутира. Ако е засегната соматична клетка, може да се появи рак.*

Когато студентите се упражняват в перифраза с по-кратки изречения, може да се разгледат и сравнят различни варианти на перифразата и да се изберат най-добрите.

*Пример: Прочетете абзаца и го перифразирайте. Сравнете своята перифраза с тази на колегите.*

Може да се започне с изречения, които са по-лесни за перифразиране. Например,

*Медът има високи нива на монозахариди, фруктоза и глюкоза, съдържащи около 70 до 80 процента захар, което му придава сладък вкус, като минералите и водата съставляват останалата част от състава му.*

Това изречение може да се перифразира като няколко по-кратки.

*Медът се състои от високи нива на монозахариди, фруктоза и глюкоза. Така той съдържа около 70 до 80% захар. Тази захар придава сладък вкус на меда. Останалата част от състава му са минерали и вода.*

Друга задача може да изисква работа с два текста на една и съща тема. Единият от тях е с по-малко, но по-дълги изречения. Задачата е:

*Прочетете двата текста и изберете този, който намирате по-лесен за четене и разбиране. Пребройте думите в изреченията на текстовете. Изчислете средната дължина на изреченията. Направете извод. Перифразирайте един от текстовете по същата тема, за да изразите важната информация. Кой текст избирате да перифразирате? Защо?*

Тази задача е подходяща за началото на учебната единица, в която се разработва значението на дължината на изреченията за яснотата на изразяване. Тук студентите могат да се запознаят и да използват формулата на Флеш за четивност на даден текст (The Flesch reading ease readability formula) [231]. Формулата за четивност на текстове се използва за определяне на лекотата, с която четем и разбираме листовките за

информация, които съпровождат всяко лекарство. Формулата на Флеш за четивност е следната:

$206,835 - (1,015 \times \text{Брой думи} / \text{Брой изречения}) - (84,6 \times \text{Брой на сричките} / \text{Брой думи})$

Друг параметър, който разкрива яснотата на мисълта, е и изчислената средна дължина на изречението в текста:

$\text{Брой на думите} / \text{Брой на изречения} = \text{Средна дължина на изречението}$

Скалата за четивност на текстове включва стойности между 0 и 100. Стойностите могат да бъдат и отрицателни. Колкото по-високи са стойностите, толкова по-лесен за четене е текстът.

Студентите се обучават в прилагането на подходящи техники за редактиране и създаване на по-кратки изречения, изразяващи по-ясно смисъла на информацията. Това включва и умения за подходящо изразяване на причинно-следствените връзки.

*Прочетете изреченията и ги разделете на няколко по-къси. Направете причинно-следствените връзки по-ясни.*

*Съществува и тесен участък на кореновия канал в точката на максимално изкривяване, който е резултат от неправилното разширяване, което се появява коронално по вътрешния аспект и апикално по външния аспект на кривата. Неправилната коничност и недостатъчното свиване могат да застрашат почистването и запълването на апикалната част на кореновия канал.*

Студентите могат да перифразират по следния начин:

*Съществува и тясна област в кореновия канал в точката на максимална кривина. Това е резултат от неправилното разширяване, което се появява коронално по вътрешния аспект и апикално по външния аспект на кривата. Това причинява неравномерна коничност и недостатъчно свиване и може да застраши почистването и запълването на апикалната част на кореновия канал на зъба.*

Задачата за перифразиране или създаване на текст може да включва указания към студентите за подчертаване на причинно-следствените връзки чрез специални маркери. Задачата, която може да се използва, е следната:

*Перифразирайте текста, така че да се подчертаят причинно-следствените връзки. Можете да добавите подходящи свързващи думи.*

Изходен текст:

*Треската може да е показание за вирусна инфекция или сериозна бактериална инфекция, включително менингит. Важно е да се направи ранна диагностика на сериозните инфекции. Това често е трудно, когато заболяемостта е ниска, детето дойде на преглед в началото на болестния процес или диагностичните средства са повече или по-малко ограничени до историята на заболяването и физикалния преглед.*

При перифразираният текст може да се използва механизмът за създаване на активно отношение и посочване на решения:

*Вирусната инфекция или сериозната бактериална инфекция, включително менингит, могат да причинят треска. Затова е важно да се изясни причината чрез ранна диагностика на сериозните инфекции. Това, обаче, може да е трудно, ако заболяемостта е ниска, ако детето дойде на преглед в началото на болестта или диагнозата се определя само въз основа на историята на заболяването и физикалния преглед. Преодоляването на тези трудности може да се избегне с лабораторни изследвания.*

Дългите изречения могат да се избегнат чрез по-добра организация на съдържанието. Много по-бързо се възприема информацията, ако се подреди в списък. Вертикалните списъци разделят дългите изречения на лесно разбираеми части. Списъците могат да помогнат, когато се описва медицинска интервенция или симптоматика. В зависимост от съдържанието на текста задачата може да бъде формулирана по следния начин:

*Използвайте списък, за да изразите по-ясно информацията.*

или

*Използвайте списък, за да организирате по-добре информацията.*

Следва текст, който е подходящ за перифразирание чрез съставяне на списък.

*Най-честата патология на панкреатичната ендокринна система са метаболитните нарушения, известни като захарен диабет. Диабетът се характеризира с аномално*

*повишени плазмени концентрации на глюкозата (хипергликемия) в резултат на неадекватна секреция на инсулин, абнормна реакция на прицелните клетки, или и двете. Хроничната хипергликемия и свързаните с нея метаболитни аномалии причиняват много усложнения на диабета, включително увреждане на кръвоносните съдове, очите, бъбреците и нервната система.*

Този текст дава възможност за съставяне на два списъка и така може да се изясни мисълта.

*Най-честата патология на панкреатичната ендокринна система са метаболитните нарушения, известни като захарен диабет. Диабетът се характеризира с аномално повишени плазмени глюкозни концентрации (хипергликемия) в резултат на:*

*- неадекватна секреция на инсулин,*

*- абнормна реакция на прицелните клетки,*

*-или и двете.*

*Хроничната хипергликемия и свързаните с нея метаболитни аномалии причиняват много усложнения на диабета, включително увреждане на:*

*- кръвоносните съдове,*

*- очите,*

*- бъбреците*

*- и нервната система.*

Списъците са подходящи и при описание на физиологични процеси. Последователността на процесите предлага подходящ езиков материал за задачи за създаване на по-кратки и ясни изречения. Например,

*Перифразирайте изречението, за да изразите по-ясно последователността на процесите.*

*Функциите на лимфната система включват връщането на течности и протеини, филтрирани от капилярите в кръвоносната система, поемането на мазнините,*

*абсорбирани в тънките черва и прехвърлянето им в кръвоносната система и филтрирането и унищожаването на чужди патогени.*

Ето и перифразата:

*Функциите на лимфната система включват:*

- връщане на течности и протеини, филтрирани от капилярите в кръвоносната система,*
- поемане на мазнините, абсорбирани в тънките черва и прехвърлянето им в кръвоносната система,*
- филтриране и унищожаване на чужди патогени.*

Смята се, че средната дължина на изречението в един документ следва да е от 15-20 думи, но няма правило, забраняващо изречения с повече от 20 думи. Дългото изречение е понякога неизбежно при изказването на сложна мисъл, включваща изключения и квалификации. Изискването е то да бъде добре подредено, с прости конструкции и понятни думи.

По- кратките изречения и параграфи са подходящ начин за прилагане на механизма за създаване на активно отношение към лечението у пациентите. Този механизъм е особено подходящ при даване на инструкции. Студентите ще разберат, че представянето на инструкцията като поредица от стъпки е много по –ясен начин за изразяване.

Задачата, която може да им се предложи, съдържа два диалога, с инструкции за вземане на лекарства, за определен начин на живот или за използване на медицинско изделие. В първия диалог лекарят изброява стъпките с кратки и ясни изречения, което насочва към активно действие, а във втория лекарят споменава информацията в хода на общ разговор, без да ги изброява като списък.

*Диалог 1:*

*Родител: Какво трябва да направя, ако синът ми има треска?*

*Лекарят: Важно е температурата да се поддържа под 40 ° С. Ако стане по-висока от 39 ° С, трябва да посетите лекар. Наблюдавайте детето през цялото време, също и през нощта. Ето какво да правите или да избягвате. Първо, не се препоръчва обтриване с вода. Второ, не разсъбличайте и не обличайте прекалено децата. Трето, дайте или парацетамол, или ибупрофен. Едното лекарство може да бъде заменено с другото, ако детето не се повлиява. Четвърто, ако треската продължава или се повтори, преди времето за следващата доза, лекарствата могат да се редуват.*

*Диалог 2:*

*Родител: Какво трябва да направя, ако синът ми има треска?*

*Доктор:: Използването на влажна гъба не се препоръчва. Важно е, обаче, температурата да се поддържа под 40 ° С. Ако стане по-висока от 39 ° С, трябва да посетите лекар. Също така, не разсъбличайте и не обличайте прекалено децата. Що се отнася до лекарствата, можете да им дадете парацетамол или ибупрофен. Наблюдавайте детето през цялото време, също през нощта. Парацетамолът може да се замени с ибупрофен, ако детето не реагира. Лекарствата могат да се редуват, ако треската продължи или се повтори, преди да дойде време за следващата доза.*

Задачата с такива текстове може да бъде:

*Изиграйте по роли двата диалога за две отделни групи от ваши колеги и след диалога ги помолете да изброят необходимите стъпки. Проверете отговорите им и сравнете яснотата на текстовете.*

### **Задачи за замяна на непознати и сложни думи или използване на тяхното обяснение**

Ефективен механизъм за ясно предаване на смисъл в медицината е замяната на непознати и сложни думи с всекидневни и ясни такива или с обяснение на непознатата дума. В.Гачева го формулира като „заместване на професионалната терминология и терминоелементи с неутрални или описателни синоними“ [52].

Много често текстовете развиват прости идеи, като ги оформят във фрази, предназначени да впечатляват, а не да информират. Като използват сложни и непознати думи или специализирана терминология, която изобилства в медицината и е непозната за пациентите, лекарите могат да оставят впечатление за прекалена сложност и тежест на медицинското състояние на пациента.

Общуването лекар-пациент се улеснява също чрез механизмите за създаване на активно отношение към лечението и за използване на по-стегнато изложение на мисълта. Тези механизми водят до предлагане на информация, която е лесно разбираема, попълване на празнотата в знанията и информираността и следване на лекарските препоръки за лечение.

Лекарите, които използват сложни, непознати думи, губят доверието на пациентите и те се насочат към други специалисти. Премахването на ненужните чуждици от официалните медицински документи е от полза за хората, защото намалява тяхното притеснение във връзка със здравословното им състояние.

Използването на думи, които събеседникът ще разбере, е много важен аспект от усилията да се постигне ясно общуване. Диалогът с пациента има много цели: да информира, да убеждава, да подкрепя, но не и да впечатлява или обърква със сложна терминология.

За да се демонстрира объркващото влияние на сложната терминология, на студентите се предоставят два текста, демонстриращи различния подход към медицинската лексика:

*1. Миастения гравис е придобито автоимунно заболяване с антитела срещу никотиновия ацетилхолинов рецептор (AChR) в невромускулната връзка или мускулно-специфичната тирозин киназа (MuSK). Това води до мускулна слабост с лесна уморяемост, която е по-изразена при упражнения и се подобрява след почивка.*

*2. Миастения гравис е придобито автоимунно заболяване, характеризиращо се със слабост и повишена умора при пациенти при тренировки, включващи мускулите.*

Изборът на разбираема лексика е техника, особено важна за прилагане в медицинската документация. Много са документите, които са предназначени за пациента и затова изискват внимателно отношение към използваната лексика.

Лекарите знаят, че значението на *едем* е *оток*. Терминологията, обаче, често е неразбираема за неспециалистите и това може да се покаже на студентите с много подходящата задача за свързване.

*Свържете медицинските термини в първата колона с обяснението им във втората. Проверете отговорите. Знаете ли значението на всички термини? Очаквате ли всички пациенти да разберат тези термини?*

*Дисфагия - затруднено преглъщане*

*Ларингиален - свързан с гърлото*

*Максиларен - свързан с горната челюст*

*Сега направете диалог между лекар и пациент. Ще трябва да вземете някои решения кои термини да използвате и кои да замените с обяснение.*

Важно е да предложим на студентите задачи, които да ги тренират за подходящите начини за използване на свързващи думи. Те изразяват причинно-следствените връзки и затова са важен елемент от обясненията на болестните процеси при комуникацията с пациентите. Изясняването на тези връзки създава яснота и формира активно отношение към медицинската ситуация. Ето възможни примерни задачи:

*Поставете свързващите думи: но, обаче, освен това, и така, на празните места в текстовете.*

Студентите могат да участват в много задачи, които да ги насочат към разликата между устна и писмена реч и необходимостта и двете да са достатъчно ясни. При разговор с пациент много лекари биха спечелили от това да направят обясненията си по-разговорни, използвайки повече лични местоимения и активни глаголи.

Понякога попълването на бланки и отговорите за болестното състояние са също ненужно сложни, като например,

*В случай, че притежателят на полицата е жив на датата на придобиване и има ..*

Писането на медицинска документация изисква ясна мисъл и стил. Студентите могат да осъзнаят, че при писането на текстове за широката общественост често е по-добре да се изхвърли написаното и да се започне отначало. До този извод учащите се стигат след следната задача, за която студентите се разделят на две групи:

*Група 1: Прочетете параграфа за фармакокинетичните свойства на лекарството.*

*Пренапишете го, така че параграфът да може да бъде включен в информационната листовка за пациентите.*

*Дайте параграфа на студенти от група 2. Проверете дали те разбират информацията. Ако не, се опитайте да редактирате листовката или да я пренапишете отново.*

На студентите могат да се предоставят редица задачи на основата на езиков материал от медицински документи. Ето едно изречение от епикриза, подходящо за редактиране и задачата към него:

*Редактирайте изречението от частта за историята на заболяването в епикризата:*

*Данните за анамнезата и документите показват исхемична болест на сърцето - бифуркационно коронарно заболяване и извършена перкутанна транслуминална ангиопластика в дясната коронарна артерия.*

Пациентите срещат трудности при разбирането и на съкращенията. Непознатите медицински съкращения напълно изключват пациента като страна в комуникацията с лекаря. Ето пример за много съкращения:

*Данните за анамнезата и документите показват ИБС - бифуркационно к.б. и извършена ПТА в ДКА.*

Дългите и необикновени думи не винаги са неподходящи. Понякога една необикновена дума е правилната за определената ситуация, изразяваща точно това, което трябва да се изрази. Възможно е медицински термин да няма съответствие в общоразговорния език. В този случай един от подходите е да се изрази смисъла описателно. Описателното изразяване на смисъла на сложната дума често налага промяна в структурата на

изречението.

Понякога редактирането е наложително както при терминологията, така и при ненужните и обстоятелствени фрази. В следващата задача освен промени за обяснение на терминологията е необходимо да се премахнат и ненужните общоезикови фрази и думи като *в случай на, като и да*, които още повече затрудняват разбирането на мисълта.

*Редактирайте, използвайки различни видове техники за редактиране:*

*В случай на микроваскуларна ангина бета-блокери се считат за начално лечение, което може да доведе до променлив отговор за подобряване на гръдната болка, тъй като те работят чрез понижаване на адренергичния тонус, намаляване на нуждата от кислород в миокарда, както и повишаване на вазодилатацията.*

Чрез премахване на ненужното, използване на по-прости думи и разделяне на изреченията може да се получи следното:

*При микроваскуларна ангина предпочитаното лечение е с бета-блокери. Те могат да доведат до различни резултати при подобряване на гръдната болка. Те понижават адренергичния тонус и намаляват нуждата от кислород за миокарда. Те също така подобряват разширяването на съдовете.*

При документите страдателният залог затруднява разбирането. Следващата задача представя типична и важна за пациента част от епикриза, в която се изреждат препоръките.

*Пациентът се изписва с препоръки за диета с ниски ниво на въглехидрати и подходящ режим за редовна физическа активност.*

Ето и един вариант, който очакваме от студентите.

*Когато изписваме пациента, препоръчваме диета с ниско съдържание на въглехидрати и редовно физическо натоварване.*

При съставянето на медицински документи е изключително важно дали материалът е организиран в логична последователност и дали подзаглавията са поставени в подходящата последователност. Тук са подходящи задачи от типа:

*Прегледайте текста и изберете подходящите подзаглавия от списъка.*

По отношение на стила текстовете се преценяват относно това дали мисълта е обяснена логично, в изречения с приемлива дължина, с кратки параграфи, с добра пунктуация и без неясен език. Важно е и дали тонът е неутрален или текстът отблъсква със сложността си. Така на студентите може да се представи задача за оценяване на текст, който насочва вниманието им към тези особености на текста.

*Прочетете (слушайте) текста и го оценете според следните характеристики:*

- логическа последователност на мисълта*
- подходящи подзаглавия*
- ясно изразяване на мислите*
- дължина на изреченията*
- разбираеми думи / език*
- ясна пунктуация*

Прекалено сложното изразяване, както в устната реч, така и в писмените документи може не само да обърка, но и да уплаши пациента. Това може да се демонстрира на студентите със задачи за сравняване на текстове, а също и за редактиране на текстове. Текстовете могат да бъдат, както представени от преподавателя, така и създадени от самите студенти. Задачите могат да се базират както на устен езиков материал, така и на писмена медицинска документация. Нека да разгледаме един пример за задача с писмен текст, който трябва да бъде значително подобрен. Тук отново главният фокус е прилагане на механизма за избягване на сложната медицинска терминология.

*Перефразируйте, за да избегнете използването на терминология, която не може да бъде разбрана от пациентите.*

*За разлика от коронарната артериална болест, сърдечният синдром X има вероятност да има по-висока честота при жените и при тези на възраст между 40 и 50 години. Жените, които имат остър коронарен синдром, имат по-голяма вероятност да развият необструктивно заболяване с приблизително 20%*

*разпространение. Заболеваемостта е по-висока при чернокожи и испаноговорящи жени.*

Ето едно от възможните предложения за перефраза:

*За разлика от заболяването на коронарните артерии, сърдечният синдром X е по-чест при жените, отколкото при мъжете и засяга пациенти на възраст между 40 и 50 години. Жените с остър коронарен синдром по-често имат необструктивно заболяване при приблизително 20% от случаите. По-висока е заболеваемостта при афроамериканските и испаноговорящите жени.*

Широката употреба на терминология в медицината дава възможност за създаване на голямо разнообразие от задачи за упражняване на механизма за замяна на думи при общуването в сферата на медицината. Съществуват и думи, които изискват да им се посвети специално внимание и отделни задачи. Такива са думи като „съвет, съвети, адресирам“, а в писмената реч – „обаче“. Често такива думи са чуждиците, които могат да се заменят с подходящи думи от родния език.

Понякога неяснотата възниква от употребата на „адресирам“ по следния начин:  
*Здравните органи адресират проблемите със социално значимите заболявания.*

Тук вместо *адресират* може да се използва *занимават се с* или *се обръщат към*. Затова студентите следва да бъдат запознати с такава лексика и нейната употреба.

Един начин за премахването на официалния, помпозен език е използването на по-прости думи. Ето примери за задачи, които макар да не съдържат много терминология, могат да бъдат подобрени. Това показва, че студентите трябва да развиват уменията си за ясно изразяване, не само по отношение на очевидно сложна терминология.

*Редактирайте, за да стане изречението по-разбираемо:*

*Екипът, воден от д-р Ч. Фолкс, ни вдъхновява за това, че експериментите с плъхове по отношение на поведението при стрес могат да помогнат за изясняване на механизмите на засегнатия фертилитет при хора под стрес.*

Това изречение, което не съдържа особено сложна терминология, също може да стане по-лесно за възприемане със следната редакция:

*Екипът, воден от д-р Ч. Фолкс, ни вдъхновява за това, че експериментите с плъхове могат да ни помогнат да разберем какво се случва, когато хората са подложени на стрес, какви са механизмите на стреса и защо се засяга фертилитета.*

В последната задача изходният езиков материал бе нарочно манипулиран, за да предизвика необходимостта от редакция. В следващата задача е запазен изказа на оригинала.

*Редактирайте това изречение от ръководство за пациента относно шизофренията.*

*"За обикновения човек е по-лесно да се справи с концепцията за рака, отколкото да се запознае със странното поведение, халюцинациите или идеите на шизофреник".*

Може да се предложи следния вариант.

*По-лесно е обикновеният човек да възприеме идеята за рак, отколкото да разбере странното поведение, халюцинациите или идеите на човек с шизофрения.*

Друг подход при справянето с непознати и сложни думи е заменянето им със синоними. Възможността за използването на синоними е голяма, защото съществува голямо разнообразие от думи със сходни значения. Например, думата "иницирам" има синоними като *започвам, почвам, стартирам*. Всички те се използват, но "започвам/почвам" са най-често използваните.

Друг начин за избягване на сложните, неразбираеми думи е реконструирането на изречението и евентуално включване на повече обяснения. Много по-книжните изрази *в случай че, освен ако* могат да се заменят с *ако*.

*Прочетете текста и намерете условните изречения. Къде в текста можете да използвате "ако"? Направете го. Какъв е резултатът?*

В тази задача целта е да се намери необичайната дума и да се замести със синоним или да се обясни.

*При възрастните хора преобладават нараняванията на ставните хрущяли. Някои пациенти идват на преглед с остра или хронична болка. Тя може да присъства при покой, да екзасерира при упражнения с тежести и да рецидивира.*

За един професионалист нито една от тези думи не е трудна за разбиране. Но при повнимателен прочит откриваме: "преобладават", „екзасербира” и „рецидивира“. Те могат да бъдат лесно заменени, съответно, с *по-чести*, *влошава* и *се появява отново*.

Простите думи правят изречението по-разбираемо и са особено важни, когато се дават инструкции, например:

*Прочетете текста и го перифразирайте, за да напишете инструкция за пациента.*

Когато се пишат информационни материали за пациентите, структурата на текста е от важно значение за разбирането им. За да могат студентите да осъзнаят предимствата на правилната структура в задачата, се използват два вида текст с еднаква дължина и тема, но единият е с ясна структура, а другият - с по-объркани и обстоятелствени обяснения. Студентите се разделят на две групи с приблизително еднакви езикови знания и умения. На всяка група се предоставя по един от текстовете и им се дава следната задача:

*Прочетете текста и попълнете информацията в таблицата. Коя група извърши по-бързо задачата? Защо? Сравнете двата текста. Коя бихте използвали, за да предоставите информация на вашите пациенти?*

След като студентите вече са оценили предимствата на ясната структура и разбираемия език при поднасяне на здравна информация на целевите групи и широката общественост, можем да преминем към задачи за редактиране на такива текстове.

*Прочетете и обсъдете редактирането на информационната брошура за Plavix. Използвайте информационната брошура: Plavix® таблетки (Clopidogrel).*

След като студентите вече бързо идентифицират фразите, които се нуждаят от редактиране, можем да преминем към творческа задача за създаване на информативен текст като следната:

*Прочетете текста относно комплексното лечение на пациенти с ХИВ и перифразирайте, за да бъде включен в информационна брошура за широката общественост. Прочетете текстовете на вашите колеги. Сравнете различните текстове и коментирайте.*

### **Комплексно лечение на пациенти с ХИВ**

Антиретровирусната терапия се препоръчва за всички пациенти с установена ХИВ инфекция, ако имат брой на CD4 клетките  $\leq 350$  клетки /  $\text{mm}^3$  или признаци на засягане на нервната система.

Пациентите с установена ХИВ инфекция с брой на CD4 клетките между 351-500 клетки /  $\text{mm}^3$  трябва да бъдат лекувани, ако имат:

Инфекция с хепатит В, когато се препоръчва лечението.

Инфекция с хепатит С в някои случаи, когато лечението за хепатит се отлага.

Нисък процент на CD4 (<14%).

Установен или висок риск от сърдечно-съдово заболяване.

Късните етапи на ХИВ пациентите трябва да бъдат лекувани (освен при наличие на туберкулоза, когато  $CD4 > 350$  клетки /  $\text{mm}^3$ ).

### **Лекарствено лечение за пациенти с ХИВ**

Антиретровирусното лечение може да причини синдром на липодистрофия, който включва преразпределение на мазнините, инсулинова резистентност и дислипидемия. Предпочитаната първоначална терапия обикновено е с три лекарства: efavirenz, tenofovir или abacavir, плюс lamivudine или emtricitabine.

При специални обстоятелства се използват други лекарства (виж насоките за лечение).

### **Други мерки**

Имунизирани срещу хепатит В, пневмококи и *Haemophilus influenzae* тип b (и вероятно също срещу грип и хепатит А). Поради имunosупресията, пациентите с ХИВ не трябва да се ваксинират с BCG ваксинация, жълта треска или жива орална ваксина срещу полиомиелит.

### **Химиопрофилактика**

*Хемопротекцията се използва за предотвратяване на инфекцията при ХИВ-позитивни пациенти.*

*Първичната хемопротекция се използва, когато броят на CD4 лимфоцитите падне под определено ниво, което прави вероятна появата на вторична инфекция.*

*Вторичната хемопротекция се използва, за да се предотврати повторната поява на инфекция.*

### **Първична протекция**

*Ранни стадии на инфекцията (Световна здравна организация (СЗО), стадии 1-3). Видът на инфекцията ще зависи от разпространението на местните заболявания. Началото на антиретровирусната терапия (АРТ, преди известна като високоактивна ретровирусна терапия) драстично намалява риска от развитие на СПИН (все по-често се нарича късен стадий на ХИВ). Представа за разпространение на инфекцията може да даде статистиката на инфекцията, която показва възможното развитие на късния стадий на ХИВ (т.нар. "заболявания -индикатори"). Данните обикновено включват поява на пневмоцистна пневмония (РСР), туберкулоза (ТВ), атипична микоплазма, кандидоза, цитомегаловирус (СМV) и токсоплазма. През последните години ТВ надхвърля РСР като най-честото заболяване - индикатор. В световен мащаб най-съществени инфекции са туберкулоза, пневмококова пневмония, херпес зостер, малария, стафилококови кожни инфекции и септицемия. От тях туберкулозата е най-разпространената и СЗО провежда съвместни превантивни / лечебни интервенции, осигуряващи грижи в домове, общностите и болниците.*

*Късен стадий (СЗО стадий 4 - еквивалентна на СПИН). Чести повтарящите се инфекции са пневмоцистит, криптокок, токсоплазма и туберкулоза.*

### **Антиретровирусна терапия (АРТ)**

*В момента е налице антиретровирусна терапия за инхибиране на репликацията на вируса на човешката имунна недостатъчност (ХИВ). Това помага да се удължи живота, да се възстанови имунната система на пациента и да се постигне състояние, което се доближава до нормалната активност и да намали шансовете за*

*развитие на вторична инфекция. Прилага се комбинация от три или повече лекарства, за да се намали вероятността от възникване на резистентност.*

Има и друг аспект на употребата на думите, която е важна за комуникацията с пациентите. Освен правилните колокации, студентите по медицина следва да умеят да използват думите в този смисъл, който отговаря на медицинския дискурс и същевременно води до разбираема комуникация. Например, думата *съветвам* може да се употребява в смисъла на: *казвам* или *информирам*. За по-ясно изразяване и за да се избегне двусмислица, е по-добре да се използва *съветвам* в смисъла на *давам съвет за*. Най-разбираема за пациентите е следната употреба:

*Ще ви дам съвети как да използвате медицинското устройство / как и кога да използвате лекарствата.*

Следователно, освен колокациите, известни знания за честотата на употребата на думите също трябва да бъдат усвоени от студентите по медицина. За тази цел може да се използва задача за сравнение.

*Прочетете двата текста - информационна брошура и научен доклад. За коя аудитория са предназначени текстовете? Разберете значението на думата "съвет/съветвам". Кои от значенията на тази дума ще бъдат по-лесно разбрани от пациентите?*

### **Задачи за използване на по-кратки текстове**

Една от особеностите на ясното писане на разбираем език е стегнатото изложение, където се изразява само най-необходимия смисъл. По-стегнатото изложение на мисълта може да се постигне със създаването на по-кратки текстове и по-ясно изразяване на мислите. Студентите трябва да се научат да използват само толкова думи, колкото са нужни.

Ето един пример за това как ненужната информация може да се пропусне:

*Ако едно дете внезапно погъделичка краката на друго дете, най-вероятно то ще се смее и ще бъде развълнувано и щастливо. Ако това дете погъделичка краката на дете*

*с аутизъм, без това дете да предвиди контакта, резултатът можеше да е съвсем различен.*

По-кратко същата идея може да се изрази така:

*Ако едно дете внезапно погъделичка краката на друго дете, най-вероятно то ще се смее и ще бъде развълнувано и щастливо. Ако едно дете с аутизъм е поставено в същата ситуация, резултатът може да е съвсем различен.*

Част от правилното писане е краткото и ясно изразяване на мислите, като се премахват излишните думи. Повечето хора, за които пишем по медицински и здравни теми, са или много заети, или са болни и понасят болка и стрес, поради което те нямат време и търпение да четат дълги и неразбираеми текстове.

Все пак не винаги по – краткият текст е по – добър, защото понякога са необходими повече думи, за да се даде ясно обяснение. Целта е студентите да се научат да пишат просто, точно, кратко и въздействащо за пациентите.

Една от рецептите за постигане на яснота при писането е да се придобият добри редакторски умения. Прилагането на добри редакторски техники е необходимо след писането на текст, като редактираме както веднага след създаването на текста, така и след отлагане във времето, когато текстът звучи почти като чужд.

Един от начините студентите да усвоят тази техника е да я следват в рамките на поставената им задача. Задачата се провежда в две занятия. През първото студентите създават текст въз основа на дадена информация в таблици, графики и др. След създаването на текста студентите трябва да отбележат местата, които според тях имат нужда от допълнителна редакция. Текстовете се събират от преподавателя и след няколко занятия отново се предават на студентите за редакция. След редакцията се сравняват промените в текста по време на редакцията и тези места, които не са доработени, според студентите, веднага след написване на текста. Така студентите забелязват, че при редакцията, отложена във времето, те са много по-критични, което потвърждава, че отлагането на редакцията във времето е един ефективен метод за усъвършенстване на текста. С тази симулация на отлагане на редакцията на текста студентите се убеждават от ползата от нея. Ако тази задача се повтаря няколко пъти, студентите могат да придобият навика да използват тази техника при писане и редактиране.

В хода на тази задача студентите могат да придобият умения за редактиране, като набелязват и отстраняват ненужните думи. Те се запознават с важна техника за справяне с дългите и неясни текстове: 1 Набелязване на ненужните думи, 2 Отстраняване на излишното, запазване на нужното. Ето и задачата:

*Идентифицирайте ненужната фраза и перифразирайте изречението, като я премахнете.*

*Заслужава да се отбележи, че няколко изследвания при животни и проучвания върху хора показват, че неблагоприятните условия на околната среда могат потенциално да предизвикат структурни и функционални мозъчни промени при младежи и възрастни.*

Резултатът е:

*Няколко изследвания при животни и проучвания върху хора показват, че неблагоприятните условия на околната среда могат потенциално да предизвикат структурни и функционални мозъчни промени при младежи и възрастни.*

Най - лесно забележимите думи са повторенията. Забелязването на такъв вид проблем става по - трудно, когато разстоянието между повторените думи се увеличи. В следващата задача това се случва с думата *стигма*.

*Намерете повторенията, които можете да избегнете и да перифразирате текста:*

*Успехът на антиретровирусната терапия (ART, предишна високо активна ретровирусна терапия) революционизира начина, по който мислим за ХИВ инфекцията, тъй като много по-малко пациенти сега стигат до стадия на СПИН, което - поради стигмата около диагнозата - все повече се нарича Късна фаза на ХИВ инфекцията. И двата термина се използват взаимозаменяемо в тази статия, тъй като стигмата върху СПИН все още продължава.*

Дължината на изреченията може да се намали, а смисълът да се изясни, като в следната задача.

*Редактирайте изреченията, като изрежете ненужната фраза.*

*Необходимо е да се положат повече усилия за обучението на пациентите.*

Новият вариант може да бъде:

*Необходима е повече работа за обучението на пациентите.*

В научните статии също има много ненужни фрази, които могат да се съкратят. Студентите могат да работят и с текстове от научни изследвания, които да се включат в подобни задачи:

*Премахнете ненужната фраза в това изречение, взето от раздела "Резултати" на изследователска статия. Направете изречението по-кратко и по-ясно.*

*Вече се знае, че повечето от вредните ефекти от консумацията на алкохол се появяват, защото наличието на алкохол в кръвта на плода предизвиква широко разпространена клетъчна смърт в мозъка на плода.*

Предложението за студентите е:

*Повечето от вредните ефекти от консумацията на алкохол се появяват, защото наличието на алкохол в кръвта на плода предизвиква широко разпространена клетъчна смърт в мозъка на плода.*

Механизмът за по-стегнато и ясно изложение на мисълта се реализира и при премахване на потенциално излишни фрази, като "трябва да се посочи, че", "трябва да се отбележи, че", "ще ви информирам, че" и "бих подчертал, че". Друг вариант е да се заменят само с глаголите *посочвам*, *отбелязвам*, *споменавам*. В следващите изречения излишните думи са подчертани, като на студентите се поставя задачата:

*Премахнете ненужната фраза и оценете резултата.*

*Трябва да отбележа*, че съм законно задължен да ви информиран за последиците от операцията.

*Бих искал да се възползвам от тази възможност*, за да се извиня за забавянето в отговор на вашата жалба.

*Трябва да се оцени, че винаги има елемент на по-слабо докладване на злополуки, особено ако никой не е ранен. Следва също да се отбележи, че данните ни за*

*произшествия изключват случаите, при които системата за предотвратяване на експлозии работи ефективно.*

*Трябва да подчертая в този момент, че комисията изрази голяма загриженост към вашия случай на последното си заседание.*

Ето още думи, които често могат да се съкратят. Такива са "ситуация", "аспект", "заведение", "проблем", "елемент", "фактор" и "концепция".

Друг израз, който често води до многословие, е „с оглед на факта”.

*С оглед на факта, че вирусът се движи надолу по засегнатия нерв в продължение на период от 3 до 4 дни, симптомите се появяват няколко дни, след като вирусът е навлязъл в тялото на пациента.*

Предложената перифраза е:

*Тъй като вирусът се движи надолу по засегнатия нерв в продължение на период от 3 до 4 дни, симптомите се появяват няколко дни, след като вирусът е навлязъл в тялото на пациента.*

### **Задачи за по-широко използване на деятелен залог за създаване на активно отношение към проблемите**

Определено деятелният залог може да направи текста по-стегнат, по-личен и да насочи вниманието ни към действията в изречението. За да насочим студентите към предимствата на употребата на деятелен залог, в началото е подходящо да установим в каква степен те могат да разграничават деятелния и страдателния залог. Това може да се направи на основата на сравняване на два текста.

*Прочетете двата текста. Каква информация дават те? Как е свързан типът информация с широкото използване на деятелния или страдателния залог?*

По-нататък, задачата може да продължи с изречения и преобразуване от единия залог в другия.

*Перефразируйте, като използвате деятелен залог на глагола, за да улесните пациента да разбере информацията:*

*1. През последните десет години са разработени алтернативни възможности за лечение и много жени предпочитат варианта за лечение без рисковете, свързани с хирургическа процедура.*

*През последното десетилетие учените разработиха алтернативни възможности за лечение и много жени предпочитат варианта за лечение без рисковете, свързани с хирургическа процедура.*

*2. Исторически, прогестационните агенти са били използвани рано по време на бременността в опит да се предотврати спонтанен аборт.*

*Исторически, жените са използвали прогестационни агенти рано по време на бременността в опит да се предотврати спонтанен аборт.*

*3. Възможните ползи за здравето от консумацията на мед са документирани в ранните гръцки, римски, ведически и ислямски текстове, а лечебните качества на меда са били споменати от древни философи и учени, като Аристотел и Аристоксен.*

*Здравните ползи от консумацията на мед са документирани в ранните гръцки, римски, ведически и ислямски текстове. Философи и учени като Аристотел и Аристоксен споменават лечебните свойства на меда.*

Добре е в задачите да се включат и изречения, които дават възможност за няколко различни начина за перифразиране, като следното:

*1. По-специално, интересът понастоящем се фокусира върху връзката между клетките убийци и репродуктивната недостатъчност.*

*1.а В частност, ние понастоящем се фокусираме върху връзката между клетките убийци и репродуктивната недостатъчност.*

*1.б. По-специално фокусът е върху връзката между клетките убийци и репродуктивната недостатъчност.*

Освен езиков материал от наръчници за пациенти, за задачите може да се използват и текстове от научни изследвания.

*Използвайте активния залог, за да направите научно-изследователския текст по-лесен за разбиране.*

*1. Интересното е, че ефектите на aPL върху трофобластната функция са обърнати, поне in vitro, с хепарин с ниско молекулно тегло.*

*Интересното е, че хепарин с ниско молекулно тегло обръща ефектите на aPL върху трофобластната функция, поне in vitro.*

*2. Тези анемии са характеризирани от аномалии на кръвта и костния мозък от нарушения ДНК синтез.*

*Аномалии на кръвта и костния мозък от нарушения ДНК синтез характеризират тези анемии.*

Важно е да се подчертае, че изборът на деятелен или страдателен залог може да има важна роля за подчертаване на смисъла и това може да се представи на студентите с подходящи задачи.

*Използвайте деятелния залог, за да перифразирате изречението, така че да се разкрият по-ясно причините и ефекта.*

*Всички деменции са причинени от смъртта на мозъчните клетки и невродегенеративните заболявания. Прогресивната смърт на мозъчните клетки, която се случва с течение на времето, стои зад повечето деменции.*

Резултатът е:

*Смъртта на мозъчните клетки причинява всички деменции и невродегенеративни заболявания. Прогресивната смърт на мозъчните клетки, която се случва с течение на времето, стои зад повечето деменции.*

За да степенуваме сложността на задачите е важно след анализ на отделни изречения да преминем към нивото на текста, за да се открие значението на употребата на деятелния

залог за общия смисъл на едно по-дълго изложение. Задачата може да е формулирана така:

*Прочетете двата текста. Кой е текстът, където страдателният залог се използва по-широко? Какво е характерно за този текст? Перифразирайте повечето от изреченията и използвайте деятелен вместо страдателен залог. Обсъдете резултата.*

Ако повторим това упражнение с различни видове текстове, предназначени за обществеността или целеви групи от пациенти и здрави хора, студентите се запознават с големите възможности да се използва деятелен залог за ясна комуникация с неспециалисти. В допълнение, използването на деятелен залог при създаване на текстове в задачите и дейностите позволява да се създават полезни навици за писане.

За тази цел може да се работи върху научни доклади и научни съобщения, които, макар насочени към академична аудитория, те също трябва да предават информацията максимално ясно. В това отношение студентите следва да се научат да използват деятелен залог и местоимението „ние“, за да посочат екипа, който е работил по изследването.

*Пример: Използвайте деятелния залог, за да подчертаете кои са извършителите на изследването.*

*Хлътналите очи и сухата лигавица също се оказват полезни като симптоми, въпреки че способността им да подсказват заболяването е по-малка от горните три признака.*

Най-добрата перифраза, предложена от студентите, е:

*Открихме, че хлътналите очи и сухата лигавица са полезни като симптоми, въпреки че способността им да подсказват заболяването е по-малка от горните три признака.*

Много научни списания, включително *British Medical Journal* и *Lancet* насърчават авторите да ползват деятелен залог и местоимението „ние“.

Много по-честата употреба на страдателен залог в научната реч често влияе и върху разговорните умения на студентите по медицина и когато обясняват промяна в някоя

анатомична структура или процес, те използват страдателен залог по-често, отколкото е необходимо. За да се избегне прекомерната употреба на страдателен залог от студентите, можем да използваме следната система от задачи. Предварително на студентите е поставена следната задача за домашна работа:

*Прочетете главата за рака на пикочния мехур.*

*Подготвителен етап: Студентите от група 1 задават въпроси за анатомичните или физиологичните промени, за които са прочели. Студентите от група 2 отговарят на въпросите (На дъската са записани някои ключови думи във връзка с обсъжданите процеси.)*

*Вариант на подготвителния етап е беседа на преподавателя със студентите по темата.*

*Работен етап: Образувайте двойки и направете диалог между лекар и пациент за анатомичните или физиологичните промени. (Диалозите се записват.)*

*Заключителен етап: Всички студенти слушат диалозите и избират най-разбираемите описания.*

Повечето листовки за лекарства обясняват какво хората трябва или не трябва да правят с едно лекарство. Информацията е за това как, кога и колко време пациентите ще вземат лекарството, затова изреченията в текста на листовката могат да започват с „Вие би трябвало“ или „пациентът трябва“, а не само с „лекарството трябва да се взема“.

Извеждането на извършителя пред глаголите фокусира вниманието върху него. Ако се използват думи като *ние, наш, вие, ваш*, това подобрява комуникацията с пациентите и целевите групи. Тогава ще изчезнат изречения от вида:

*Лечението с рисперидон може да се предложи за подобряване на поведенческите симптоми и за потискане на разстройствата на растежа.*

Вместо този безличен текст с неясен адресат можем да дадем задача на учащите да напишат изречение, което ще скъси дистанцията между лекаря и пациента. Много по-лично звучи следното обяснение към родителите на пациента.

*Аз ще предложа лечение с рисперидон за подобряване на поведението на вашето дете*

*и противодействие на разстройствата на растежа.*

За да подчертаете активното отношение и действие, ако пишете от името на двама или повече души, използването на "ние" и "наш" подчертава личния принос и обвързаност с получените резултати. Вместо безлично изречение като следното:

*Други антипсихотици, стимуланти и селективни инхибитори могат да се използват от експерти, за да се помогне за контролиране на проблемно поведение.*

можем да обвържем информацията с лична отговорност.

*Ще използваме други антипсихотици, стимуланти и селективни инхибитори, за да контролираме проблемно поведение.*

### **Задачи за използване на повече глаголи**

Използването на повече глаголи придава действеност на текста и приканва и слушателите/ читателите да бъдат по-активни. Това е едно лингвистично средство, което само по себе си насърчава да се извършат някакви действия. То е пряко свързано с механизма за създаване на активно отношение и действия. Това е и основна цел на здравните кампании.

Една от полезните техники за лекарите е да използват глаголи, когато дават съвети на пациентите. Инструкциите за следване на начин на живот или за медицински процедури също са най-ефективни, когато са изразени с глаголи.

В повечето изречения можем да използваме глаголи, за да изразим действия, както правим, когато говорим. За да насочим вниманието на студентите към възможностите за изразяване с по-жив език чрез използване на глаголи и за подтикване към действия, можем да им дадем следната задача:

*Сравнете двойките изречения. Кое разбирате по-лесно? Каква е разликата между изреченията?*

*1. Хистологичното потвърждаване на задържането на тези продукти е рядко. Следователно, профилактичното лечение е най-доброто в такива клинични случаи.*

*1а. Изследователите рядко потвърждават хистологично задържането на такива продукти. Затова лекарите се справят с такива клинични случаи най-добре с профилактика.*

*2. Подобно обяснение може да се даде и за липсата на корелация между резултатите от SES и обема на сивото вещество при депресирани юноши в това проучване.*

*2а. Липсата на корелация между резултатите от SES и обема на сивото вещество е обяснена по подобен начин при депесираните юноши в това проучване.*

Разнообразни изречения могат да се перифразират, като се използват глаголи.

*Променете изреченията с помощта на глагол.*

*1. Това заболяване кара хората да загубят способностите си за говор, които някога са имали.*

*2. Вирусите на хепатит В и С разчитат на същия тип защитна обвивка и за унищожаването им могат да се използват наночастици.*

Възможни са следните перифрази:

*1а. Това заболяване кара хората да загубят способностите си да говорят, които някога са имали.*

*2 а. Вирусите на хепатит В и С разчитат на същата защитна обвивка. Наночастици могат да се прилагат, за да ги унищожат.*

Често глаголът се превръща в съществително, което се нуждае от друг глагол. Това е така наречената „номинализация“. Преодоляването на номинализацията, която маскира глаголите, е подходящ начин да се изрази действеност. В началото е подходяща задача, която да покаже разликата между текст, характерен с употребата на прекомерна номинализация, и друг текст със същото съдържание, но със силна употреба на смислови глаголи в деятелен залог.

*Пример: Прочетете (слушайте) две съобщения. Сравнете ги. Кое от двете изразява по-ясно послание? Кое от тях е по-подходящо да се използва при говорене с пациенти?*

### *Патогенеза*

*Раковата кахексия представлява клинична последица от взаимодействието между злокачественото образование, метаболизма на гостоприемника и включването на провъзпалителни цитокини. Клиничното представяне при кахексия може да се характеризира с ускорена скелетна мускулна дистрофия, често придружена от анорексия и дисгезия. Изясняването на заболяването включва увеличаване на ензимите, протеин киназа R, което води до мускулна атрофия чрез процес на потискане на протеиновия синтез и увеличаване на разграждането.*

*Загубата на липидна тъкан е причинена от липолиза, причинена от редица химични тригери.*

### *Патогенеза*

*Туморът, метаболизмът на гостоприемника и провъзпалителните цитокини взаимодействат, за да доведат до кахексия на рака. Промените, наблюдавани при кахексия, могат да бъдат ускорена загуба на скелетната мускулатура, както и загуба на апетит и променен вкус. Механизмите на заболяването не са напълно ясни, но е известно, че заболяването се появява, когато ензимите се увеличават и протеин киназата R води до мускулна атрофия. Протеиновият синтез намалява и разрушаването на протеините се увеличава. Химични тригери водят до разрушаване и загуба на мастна тъкан.*

*Друга задача предвижда слушане на инструкции за лечение и оценка на въздействието им върху пациента.*

*Прослушайте двете съобщения. Сравнете ги. Кое изразява по-силно послание за действие? Кое е по-подходящо да се използва при говорене с пациенти?*

*1. Съветите за това как да реагирате незабавно на симптомите на обостряне, включват започване на перорална кортикостероидна терапия, започване на антибиотична терапия и коригиране на бронходилататорната терапия за контрол на симптомите.*

*2. Обмислете кога и как да се свържете с медицински специалист, ако симптомите не се подобряват.*

3. *Насърчаването на пациентите с ХОББ да спрат тютюнопушенето е един от най-важните компоненти на лечението. Всички пациенти с ХОББ, които все още пушат, независимо от възрастта, трябва да бъдат насърчавани да спрат и да им се предложи помощ при всяка възможност.*

4. *Хранене: трябва да се изчисли индексът на телесната маса (BMI). Ако BMI е аномален (висок или нисък) или се променя с течение на времето, пациентът трябва да бъде посъветван относно храненето. Ако BMI е нисък, пациентите трябва също да получат хранителни добавки, за да увеличат общия си калориен прием и да бъдат насърчавани да започнат упражнения, за да увеличат ефекта от хранителните добавки.*

1а. *Когато се чувствате по-зле, посетете лекар, за да започнете лечение с кортикостероиди през устата, започнете лечение с антибиотици и коригирайте лечението за разширяване на бронхите за по-лесно дишане.*

2 а. *Помислете дали да се свържете с медицински специалист, ако симптомите не се подобряват.*

3 а. *Опитайте се да спрете да пушите.*

4а. *Изчислявайте индекса на телесна маса (BMI) редовно. Ако не е нормален, потърсете съвети за храненето. Вземете хранителни добавки, за да увеличите калориите и започнете да се упражнявате.*

На следващия етап студентите могат сами да се опитат да редактират текста, като намалят степента на номинализация.

*Прочетете текста. Помислете за начини да го перифразирате и да използвате по-голямо количество глаголи за повече действеност.*

*Лечение на бебешки колики без лекарства*

*Родителите на бебета с колики често се нуждаят от подкрепа, тъй като те се безпокоят за причината за плача и поради очевидната им неспособност да помогнат на детето.*

*Един грижовен и състрадателен лекар може да помогне при лечение на коликите.*

*Общият съвет към родителите може да включва всичко, което е необходимо по отношение на режимите на хранене, температурата на стаята на детето и дрехите, носени от детето, заедно с обяснение за вероятния ход на заболяването.*

*Родителите могат да бъдат посъветвани да споделят грижите за децата, а също и с приятели / баби и дядовци, докато този етап не отmine, за да се предотврати физическо и умствено изтощение.*

*Съществуват известни научни доказателства в подкрепа на употребата на формула на казеинов хидролизат (напр. Nutramigen® и Pregestimil®) при кърмачета, хранени с бебешко мляко, а също и диета за майката с ниско съдържание на алергени (напр. ниско съдържание на соя, яйца, фъстъци, мекотели) при кърмени бебета с бебешки колики.*

*Не е доказана ролята на употребата на соеви формули или лактазна терапия при лечението на бебешки колики и тези интервенции не се препоръчват.*

*В момента няма достатъчно данни, за да се направи препоръка за ефекта на пробиотиците върху бебешките колики.*

Редактирането на чужд текст или създаването на собствен текст са подходящи централни задачи за дейности с цел създаване на умения за оказване на по-силно влияние върху пациента.

*Редактирайте, за да избегнете ненужната номинализация:*

*1. Това объркване у много хора идва от факта, че двете събития могат да се случат едновременно.*

*1а. Фактът, че две събития могат да се случат едновременно, може да обърка много хора.*

Задачите дотук са насочени към употребата на повече глаголи. Преодоляването на номинализацията може да се тренира. Студентите могат да бъдат запознати и тренирани да изпозват основните техники за подобряване на изречения, съдържащи номинализация. Възможни са задачи за перифразиране на трите типа структури: номинализация, свързана с глаголите „съм“ или „имам“; номинализация, свързана с

деятелни глаголи или инфинитиви; номинализация, свързана с глаголи в страдателен залог.

При номинализацията с употреба на „съм“ или „имам“ тези глаголи могат да участват с техни форми в различни граматични времена. Например, при „съм“ това са „е“, „са“, „беше“, „бяха“, „бе“, „ще бъде“ и т.н., а при „имам“ - „има“, „имаше“, „ще имам“ и т.н..

Много изречения, чиито единствени глаголи са форми на на „съм“ или „имам“, са съвсем ясни и коректни, като например:

*Всички животни са равни, но някои животни са по-равни от другите.*

*Налице е подробна информация за лечението.*

При участието на тези глаголи във фраза с отглаголно съществително често е възможно изречението да се подобри. Ето и задачата за студентите:

*Използвайте глагол вместо фраза с "има" или "съм", за да направите изречението по-ясно:*

*Пациентите, които имат повтарящи се дислокации, трябва да имат оценка въз основа на ултразвуково изследване.*

Много по-ясен е следният израз:

*Трябва да оценим пациентите с повтарящи се дислокации въз основа на ултразвуково изследване.*

Ето още един пример с добре познатата фраза *има влияние*, с която студентите могат да бъдат запознати, тъй като тя лесно се заменя с глагола *влияя*. При перифразирането е съществено да обръщаме внимание на целта на перифразата, а именно, по-голямо въздействие върху получателя на съобщението.

*Перифразирайте, избягвайте използването на "има". Как промяната влияе на въздействието на съобщението върху слушателя?*

*1. Лечението на пациентите има пряк ефект върху напредъка при възстановяването.*

*1а. Лечението на пациентите засяга пряко напредъка при възстановяването.*

Комбинацията от форма на съм и съществително се открива лесно. Ето защо студентите не се затрудняват и от следната задача:

*Перефразирай, избягвайки номинализацията.*

*1. Първоначалното намерение на изследователите е да оценят състоянието на оборудването.*

*1а. Първоначално изследователите възнамеряват да оценят състоянието на оборудването.*

Номинализацията, свързана с деятелните глаголи или инфинитивите, е лесна за редактиране, тъй като присъствието на деятелни глаголи обикновено означава, че редът на думите може да бъде запазен. Затова задачите за тази перифраза не затрудняват студентите:

*Перефразирайте:*

*От съществено значение е, че възрастните се стремят към 7 до 9 часа сън всяка нощ, за да получат здравословните ползи на съня, но това е особено вярно за тези, които се занимават с битката с хронично заболяване.*

Съществителното е *полза*, подкрепена от глагола *получавам*. При редакцията може да се използва глагола *възползвам се*.

*Изключително важно е възрастните да се стремят към 7 до 9 часа сън всяка нощ, за да се възползват от съня, но това е особено вярно за онези, които се борят с хронично заболяване.*

В докладите на лекарските комисии също широко се използва номинализация, а бъдещите лекари трябва да обърнат особено внимание на писането на медицинска документация, която се чете и от пациентите.

*Направете изречението по-лесно за разбиране:*

*1. Комисията направи оценка на състоянието на пациента въз основа на медицинските изследвания.*

*1а. Комисията прецени състоянието на пациента въз основа на медицинските изследвания.*

Преодоляването на номинализацията, свързана с глаголи в страдателен залог, е по-трудна за усвояване, защото смяната на страдателен с деятелен залог променя словоредата. Това изисква повече упражнения за перифразиране.

*Перифразирайте, като превърнете съществителните в глаголи:*

*1. От министерството е получено уведомление, че е дадено разрешение за лечение в чужбина.*

Съществителните са *уведомление* и *разрешение*, които могат да се заменят с глаголите *уведомявам* и *разрешавам*, като студентите биват инструктирани да запазят глаголното време и смисъла на изречението.

*1а. Министерството ни уведоми, че е разрешило лечение в чужбина.*

Различните видове задачи за създаване на по-ясни и въздействащи текстове оказват голямо влияние върху начина на изразяване на студентите по медицина. При груповите дейности с различни текстове те се убеждават в значимостта на яския изказ за по-лесното разбиране на текста. Тези задачи водят и до промяна в начина, по който студентите се научават сами да се изразяват, като мисълта им е по-ясно формулирана и по-въздействаща.

#### **4.1.2. Комуникативни задачи за развиване на умения за вземане на медицински решения**

Един от подходите към повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари е да се фокусираме върху определен езиков механизъм, който да се тренира. Друг подход е да се съсредоточим върху даден етап на медицинския преглед и да тренираме различни езикови механизми за комуникация във връзка с този етап. Съществуват, обаче, дейности като вземането на решения, които се свързват с много етапи от медицинската дейност и за които се използват множество техники за комуникация.

Затова разглеждаме и комуникацията при вземането на медицински решения и какви задачи и дейности могат да се използват за подготовката на бъдещите лекари за нея.

Решението може да се дефинира като конкретна поредица от действия, избрана сред няколко алтернативи, след необходимото обмисляне на всички фактори, определящи и свързани с проблема [144, 149]. Най-значимата особеност на вземането на решение е множествеността на алтернативните избори, но веднъж започната, медицинската терапия не винаги може да се замени с друга [103].

В сферата на медицината лекарските решения и езиковата комуникация във връзка с тях оказват изключително влияние върху здравето и физическото и психическо състояние на болните и на техните близки [190]. В действителност езиковата комуникация за вземане на решения се отразява на всички отношения между лекар, пациент, близки, болница и здравна система като цяло [212]. На фона на всички тези фактори уменията за вземане на решения са незаменими за бъдещия лекар [183]. Увереността в такива моменти се основава и на добрите езикови умения за осъществяване на ефективна, адекватна комуникация по повод терапията. [221].

Всяко решение е продиктувано от определени фактори, които действат в процеса на вземането му [72]. Вземането на решение е свързано с логическа оценка, основана както на личен, така и на професионален опит. Процесът на вземане на решение започва с подреждане на алтернативите [158]. Следва оценка на значимостта им, сравнение и избор на предпочитаната [149]. За този аспект на вземане на решението могат да се приложат различни задачи, основани на обработване на медицинска информация. Ето една поредица от задачи, които оформят езикова дейност, логична, както от гледна точка на обучението по комуникация, така и от гледна точка на медицинската практика:

Студентите се разделят на групи, като всяка група се запознава с научна информация по даден медицински проблем и/или начин за лечението му.

*Прочетете текста от научното изследване, раздаден на вашата група и направете бележки. Когато сте в клас, всяка група дава кратко устно обобщение на характеристиките на проблема и вида на лечението. Участвайте в дискусия с пациент, очертавайки предимствата и недостатъците на различните видове лечение.*

Този ред на провеждане на учебната дейност следва естествения ред на получаване на информация, обмисляне, обсъждане и вземане на решение. Именно липсата на реализъм при осъществяване на езиковите задачи и привидния реалистичен контекст е посочен като недостатък на много езикови задачи, които авторите определят като комуникативни с реалистичен контекст [243].

Началото на последната задача може да се свърже не с четене с разбиране, а със слушане с разбиране, ако един от студентите поеме ролята на пациента и след изчитане на медицински казус представи набора от симптоми пред колегите си. Тогава задачата ще започне по следния начин:

*Слушайте пациента, опишете неговите симптоми и след това обсъдете възможните алтернативи за лечение.*

Крайт на тази езикова дейност също може да се осъществи с различни варианти. Те се основават на използването на различни умения.

*Напишете кратко обобщение / описание на случай въз основа на информацията в дискусиата.*

Може да се активизира и умението за устна продукция.

*Направете устна презентация пред колегите си, като опишете случая / алтернативите за лечение.*

Информацията се събира и анализира, като се сравняват всички предимства и недостатъци и се избира най-подходящата възможност, като това е подход, използван и в обучението по медицински дисциплини [123]. Така прилагането му изглежда естествено, информативно натоварено и смислено за студентите. Различните подходи за разработване на този етап включват сравнение чрез намиране на прилики или разлики между различни видове текстове.

*Сравнете трите вида лечение на болестта в научната статия и избройте приликите и разликите.*

*Прочетете медицинските заключения за двама пациенти, претърпели една и съща операция. Запишете приликите и разликите в състоянието и лечението на пациентите и ги обсъдете с тях.*

Въпреки че обикновено има разумно време за оценка и преоценка, някои медицински ситуации изискват незабавно решение особено, когато се касае за нечий живот. Затова е важно да се практикуват както логическите, така и комуникативните умения, необходими за „мозъчната атака“.

*Прочетете бележките за състоянието на пациента и направете „мозъчна атака“ с вашите колеги, за да изберете една от животоспасяващите алтернативи.*

*Изслушайте информацията за жизнените показатели на пациента и ги обсъдете с колегите си, за да изберете една от животоспасяващите мерки.*

Процедурният модел при вземане на медицински решения включва различни етапи [76, 140, 158]. Дефинирането на проблема може да стане повод за задачи, които симулират реални особености на взимането на решение в медицината [226]. Идентифицирането на проблема и последващите стъпки за справяне с него могат да станат основа и за езикови задачи. Въпреки наличието на достъпна информация, лекарят може да не я използва заради събитие или фактор, които са от по-голяма важност в даден момент.

*Пациентът трябва да бъде приет в болница във връзка с планирана операция. Кръвното му налягане, обаче, е над нормалните граници. Поемете ролята на лекуващия лекар и направете диалог с пациента, като обсъдите отлагането на операцията, докато кръвното налягане се сведе до нормалните граници.*

Понякога лекарите използват достъпна, лесно запомняща се информация, за да се справят с рутинни проблеми на голям брой пациенти [124, 252]. За рутинните проблеми бъдещите лекари могат да се подготвят с практикуване на използването на подходящи езикови средства [92]. Такива задачи могат да се свържат с характерни медицински проблеми.

*Направете диалог с пациент, като обясните усложненията на грипа на пациента.*

*Дайте съвет на подрастващ пациент за лечение на акне.*

Рутинните езикови задачи в реалността са свързани с рутинни дейности [250], а такива са и етапите на лечебния процес. Следователно, за обучаемите ще бъде полезно езиковата им подготовка да им помага при рутинни комуникативни ситуации. Снемането на анамнеза е рутинен етап на медицинската дейност и комуникация и обучаемите могат целенасочено да се готвят за него със задачи като следната:

*Подгответе списък с въпроси, подходящи за снемане на историята на пациента с гастрит / конюнктивит / подагра.*

Вземането на медицински решения се основава на правилния подход към проблема. Редица медицински проблеми могат да се преодолеят чрез симптоматично лечение [61, 122]. Пациент с температура и хрема може да бъде лекуван успешно симптоматично без допълнителни изследвания. За това е важно, обаче, да се разкрие пълната налична информация, която пациентът може да предостави. Диагностичният процес се базира на правилото на задаване на максимален брой въпроси [120]. Шестте основни въпроса при всяко разследване – *какво, кой, къде, кога, как и защо* - важат и при снемане на медицинската история. Въпросите на лекаря са насочени към същността на заболяването, към непосредствените му прояви, тежест и продължителност, за да може лекарят да оцени правилно състоянието на пациента [130, 195]. Важно е да се тренират уменията за задаване на смислени въпроси в професионален контекст [77], например, във връзка с историята на заболяването, за което са подходящи следните дейности.

*Изслушайте диалозите, които имат за цел да снемат историята на различните пациенти. Какви други въпроси можете да зададете? Направете диалозите.*

Тази дейност се фокусира върху умения за устна рецепция и интеракция. Учебната дейност, базирана на снимане на анамнеза, може да започне с четене и да продължи с устна интеракция.

*Прегледайте досието на лекаря относно симптомите на пациента. Опитайте се да изиграете диалога за изясняване историята на заболяването въз основа на бележките.*

Вземането на медицинско решение е свързано с етапа на събиране на информация и определяне на диагнозата [199, 228]. За да се постави точна диагноза се анализира

голямо количество информация [59, 185]. Този етап може да вдъхнови много разнообразни задачи. Ето задача за свързване.

*Свържете симптомите с различните диагнози. Направете за вашите колеги устно описание на различните заболявания.*

Задачите и дейностите могат да са много по-детайлни. За да не бъдат залети с информация, студентите се разделят на групи и дискутират само ограничена част от предоставената информация.

*Различни групи студенти четат различни части от информацията за заболяването. Опишете въображаем клиничен случай на това заболяване. Всяка група създава информацията от своята част въз основа на текста от предишната група. Група 1 изброява симптомите на пациента. Група 2 предлага необходимите лабораторни тестове и очакваните лабораторни резултати. Група 3 разглежда диференциалната диагноза на пациента. Група 4 предлага начини на лечение.*

*Задачата може да завърши с писмено описание на заболяването, написано от всеки студент или по групи.*

Последната задача може да се повтаря с различни заболявания и медицински проблеми, като дава възможност за ангажиране на голямо речниково богатство и диалогични умения, като се симулира лекарски консулт.

Редица задачи и дейности развиват уменията за дискусия, при която могат да се използват всички или комплекс от езиковите механизми, предложени в Модела за повишаване на комуникативните умения на студентите.

За да се обсъжда една тема от студентите и да се активизират техните езикови умения е необходимо те да са запознати с фактологическата информация относно дадената медицинска ситуация. Ето защо обикновено предварително те могат да се запознаят с необходимата информация чрез слушане или четене с разбиране. Текстовете предложени за четене могат да са с източник като научна статия или описание на медицински случай. Могат да се използват и текстове, създадени от други студенти, работили по темата преди това. Така ако студентите се чувстват уверени в познанията

си по темата, това ще ги окуражи да използват по-свободно езиковите си умения във връзка с нея.

Предварителната информация възбужда интереса на студентите особено, когато отразява съвременното състояние на проблема. Така например, относно социално значими заболявания информацията може да бъде предоставена чрез статистически данни от Евростат. Могат да се използват и проучвания и анкети.

Възможно е студентите да разгледат различни твърдения и да разискват всяко възможно решение на проблема. След това групите биха могли да сравнят идеите си с тези на другите групи, които обсъждат решения. Този подход е в съответствие с разбирането за осъществяване на „задълбочена комуникация“ (“in-depth communication”), като не се повтарят факти, а информацията се обработва, като се задават въпроси, предизвиква се реакция, дебатира се, сравнява се, опипва се почвата и се гради хипотеза [162]. Такъв подход обхваща задачи, водещи към дискусия.

*Прочетете две статии, подкрепящи различни методи за лечение. Обсъдете плюсовете и минусите на двата метода и ги разяснете на пациентите.*

Така може да се зададе учебна задача, като се представят варианти за решение при лечение на остър артрит.

*Съществуват различни подходи за локално консервативно лечение на остър артрит: локални гелове или локални инжекции. Дайте аргументи за всеки подход, въз основа на продължителността на лечението, ефективността, предпочитанията на пациентите.*

Студентите сами решават дали да се обосноват със собствени разбирания, с научни данни или със статистика.

Когато става дума за добре познат проблем с достатъчно информация, може да се подходи към решението с мозъчна атака в група.

*Обмислете и дискутирайте лечението на грип и възможните алтернативи за лечението на конкретен пациент.*

Много продуктивни са дискусиите, когато трябва да се вземе решение по важни въпроси на общественото здраве.

*Прочетете текста относно правото на жените на аборт. Формулирайте две групи според мненията „за“ и „против“. Всяка група трябва да обсъди и формулира аргументите си. Проведете дискусия между двете групи.*

При дискусията вътре в групата на съмишлениците се наблюдава голямо внимание към езиковия изказ и това е подходящ момент за езикова работа. Така се работи върху ефективната комуникация и изразяването на смисъл. При общата дискусия е съществено да се фокусира вниманието не само върху думите на главните докладчици от всяка група, но и на всеки член от нея, който участва дори с откъслечни коментари.

Вземането на медицински решения преминава през избор измежду алтернативите [135]. Например, когато трябва да се избира между Цезарово сечение и раждане per vias naturalis, трябва да се отговори на всички въпроси относно възможния изход. Те включват „какво е състоянието на плода?“, „нормалното раждане застрашава ли здравето му?“, „Цезаровото сечение ще осигури ли по-добро постпартално състояние?“, „какви са рисковете за бебето и майката в конкретната ситуация?“ и много други медицински въпроси, които ще доведат до правилното решение. Друг пример е изборът между пълна и епидурална анестезия по време на раждане.

В това отношение е подходяща и следната учебна задача.

*Разсъждавайте върху плюсовете и минусите на епидуралната анестезия по време на раждане. Претеглете рисковете за майката и детето.*

Може да се премине от общите към конкретните измерения чрез разглеждането на казус.

*Разгледайте данните за състоянието на бременната жена. Обсъдете с нея показания за епидурална упойка.*

В практиката всеки, който е изправен пред вземане на решение, трябва да бъде напълно наясно със ситуацията и да подложи всеки съпътстващ фактор на изчерпателна оценка. Въпреки че в случай на спешност може да е изключително трудно да се преценят всички обстоятелства, лекарят няма друг избор, освен да ги идентифицира и

да вземе решението, което смята за най-адекватно. В това отношение може да се симулира реален процес чрез разглеждането на конкретен казус.

*Обсъдете лабораторните данни относно състоянието на пациента. Вземете решение за неговото / нейното лечение само въз основа на съществуващата информация, обяснете го на пациента и го обсъдете.*

При комуникативния тренинг студентите се подготвят за разрешаване на проблеми чрез използване на стандартни решения не само на медицински, но и на комуникативни ситуации. В това отношение разработването на социално значимата медицинска тематика позволява затвърждаване на езикови умения за участие в най-честите комуникативни ситуации в професионалната практика [148]. Например, през зимата голяма част от населението заболява от грип и се появява пациент със симптоми на грип. Лекарят може да е подготвен за всички етапи на комуникация за вземане на решение и осъществяването му в рутинна комуникация.

Изследваните Base Rate статистики показват, че 80% от хората на възраст между 20 и 50 години са невъзприемчиви към грип след имунизация [160]. Студентите би трябвало да имат опит при комуникацията относно такива статистики, които се ползват като аргументи при етапа на постигане на съгласие с пациента. Важно е да се предлагат смислени задачи, свързани с лечебната практика. Например, съчетаването на терминология с подходяща информация може да бъде в основата на задача за комуникация.

*Свържете заболяванията в първата колона с информацията за тях във втората колона. Симулирайте обсъждане с пациента кое описание отговаря на заболяването му.*

Решение може да се вземе самостоятелно или групово. Общото решение осигурява по-широк кръгзор и възможност за сравнение на различни решения.

При много от етапите на терапевтичния процес като например, събиране и обмен на информация, постигане на съгласие, изясняване на гледната точка, се фокусираме върху езикови механизми като съобразяването с контекста, създаване на активно отношение към лечението, обръщане към положителните намерения. За да използваме тези езикови механизми можем да си служим с сравнения. На медиците им се налага да

сравняват симптомите и признаците на заболяванията, състоянието и лечението на пациентите, здравословното състояние на различни групи от населението. Рутинна техника за откриване на патология е и сравняването на нормално състояние и патологични изменения. Всяко от тези сравнения се свързва с определена комуникативна ситуация, колегиум на специалисти, дискусия на специалисти по общественото здраве, обществена медийна дискусия. Начинът на комуникация е част от начина за изграждане на човешките взаимоотношения [138]. Свързването на интеракцията с характеристиките на конкретна комуникация създава естествена среда за провеждане на езиковото общуване и комуникативния тренинг.

Сравненията са интересни, когато се правят от различни групи студенти. А това може да стане по отношение на процедури и начини за изпълнение на професионални задължения като, например, процедурата по снемане на анамнеза, за обработване на различни видове рани, за осъществяване на мерки за бърза помощ и т.н.

Откриването на разлики може да се конкретизира със задачи, базирани на различни процедури и манипулации.

*Опишете на пациента различни начини за лечение на проблеми със ставите, като локални гелове, нанасяне на студени компреси и т.н. и кога се прилагат. Пациентът може да зададе въпроси.*

В ежедневната комуникация с пациентите напакъснато се сравняват различни лекарства, действието им, дозировката, противопоказанията, страничните ефекти, взаимодействията и се дава възможност на лекаря или пациента да вземе информирано решение за най-подходящото лекарствено средство.

*Сравнете показанията и противопоказанията на аспирин и нурофен и помогнете на пациента да вземе информирано решение.*

Или друга задача:

*Опишете индикациите за консервативно и оперативно лечение и подгответе пациента за информирано съгласие при оперативна намеса.*

В медицинската практика при етапите на излагане на гледната точка на пациента, при постигането на съгласие при извеждането на изводи, когнитивни и емоционални

фактори влияят на процеса на вземане на решение [95]. Понякога двата елемента са тясно свързани и невинаги е възможно да се разграничат. Когнитивният предлага факти и логически разсъждения, които трябва да се използват при избора. Емоционалният често остава скрит и представлява сума от личен опит, образование, отношение. Съществуват ситуации, при които контролираното емоционално влияние допринася за вземането на адекватно решение. И когнитивният, и емоционалният фактор могат да се използват за целите на езиковите механизми „създаване на активно отношение“ към заболяването и при „ангажиране на положителните намерения на пациента“ за постигане на резултатите от лечението.

Емоционални и когнитивни фактори, участващи в процеса на вземане на решение са оптимизмът или отказът да се признае опасността. В други случаи безнадеждна скръб или страх могат да са обект на разговор между лекаря и пациента или неговите близки. Важно е лекарят да може свободно да използва езикови средства, които да показват премерено отношение към чувствата на пациента и да се опитат да го върнат към необходимостта да се вземат бързи мерки. В това отношение задачи, симулиращи определени ситуации, могат да станат повод за запознаване и затвърждаване на употребата на езикови средства за интеракция с пациент в определено емоционално състояние. Ето такива задачи:

*Изслушайте диалога между лекар и пациент. Как лекарят показва състрадание? Определете езиковите изрази, които лекарят използва. Предложете други фрази, за да изразите състрадание. Направете подобен диалог.*

*Изслушайте диалога. Открийте и обсъдете фразите, които лекарят използва, за да изрази съболезнованията си. Обсъдете степента на емоционална ангажираност на лекаря. Разиграйте диалога.*

В заключение вземането на медицински решения е неразривно свързано с медицинската професия. Лекарските решения се обличат в подходяща езикова форма, която често определя не само успеха на комуникацията с пациента и другите заинтересовани, но и цялостния резултат от лечението. Така езиковите задачи, свързани с процеса на вземане на медицински решения, са в центъра на комуникативното им обучение, като предоставят реалистичен професионален контекст за обучаващите се лекари.

#### **4.1.3. Комуникативни езикови задачи за постигане следване на лекарските препоръки от пациента**

Основна част от комуникацията лекар-пациент е убеждаването на пациента за следване на лекарските препоръки от пациента. Комуникацията за убеждаване на пациента е свързана с формиране и/или коригиране на гледната точка на пациента и с постигане на съгласие с пациента. С тази цел могат да се използват всички езикови механизми за комуникация, но особено широко приложение имат механизмите за създаване на активно отношение към лечението, за обръщане към положителните намерения на пациента, към използване на по-стегнато изложение и съобразяването с контекста.

За да разработим комуникативни задачи, е необходимо да се съобразим с особеностите на мнението и гледната точка като психологически конструкти [145]. Мнението се формира от отношения, породени от факти за хора, ситуации, предмети. Компонентите на мнението са чисто когнитивни и без връзка с емоциите [193]. Мнението може да бъдат модифицирано сравнително лесно, при промяна на фактите, с които е обосновано. Това важи и за мнението на пациентите за техните заболявания. Тези особености определят необходимостта студентите да могат да изразяват разбираемо и безпристрастно медицински факти, за да успеят убедително да накарат пациентите да следват предписаното лечение.

Цялостното възприемане на заобикалящите човека ситуации и хора определя гледната му точка. Основната характеристика на гледната точка е емоционалната ѝ натовареност [145]. Изказвания като: "Не е подходящо да се насърчава пушенето", "Трябва да има задължителни курсове за обучение за млади родители" и "Добре е жените да проверяват гърдите си за бучки всеки месец" изразяват различни гледни точки. От езикова гледна точка те се различават по средствата, с които изразяват емоционална натовареност. В бъдеще студентите в медицинските университети ще се оказват в комуникативни ситуации, когато ще изразяват или ще реагират на изказвания на пациентите и задачата на преподавателя е да ги подготви за това.

Гледната точка съдържа следните три основни компонента: когниция – сбор от всички мисли на човека относно вярванията му; афект – емоционалната реакция към темата; поведение – действието, резултат на когницията и афекта [84]. Гледните точки се характеризират с обобщен, генерализиран подход към ситуации, хора, предмети. Те

изразяват позитивни или негативни чувства. Гледните точки изразяват убежденията с различна сила и се различават по значението, което им се придава.

Студентите следва да умеят да използват подходящи езикови средства, за да отреагират по най-добрия начин на изразената от пациента гледна точка и ако е необходимо да я променят в интерес на пациента. Това ни насочва, от една страна, към необходимостта студентите да могат да изразяват детайлна информация, за да отговорят на генерализирания подход към темата. От друга, те трябва да умеят да успокояват пациентите, за да отреагират на афекта им. Накрая, важно е бъдещият лекар да може да насочва пациентите към адекватни действия за постигане на максимални резултати от препоръчаното лечение.

Лекарите се нуждаят и от умения за ясно представяне на информация на пациентите [86, 142]. Ето една много подходяща задача, която насочва към задължението на лекаря да обяснява ясно и разбираемо сложната медицинска информация на своите пациенти.

*Ето медицинска информация от учебник. Опитайте се да я перифразирате, за да можете да обясните на пациента заболяването множествена склероза.*

*„Множествената склероза се счита за идиопатична, но са предложени редица различни теории. Вирусният характер на заболяването се обяснява с вирусна инфекция, придобита в детска възраст. Някои пациенти показват повишени нива на антителата на морбили в кръвта и цереброспинална течност, но няма доказателства за причинно-следствена връзка. Резултатите показват, че множествената склероза може да представлява реакция на свръхчувствителност от страна на централната нервна система към антиген, вероятно от вирусен произход.“*

Студентите посочват следния вариант като подходящ за необходимото обяснение на пациента.

*Все още не знаем причината за множествената склероза. Смятаме, че това може да бъде предизвикано от вирусна инфекция в детството, вероятно от морбили. Може би се заболяването множествена склероза се появява, защото централната нервна система е твърде чувствителна към този вирус.*

Лекарят може да се опита и да подпомогне оформянето на гледната точка на пациента. Това се случва първо, чрез асоцииране. На второ място, гледната точка се формира чрез придобиване на поведенчески модели. Така например, добрите резултати, постигнати от други пациенти в лечението могат да убедят пациента, че дадено лечение е полезно и със значими резултати. Тук от особено значение е умението на лекаря да използва готови фрази, които могат да облекчат общуването му с пациента. На трето място, може да се използва наблюдението, изучаването и копирането на чуждото поведение [218]. При воденето на група за взаимопомощ, например, лекарят трябва да насочва ненатрапчиво към подходящи модели.

Ето една задача, която може да подготви студентите с удобни готови фрази.

*Представете си, че провеждате разговор с пациент. Какъв израз от страна на пациента ще ви накара да използвате едно от следните изречения, за да отговорите.*

*Опитайте се да спрете да се притеснявате за всичко.*

*Защо не погледнете на ситуацията от добрата ѝ страна?*

*Защо не поговорите за това с медицинската сестра?*

*Можем да се опитаме да ходим малко по-дълго всеки ден.*

*Ще бъде много полезно за Вас да продължите лечението.*

*С малко усилия ще придобиете повече самоувереност.*

Ето и задача, която тренира употребата на фрази, насърчаващи следването на определен модел.

*Помислете за ситуации, когато можете да използвате тези фрази с пациент. Направете диалог с пациента, използвайки фразите.*

*Знаем, че можеш да се справиш и по-добре.*

*С малко повече търпение всеки може да направи това, което вашият приятел направи.*

*Нуждаете се само от повече вяра в себе си.*

Да се изясни истинската история на заболяването на пациента е възможно с помощта на умения, които могат да се тренират, така че студентите да се научат да задават правилните въпроси. Както рефлексивното (активното), така и нереплексивното (пасивното) слушане [8] може да помогне за разкриване на цялата истина за състоянието на болния. Важна част от активното слушане, обаче, е задаването на подходящите въпроси в подходящия момент [8]. Въпросите, които се задават са от различен тип: такива, които потвърждават информацията, разграничават информацията, доказват и обогатяват информацията [143].

Отворените въпроси са златният стандарт за снемане на анамнеза [154]. Ето и задачи, при които студентите практикуват тези въпроси.

*Направете диалог, като снемете историята на заболяването на пациента, като използвате някои от фразите за изясняване на информацията.*

*Какво точно бихте искали да кажете с ...?*

*Бихте ли ми казали малко повече за .....?*

*Бихте ли казали.....?*

*Вярно ли е, че бихте.....?*

Тук условното наклонение се използва за изразяване на учтив интерес към състоянието на болния. В.Тачева посочва употребата на условното наклонение и като техника за съобщаване на неприятен факт или лоша новина [52].

Въпросите с няколко варианта за отговор целят да изяснят точно информацията.

*Направете кратки диалози. Всеки студент от група 1 разказва за наличието на симптом. Студент от група 2 пита за изясняване или по-подробна информация, използвайки една от фразите.*

*Дали това е пронизваща или постоянна болка?*

*Колко пъти повръщайте: само веднъж или повече?*

*Кое число виждате по-добре: това или другото?*

*Имахте ли треска сутрин или вечер?*

*Казахте, че кръвното Ви е било 100/150?*

Лекарят внимателно събира информация за пациента, когато сменя анамнезата. Това често изисква да се разпитва пациента отново, за да се изясни или допълни информацията. Студентите овладяват полезни изрази за използване при снемането на анамнезата или в хода на лечението.

*Направете диалог, симулиращ историята на заболяването на пациент с грип / артрит / гастрит / подагра.*

За да преценят вероятността пациентът да следва лекарските препоръки, лекарите започват със **събиране на информация за гледната точка и мнението на пациента** [208]. За да се усвоят полезни изрази за провеждане на комуникация с такава цел, можем да използваме задачи и упражнения от този тип.

*Завършете фрази, като добавите една от думите. След това направете изречения и ги използвайте, за да проведете диалог с пациент.*

*смятате, силно, убеден, склонен, гледна точка*

*1. Той е ..... .. (1) да мисли, че ... ..*

*2. От моя ... (2) това е наистина важно, но ....*

*3. .... (3) ли, че .....?*

*4. Аз ..... (4) вярвам, че .....?*

*5. Аз съм ..... (5), че .....*

Информацията за лечението на пациента може да се оформи и в писмена форма.

*Напишете параграф, в който се посочва вашето мнение относно лечението на пациента и спазването му. Изразете вашето мнение решително или уклончиво.*

При събирането на информация за гледната точка на пациента, симулациите са особено подходящи.

*Като следвате този план, симулирайте диалог с пациент, за да изясните неговите виждания за различните възможности за лечение. Използвайте различни езикови техники, за да задействате комуникативните механизми за създаване на активно отношение и за постигане на съгласие.*

- 1. Лекарят обяснява 2 алтернативи за лечение*
- 2. Пациентът пита за неговото мнение.*
- 3. Докторът дава мнение за по-подходящото лечение за този конкретен пациент и пита за мнението на пациента.*
- 4. Пациентът се колебае.*
- 5. Докторът добавя допълнителни аргументи.*
- 6. Пациентът моли за повече информация.*
- 7. Докторът предоставя информационна брошура и моли пациента да я прочете.*
- 8. Пациентът благодари и иска да уреди следващото си посещение при лекаря.*

При **изразяване на своята гледна точка или мнение** лекарят преценява как да се изрази. Понякога е подходящо тонът да е неутрален, а в други случаи по-голямата емоционална ангажираност може да постигне по-добри резултати [234]. Практиката показва, че много дела за лекарски грешки са завеждани поради неподходящ тон на лекаря при разговора с пациента [248].

Често се налага лекарят да оказва **емоционална подкрепа на пациента**. Задачите за подчертаване или смекчаване на информацията могат да включват определяне на начина на изразяване на информацията.

*Следните изречения изразяват решително или уклончиво отношение. Подчертайте думите, които придават този смисъл.*

- 1. Сигурен съм, че няма да изпитате болка.*
- 2. Склонен съм да мисля, че скоро ще се възстановите.*

3. *Важно е да следвате препоръките на лекаря.*

4. *Това, от което се нуждаем, е стриктното спазване на режима на хранене и умерени физически упражнения.*

5. *Мога да кажа, че шансовете за успех са разумни.*

6. *Склонен съм да мисля, че резултатите от лечението са задоволителни.*

7. *Мисля, че тук ще се срещнем с няколко проблема.*

Характерни думи или фрази могат да помогнат, за да се подчертае или смекчи определена информация. Те могат да се обвържат и със ситуации, в които употребата им е подходяща.

*Опитайте се да подчертаете или да омаловажите посочената информация, като използвате изразите в скоби. В какви професионални ситуации смятате, че можете да използвате тези фрази?*

1. *Рискът е твърде висок (склонен съм да мисля).*

2. *Мисля, че можем да очакваме добри резултати (изключително)*

3. *Не можете да спрете лечението си (при никакви обстоятелства).*

4. *Смятам, че лечението ще успокои симптомите. (определено)*

За да могат студентите да практикуват използването на изрази за убеждаване като използват комуникативния механизъм за съобразяване с контекста, е удачно да се използват задачи за конструиране на диалози. Тази задача се фокусира върху няколко терапевтични етапа: обмен на информация, постигане на съгласие и извеждане на изводи с последващи препоръки за лечение.

*Схемата обобщава диалога между лекар и пациент. Използвайте я, за да създадете диалог. Подчертайте или омаловажете информацията, където е необходимо.*

*Доктор: Обсъдете хирургическа интервенция.*

*Пациент: Съмнявайте се. Обсъдете пейсмейкър.*

*Доктор: По-нисък риск при химиотерапия.*

*Пациент: Отхвърлете идеята.*

*Доктор: Предложете медикаментозно лечение.*

*Пациент: Съгласен съм. Поискайте подробни указания.*

Още една задача, която може да има варианти за различни заболявания:

*Представете си, че разговаряте с пациент с акне / цистит / дерматит / и т.н. Напишете серия от твърдения, предложения и мнения, които можете да използвате по всяка тема.*

Различните етапи на лечебния процес изискват различен подход към пациентите и така могат да послужат за основа на много задачи. Студентите следва да могат да комуникират подходящо във всеки етап на прегледа и лечението.

*Снемате историята на заболяването / извършвате физикален преглед / обсъждате изследвания / провеждате консултации относно лечението. Направете диалог с пациента, като внимателно подчертавате или омаловажавате информацията.*

За лекаря е важно да умее да **убеди пациента да възприеме по-добра гледна точка и да си състави правилно мнение** по отношение на лечение или различни медицински и здравни явления.

Лекарят, който работи с пациенти всеки ден, трябва да се справя с гледните точки и мнения на пациента, които понякога възпрепятстват постигането на поставените от него цели. Същевременно той поема отговорност за състоянието, лечението и рехабилитацията на болните. Добре подготвеният за комуникация лекар разполага с набор от методи за промяна на гледната точка или мнението на пациентите, ако това се налага.

Замяната на една гледна точка на пациента с друга или едно поведение с друго е рутинна комуникативна ситуация в медицината [238]. Лекарят трябва да предостави разбираемо и достоверно описание на своята собствена гледна точка, без да я посочва като единствено правилна. Той не трябва агресивно да атакува гледната точка на пациента. Убеждаването може да бъде много по-успешно, ако убеждаващият обмисли

различните възможни гледни точки, а не само собствената си [184]. Така лекарят ще убеди пациентите, че има алтернативи на гледните им точки.

*Помислете в какви ситуации можете да използвате следните фрази относно високото кръвно налягане.*

- 1. Защо не помислите за дългосрочните последици?*
- 2. Бихме могли да обсъдим това допълнително.*
- 3. Бих искал да привлека вниманието Ви към по-незабележимите промени в организма.*
- 4. Уврежданията, които високото кръвно налягане нанася върху тялото ви, за съжаление, са необратими.*

Бъдещият лекар трябва да може да бъде източник на информация, но и на емоционална подкрепа [198]. Когато общува с пациентите, той насочва лечението, предоставя съвети и приканва пациентите да ги следват. Обучението по комуникация на бъдещите лекари следва да ги подготвя да изразяват своето мнение, да реагират на мнението и гледната точка на пациента и да ги променят чрез изкуството на убеждаването.

За да създаде мнение за някакво лечение или начин на живот, лекарят убеждава пациента, като използва различни аргументи [217]. Студентите се запознават с изразите, които са подходящи за аргументиране на различни гледни точки и ги упражняват с различни задачи.

*Завършете изреченията, за да изразите вашето отношение.*

- 1. Не мога ..... това. Това не е вярно.*
- 2. Вие сте прав в голяма степен, ..... Но не съм сигурен за една точка.*
- 3. Съгласен съм, че ..... предоставяте по-голяма подкрепа на родителите си.*
- 4. Приемам ..... донякъде.*
- 5. Съжалявам, не съм съгласен ..... вие. Това не е точно така.*
- 6. Аз ..... .. вашия основен аргумент, но не съм съгласен с всички подробности.*

Някои задачи насочват към варианти на отговори спрямо мнение, изказано от пациента.

*Отговорете на следните твърдения на пациента, като използвате дадените указания.*

*1. Това лекарство е много скъпо. (силно несъгласие)*

*2. За кратко това лекарство може да помогне да се стабилизирам, но в дългосрочен план може да доведе до проблеми с черния дроб. (Частично се съгласявате и предлагате предписване на хепатопротектор)*

*3. Внезапното повишаване на кръвното налягане до 100/150 е опасно. (Отчасти не сте съгласни и обяснявате, че това зависи от състоянието на пациента)*

*4. Страничните ефекти на медикаментите могат да имат огромен ефект върху някои пациенти. (Съгласие)*

Когато гледната точка на пациента не съответства на тази на лекаря, е важно да се комуникира, като се използват подходящи фрази. Често най-добрата тактика е да се съгласим със събеседника си в някои отношения, но да представим и своята гледна точка. Ето една задача, която упражнява уменията за бърза и подходяща реакция в подобни комуникативни ситуации.

*Свържете фразата в първата колона с подходящо продължение от втората.*

*1.*

*Съгласен съм с повечето от тях.*

*Съгласен съм с първата част от това, което казвате.*

*Съгласен съм с повечето от аргументите ви.*

*Не мога да се съглася с вас.*

*Може да сте прав в известна степен.*

*2.*

*Но трябва да разгледаме и друг проблем.*

*Както се казва, няма друга алтернатива на този нов начин на живот.*

*Виждам го съвсем различно.*

*Но не мога да се съглася с отношението Ви.*

*Има само една точка, която бих искал да обсъдя.*

Студентите трябва да придобият умения да изразяват аргументирано мнение при молба за второ мнение или консултация от колега или пациент [182]. Това се прави или в писмена, или в устна форма. Ето една задача за даване на писмена консултация.

*Представете си, че колега ви пише за консултация. Прочетете предоставените документи. Напишете кратък отговор, посочващ съгласие, частично съгласие и несъгласие с различните мнения, изразени в писмото.*

**Съветите и указанията на лекарите за поведение и начин на живот на пациентите са важна част от професионалната медицинска дейност [134, 156]. Важно е да се дадат инструкции за действия, след като се събере важната информация за медицинското състояние на пациента.**

*Направете диалог, за да поискате действия във връзка с процедурите за рехабилитация.*

*Доктор: предлага да се повтарят посочените упражнения у дома.*

*Пациент: пита колко често да ги прави*

*Доктор: 10 минути всеки ден сутринта.*

*Пациент: всички упражнения?*

*Доктор: направете ги в правилния ред, не напрегайте мускулите, работете бавно. Ако е болезнено, спрете и се отпуснете.*

Ето какъв може да бъде резултатът от работата на студентите по тази задача.

*Доктор: Предлагам да повтаряте тези упражнения у дома.*

*Пациент: Колко често трябва да ги правя?*

*Доктор: Опитайте се да правите 10 минути упражнения сутрин всеки ден.*

*Пациент: Трябва ли да направя всички упражнения, които ми показахте?*

*Доктор: Опитайте се да ги направите в правилната последователност, но внимавайте да не напъвате мускулите. Работете бавно и ако усетите болка, спрете и се отпуснете.*

Следващата задача изисква да се използват в редуващ се порядък фрази за информация и такива, които дават насоки за действие.

*Идентифицирайте кои от изреченията питат за информация и кои изискват действия.*

- 1. Бих искал да знам какви са оплакванията ви.*
- 2. В такива случаи трябва да вземате някои лекарства.*
- 3. Може би можете да помислите за спиране на тютюнопушенето.*
- 4. Можете ли да ми кажете дали се чувствате по-добре след това първоначално лечение?*

След като убеди пациента в необходимите мерки за здравето му, лекарят дава съвети и указания за поведението на пациента. Правилните изрази за предлагане на съвети и насоки за действие могат да се тренират с такава задача.

*Дайте предложение за:*

- 1. среща с медицински специалист възможно най-скоро.*
- 2. разговор с жена ви*
- 3. приемане на лекарствата.*
- 4. спиране и продължаване с упражненията утре*

*Възможни фрази:*

1. Личният лекар Ви предлага да посетите медицински специалист възможно най-скоро.

2. Какво ще кажете за разговор с жена ви?

3. Препоръчвам редовно да приемате лекарствата.

4. Защо не спрем сега и ще продължим с упражненията утре?

Даването на инструкции за лечение е централно езиково умение за всеки бъдещ лекар [180]. Ето една подходяща задача за развиването му.

*Представете си, че пациентът иска да се консултира с Вас относно лечението с таблетки Voltaren. Направете диалог, обсъдете показанията, страничните ефекти и противопоказанията. Дайте инструкции как да се приемат таблетките.*

Лекарят, който иска да повлияе на пациента, трябва да бъде способен да адаптира подхода си към съответния пациент, независимо дали поведението на пациента съдържа когнитивни и/или афективни елементи. Лекарят, който се опитва да промени поведението на определен пациент, трябва да установи причините за определени постъпки и след това да използва най-подходящите езикови средства, за да му повлияе. За да постигне по-точно следване на препоръките за лечение и по-бързи здравни резултати, лекарят трябва да е добре подготвен да използва всички подходящи и ефективни езикови средства за убеждаване на пациента.

#### **4.2. ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА НА МОДЕЛА ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЕЗИКОВИТЕ КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ**

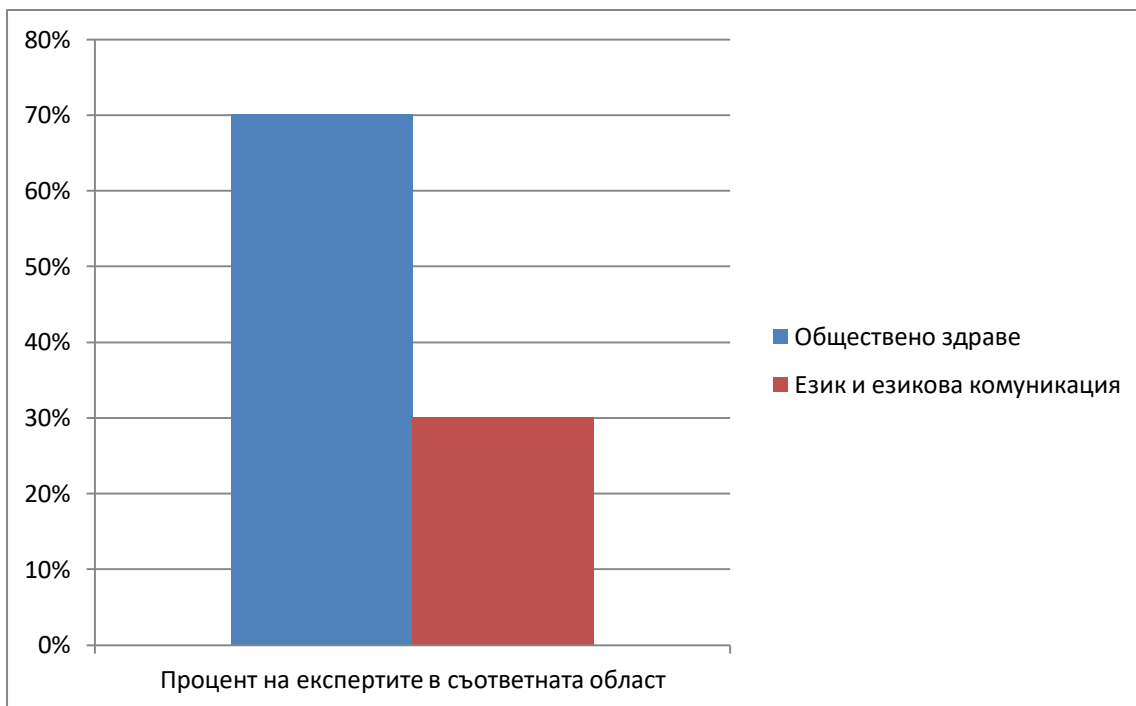
Използваният от нас Модел за повишаване на езиковите комуникативни умения на бъдещите лекари е подложен на експертна оценка чрез прилагане на метода Делфи, както той е приложен и от Европейската асоциация за комуникация в медицината и здравеопазването по отношение на Основната учебна програма за комуникация в медицината и здравеопазването (виж 1.1.4. от настоящия труд). Европейската асоциация е предложила на експерти анкетна карта за оценка на степента на важност на различните елементи на Основната учебна програма със затворени въпроси с отговори

по Ликертова скала. Тъй като Европейската асоциация цели да проследи важността на различните елементи на учебната програма отговорите, които се предлагат в анкетната й карта са следните: 1. Най-важно 2. Много важно 3.Важно 4. В известна степен маловажно 5. Маловажно.

Разработеният и изложен по-горе Модел за повишаване на уменията за ефективна комуникация с пациентите и неговите елементи бяха оценени от експерти с анкетна карта. Дизайнът на Картата за оценка на Модела за повишаване на уменията за езикова комуникация от експертите е резултат на адаптиране на дизайна на картата за експертна оценка на Европейската асоциация за комуникация в медицината и здравеопазването, използвана при прилагане на метода Делфи за определяне на основната учебна програма за комуникация за здравните професии.

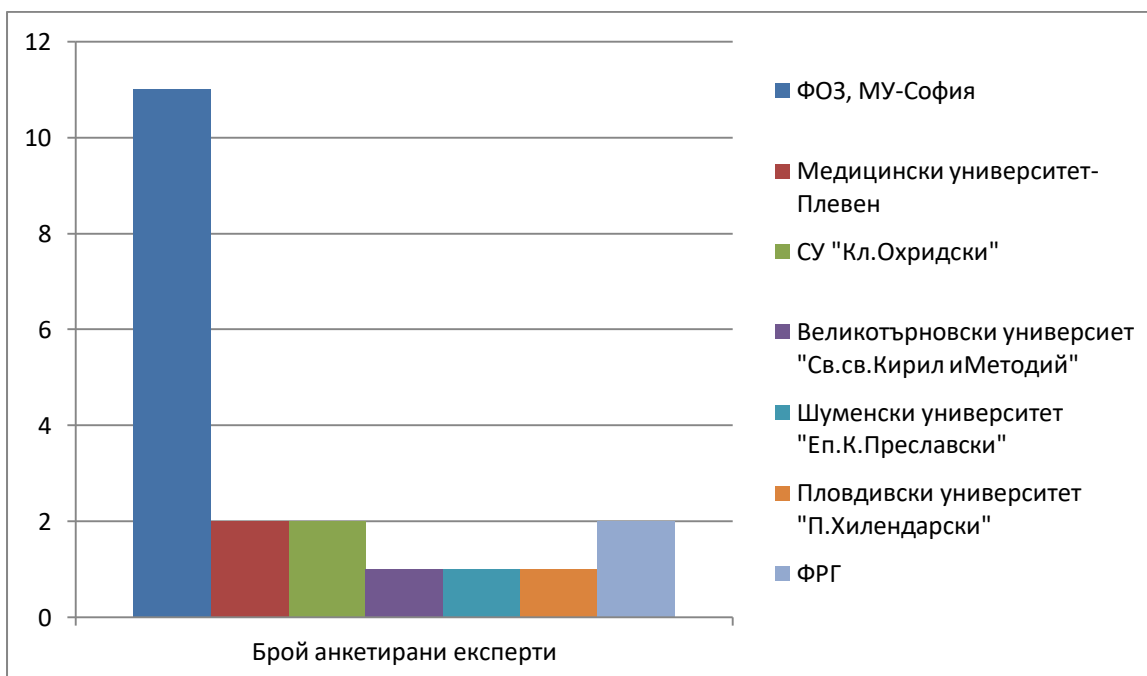
Използваната от нас Карта на експерта се базира на релевантните признаци на Модела за повишаване на уменията на бъдещите лекари за езикова комуникация, а именно, етапите на медицинската комуникация и езиковите комуникационни механизми. В нашата Карта също са използвани затворени въпроси с отговори по Ликертовата скала, които са съответно: 1. Най-важен 2. Много важен 3.Важен 4. В известна степен маловажен 5. Маловажен. Анкетата завършва с отворен въпрос, в който експертите могат свободно да изразят мнението си и така се събира допълнителна информация относно Модела за повишаване на уменията за езикова комуникация (виж картата на експерта в Приложение 2).

За оценка на Модела за повишаване на езиковите комуникативни умения е проучено мнението на 20 експерти, които имат отношение към езиковата комуникация с пациентите. Това са най-вече научни изследователи в областта на общественото здраве: социална медицина, медицинска педагогика, психология, етика и биоетика и други аспекти на общественото здраве. Във въпроса относно научните си интереси всеки експерт посочва богата научна проблематика. Друга част от експертите са научни изследователи в областта на езиковата комуникация и езиковото обучение. Разпределението на експертите показва, че отношението на експертите в комуникацията на бъдещите лекари с пациентите (областта на общественото здраве) към тези в областта на езика и езиковата комуникация е 70:30.



Фиг. 35. Процент на експертите съобразно основната област на научната им дейност

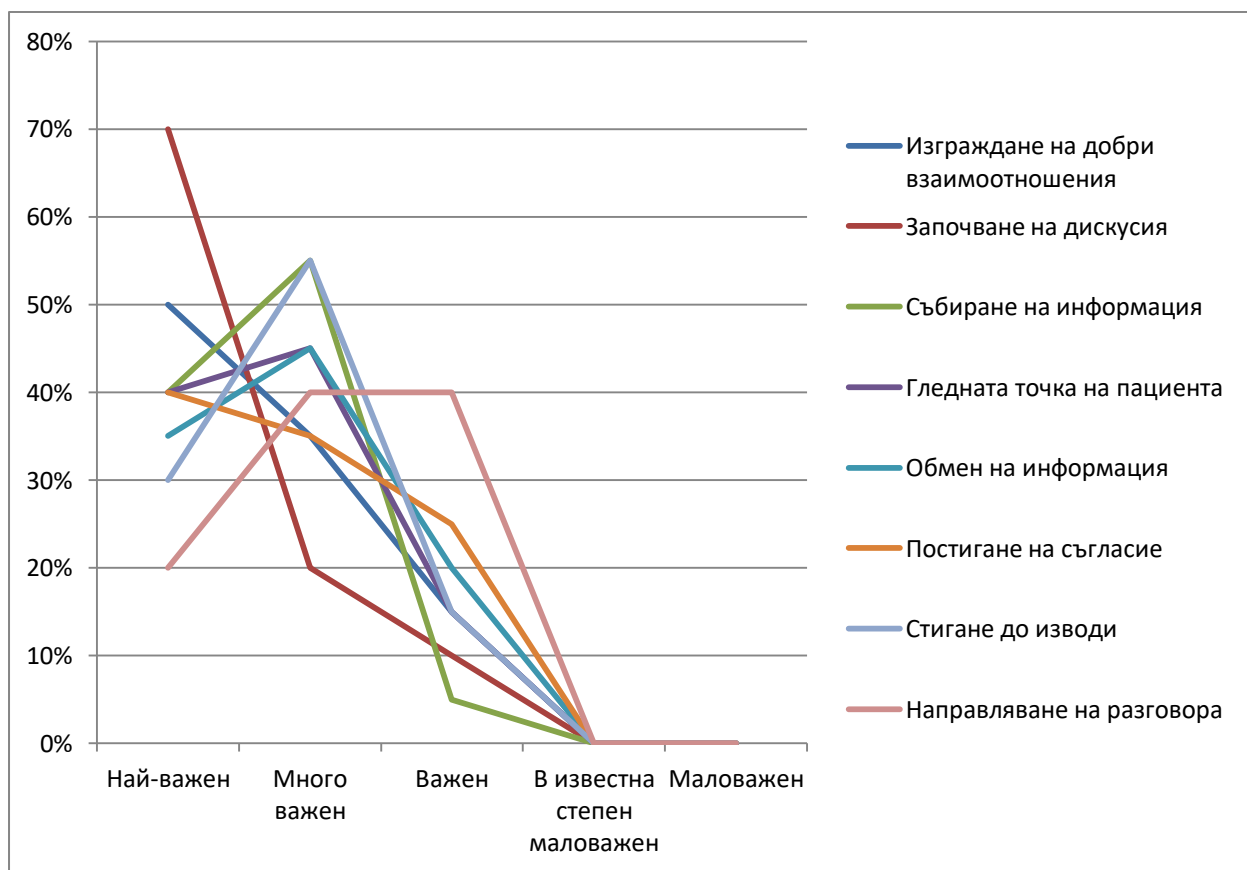
Експертите са представители на различни университетски и изследователски центрове в страната и чужбина. Разпределението им по месторабота е както следва:



Фиг. 36. Разпределение на експертите по месторабота.

Високите научни звания и степени на експертите също доказват надеждността на тяхната експертиза. В експертната оценка участват 10 професора, 7 доцента и по 1 асистент, доктор и преподавател.

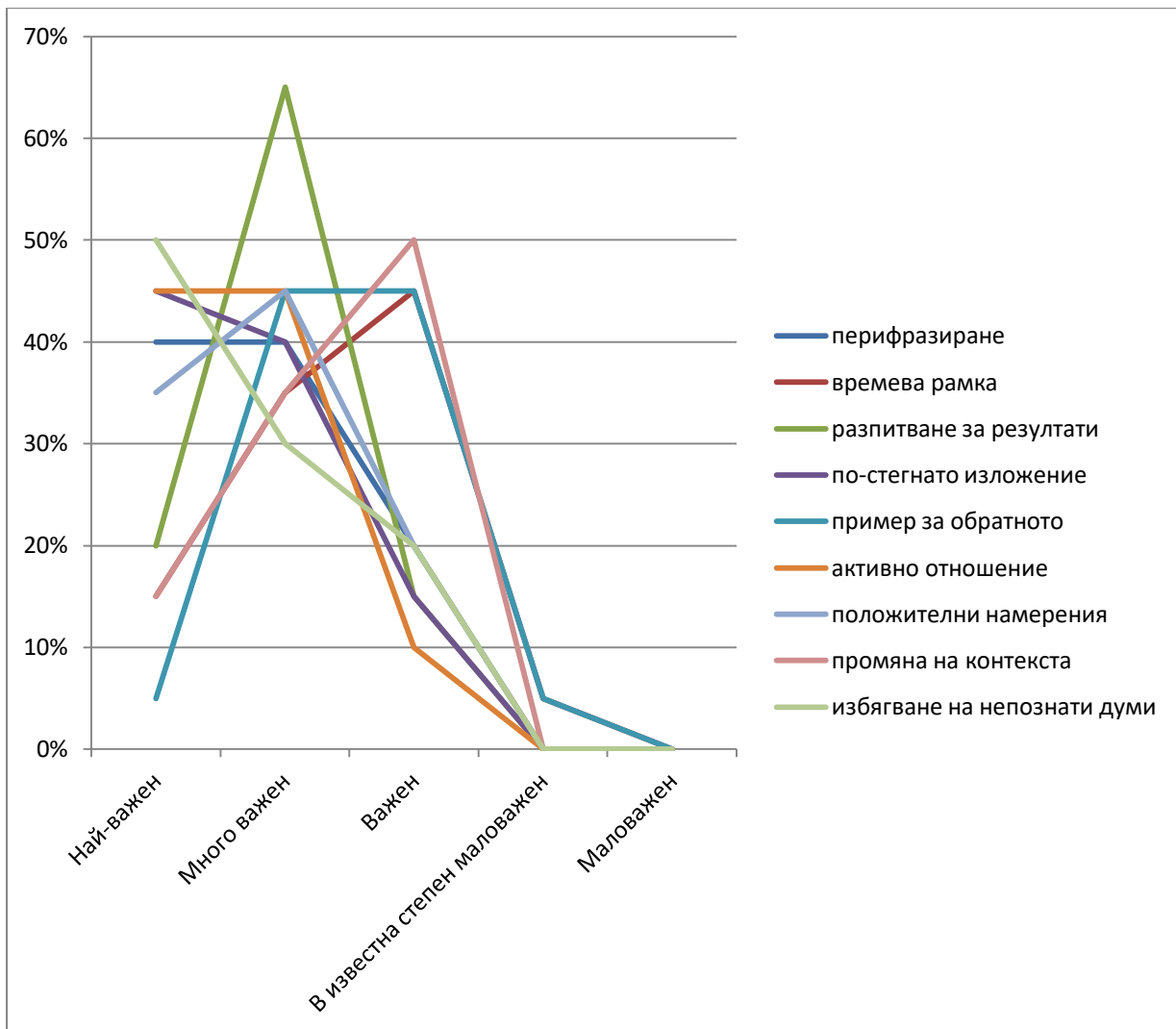
Етапите на медицинското лечение като елементи на Модела за повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари се основават на дългогодишната работа на европейските експерти за извеждане на консенсусните становища за основната учебна програма по комуникация в медицината. Тези етапи като част от Модела са подложени на експертна оценка и резултатите са отразени в следващата графика.



Фиг. 37. Важност на етапите на медицинската комуникация според експертите.

Анализът на етапите на медицинското лечение като елементи на Модела за повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари показва, че всички експерти дават положителна оценка за важността на тези елементи, тъй като всички дадени оценки са в диапазона „най-важен“ – „много важен“ – „важен“ етап. Нито един етап не е определен от някой експерт като маловажен в каквато и да е степен.

Като най-важен е определен етапът на започване на дискусията с пациента (70% отговори „най-важен“), което отговаря на психологическите наблюдения за ключовото значение на началото на всяка комуникация. Като особено важни (с най-голям процент отговори „много важен“) са посочени етапите събиране на информация и стигане до изводи (по 55% за всеки от етапите). С най-много отговори „важен“ (40%), която е най-ниската избрана от експертите степен при отговорите, е етапът „направляване на разговора“, което отразява все по-голямата ориентация към равноправни отношения между лекаря и пациента и намаляването на ролята на лекаря при направляване на комуникацията. Проведеният непараметричен тест показва, че няма статистически значима зависимост между професионалните области на експертите и техните отговори, определящи значимостта на терапевтичните етапи.



Фиг.38 . Важност на езиковите комуникативни механизми според експертите.

При оценяване на езиковите механизми експертите дават най-голям брой отговори „най-важен“ на езиковия механизъм „избягване на непознати думи“ (50%), а също на „възприемане на активно отношение“ (45%) и на „по-стегнато изложение на мисълта“ (45%). Отдавна интуитивно прилагано в практиката избягването на сложните и непознати думи е показало, че улеснява общуването с пациентите и подобрява разбирането и следването на лечението. Създаването на активно отношение към лечението също доказва ефективността си във връзка със силната тенденция за ангажиране на всички сили и възможности на пациента за постигане на най-добри резултати от лечението. По-стегнатото и кратко изложение на мисълта преодолява многословието и помага за фокусиране на пациента върху ключовите моменти в общуването с лекаря.

При езиковите механизми експертите отново концентрират отговорите си в положителната част на спектъра на отговорите (от „най-важен“ до „важен“), с което потвърждават същественото им значение за езиковата комуникация лекар-пациент. Единствено механизмите „даване пример за обратното“ и „промяна на времевата рамка“ са получили по един отговор „в известна степен маловажен“. Това е обяснимо, поради това, че тяхната употреба е възможна само в определени комуникативни ситуации и при определени медицински случаи, когато няма да предизвикат негативни асоциации и емоции у пациента. Оттук следва и значимостта на механизма за отчитане и промяна на конкретния контекст, когато се използват последните два механизма. Това подсказва, че езиковите механизми се използват най-добре в комплекс, като се подпомагат и взаимно подсилват влиянието си.

В тази връзка се разкрива възможността да се анализира по-нататък Модела за изясняване и конкретизиране на връзката между всеки етап на терапия с конкретните езикови механизми или с комплексното прилагане на няколко от тях. Тази възможност за развитие на Модела потвърждава неговата перспективност за по-нататъшни научни изследвания.

Последният въпрос в анкетата е отворен с цел да се проучат мотивите за получените отговори на затворените въпроси и да се даде възможност на експертите да изразят свободно мнението си за различни аспекти на разработения Модел, които те считат за съществени. Анализът на отговорите на отворения въпрос помогна за тематичното им систематизиране в следните групи: 1. същност и важност на Модела; 2. прилагане на

Модела и въвеждането му в обучението за комуникативни умения; 3. възможности за развитието на Модела, доказващи неговата продуктивност и перспективност 4. опасности при прилагане на Модела.

Получиха се много отговори, подчертаващи значимостта на Модела, като експертите го определят като „иновативен интегративен подход към комуникацията лекар-пациент“, „актуален и новаторски по своята същност“, „с висока научно-практическа стойност“ „изключително ценен за бъдещите лекари.“

Подчертава се практическата стойност на Модела като „практически полезно и необходимо средство“, „нужен и изключително полезен за положителния изход на лечението“. Смята се че „моделът ще допринесе за подобряване качеството на здравните грижи на пациентите и тяхната удовлетвореност“ и „ще се осъзнае по-добре връзката между ефективността на комуникацията и цялостния лечебно-оздравителен процес.“

Посочва се значението на въвеждането на Модела за постигане на терапевтични резултати: „ще допринесе за подобряване комфорта на болния и неговите близки и за повече успешни решения“. Това е така, защото и „словото е това, което лекува“.

Проф. С. Попова изтъква, че СЗО подчертава важността на комуникацията лекар-пациент. Така обучението на лекарите за ефективна комуникация се извежда като „приоритет на медицинското образование“. Експертите подчертават, че е важно предмет като комуникативните умения „да влезе в учебния план на всички медицински университети в България“.

Експертите подкрепят въвеждането на Модела като средство за формулиране на езикови изрази за употреба в комуникацията лекар-пациент и разкриване на възможност за лекарите да упражняват и автоматизират употребата на такива изрази. Заявява се, че „съотнасянето на езиковите механизми към етапите на медицинското лечение води до обособяване на езикови изрази, които адаптирани към конкретната комуникативна ситуация, значително улесняват лекаря при намиране на правилната вербална връзка с пациента.“

Значението на Модела за усъвършенстване на обучението за комуникация в медицината се посочва в способността му да подобри студентското обучение, като „организира, структурира и разшири обхвата от езикови средства и подходи, които

лекарите ще прилагат в практиката“. Моделът е „неотменна и задължителна част от компетенциите и уменията на лекарите“. Той ще помогне „комуникацията с пациента да стане осъзната и професионално отговорна и издържана“. Моделът „е солидна основа за обучаване на студентите за придобиване на комуникативни умения.“ Няколко експерта посочват широката приложимост на Модела за подобряване на комуникативните умения, тъй като той може да бъде използван и/или за други сфери, където се работи с хора. Моделът „може да бъде използван не само в национален, но и в европейския контекст за бъдещи научнотеоретически и научнопрактически изследвания.“

Освен голям брой положителни страни на Модела експертите посочват и възможности за развитието му, което е индикатор за неговата продуктивност и перспективност. Изтъква се, че използването на Модела може да се съобрази с обстоятелството, че бъдещите лекари „ще го прилагат в различни обстоятелства“, т.е. предстои да се извършат множество конкретни изследвания за взаимовръзката на всеки терапевтичен етап с отделните езикови механизми поотделно и/или комплексно. Друга възможност предполага в резултат на тези по-конкретни изследвания да се извлекат ключови езикови изрази с възможности за широка употреба в комуникацията лекар-пациент. Могат да се разработят учебни задачи за това как да се упражнява използването на механизмите, за да се подготвят бъдещите лекари за една естествена, открита и етична комуникация с пациента, която не е затруднена от езикови проблеми.

Въз основа на разгледаните възможности за развитие на Модела могат да се очертаят и опасностите при неговото прилагане. В случай че изведеният теоретико-приложен Модел за повишаване уменията за езикова комуникация на бъдещите лекари не се конкретизира чрез по-нататъшни изследвания и проучвания на микроиво, фокусирани върху отделните етапи и механизми, съществува опасност от неадекватно използване на Модела. Такава опасност бе подсказана от резултатите на анкетното проучване, които показаха по-ниски резултати за важността на механизмите „даване пример за обратното“ и „промяна на времевата рамка“, тъй като тяхното използване най-често не е подходящо при тежки и спешни медицински ситуации.

Като цяло, експертите дават висока оценка на Модела за повишаване на езиковите комуникативни умения на бъдещите лекари и изразяват интерес към резултатите от по-нататъшното му развитие и прилагане.

## ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

1. Комуникацията в медицината и здравеопазването е **сложно явление**, което се реализира чрез конкретни комуникативни актове, осъществени чрез взаимодействието на комплекс от елементи и повлияни от множество фактори. Това обстоятелство определя сложния характер на всяка индивидуална комуникативна ситуация и необходимостта от **специфичен конкретен подход** към нея с цел постигане на целите на медицинската терапия и високи здравни резултати.

2. Комуникацията в медицината и здравеопазването има за цел постигане и поддържане на здравето и благополучието на индивидите и популациите, което определя **етичната същност** на тази комуникация. Етичните аспекти на съвременната практика и на комуникацията в медицината придобиват все по-голямо значение при съвременните трудни реформи в здравеопазването, които при някои обстоятелства водят до „социално-етичен абсурд“ [16]. Това поставя пред медицинските и здравни професионалисти изключително **високи изисквания** за спазване на етичните норми за комуникация и постигане на положителни резултати със съответните психо - социални последици.

3. Комуникацията има **съществено значение** за подобряване на взаимоотношенията между лекарите и пациентите, техните близки и поддържащите ги системи, **поради нейното влияние върху** придържането към лечението от страна на пациента и неговото сътрудничество, психологическата удовлетвореност на пациента, вземането на по-информирани решения за медицински процедури, подобряването на здравните резултати и намаляването на разходите за грижи.

4. Признаването на значението на комуникацията влияе на медицинските училища да преразглеждат програми, да преподават и тестват умения за общуване на бъдещите лекари. В редица **консенсусни документи за медицинското и здравно образование** са формулирани **необходимите комуникативни умения**, които да се създадат у студентите по медицина за общуване с пациентите, близките им и подкрепящите ги мрежи. **Техните характеристики** са: постоянната, основна, крайна цел на комуникацията е изграждането и поддържането на добри и ефективни взаимоотношения с пациента; комуникативните умения се категоризират съобразно етапите на комуникация при лечението на пациентите; задължителните комуникативни

умения са разработени в съдържателно отношение; тези умения могат да се оценят посредством инструменти за оценка на комуникативните умения на медицинските и здравни професионалисти. Предлаганите основни учебни програми и рамки от комуникативни умения могат да се прилагат в различните висши училища в медицината и здравеопазването на различни нива според преценката на специалистите по комуникация.

**5. Проблемите на обучението за комуникация са:** изясняването на най-ефективните методи и средства за обучение на медицинските и здравни професионалисти, кои комуникативни умения се поддават на обучение и как, по какъв начин образователните и здравеопазни системи трябва да се променят, за да мотивират лекарите да усъвършенстват комуникативните си умения.

6. По отношение на езиковите аспекти на комуникацията **предстои да се изследва изчерпателно проблемът за това какви езикови механизми и техники** могат да се използват за подобряване на посочените комуникативни умения. 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 на бъдещите лекари.

7. Системата от **образователни концепции на ЕС** функционира чрез различните си елементи, които **определят целите, съдържанието, процедурите и оценяването на езиковото обучение**, включително за отделните **професионални области като здравеопазването и медицината**. Образователните политики и концепции относно усъвършенстването на уменията за езикова комуникация на бъдещите лекари могат в голяма степен да **насочват и конкретната национална образователна политика по отношение на обучението за езикова комуникация**.

8. **Комуникативният подход при създаването на умения за комуникация за медицински и здравни цели** е насочено към развиване на комуникативната компетентност, като се следват комуникативният принцип (упражненията, които подчертават реалната комуникация, подкрепят ученето), принципът на поставянето на задачите (езикът се използва, за да осъществи значими задачи и това подкрепя ученето), и принципът на значението (смисленият език подкрепя принципа на ученето).

Те ни насочват към възможността да се преподава в тясна връзка с реалната комуникация за осъществяване на значими медицински и здравни задачи, които придават смисъл на дейности.

9. Комуникативният подход на обучение разглежда обучаемите като индивиди с уникални интереси, стилове, потребности и цели, които трябва да се вземат предвид в учебните програми и материали. Поради това **се налага провеждане на проучване на потребностите** от повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари и начините за удовлетворяването им.

10. Проучването на потребностите доказва **необходимостта от повишаване на езиковите комуникативни умения** на бъдещите лекари.

Студентите смятат, че **комуникацията с пациентите** влияе върху процеса на лечение и възстановяване, а факторите, които ѝ влияят, са психичното и емоционално състояние на пациента и близките му и използването на подходящи езикови техники и средства за общуване от страна на професионалиста. Студентите намират най-честите проблеми в комуникацията в недостатъчните комуникативни умения на лекарите, несъобразяването с особеностите на пациента и отсъствието на достатъчно време за комуникация. По отношение на начините за подобряване на комуникацията с пациента студентите избират спазването на правилата на доброто поведение, познаването на различни езикови техники за подходящо изразяване и даването на разбираеми и изчерпателни обяснения.

Студентите са на мнение, че съществува **необходимост от повишаване на комуникативните им умения** и от целенасочено обучение за това. Студентите смятат, че медицинският университет им дава достатъчно възможности за обучение с цел повишаване на комуникативните умения, но проявяват желание да развият тези умения чрез допълнителни задължителни и избираеми модули. Мотивацията им е висока, защото очакват така да получат добра работа и добри терапевтични резултати.

Тенденциите в мнението на студентите относно **предпочитаните учебни методи за повишаване на комуникативните езикови умения** са повече практическа насоченост на обучението за комуникация и по-голяма самостоятелност в при него, групова работа и ролеви игри с реалистичен контекст. Положителна е тенденцията при комуникация студентите да се фокусират главно върху свободната комуникация и ситуацията.

11. **Сравняването на потребностите на студентите от първите години на следването и на тези от последните години** показва **развитие и повишаване на потребностите** от подобряване на уменията за езикова комуникация. Студентите от четвърти, пети и шести курс имат по-голям досег до реални професионални комуникативни ситуации и те осъзнават по-силно необходимостта от обучение по комуникация. Те разглеждат професионалната комуникация като многофакторен процес, в който недостатъчните комуникативни умения на медицинските и здравни професионалисти са основен проблем. Те разпознават в по-голяма степен ползата от целенасочени обучения за повишаване, а по-нататък, и автоматизиране на комуникативните си умения за професионално общуване с пациентите. Мотивацията на завършващите студенти за обучение се обогатява и усложнява. Те очакват курс с комуникативни задачи, включващи ролеви игри, базирани на реалистични ситуации, свързани с медицинските и здравни професии. Това обстоятелство подчертава необходимостта да се следят тенденциите в развитието на особеностите на общуването в реалния диагностичен и лечебен процес.

12. Особеностите на комуникацията в медицината и здравеопазването, проучените потребности на студентите по медицина, европейската кампания за ясно изразяване и разработените в нея механизми за ясно, разбираемо и етично езиково изразяване могат да се обобщят в **Модел за повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари**. Предложеният модел може да стане основа за продуциране на огромен брой езикови изрази, които да са адаптирани към комуникативните ситуации. Кой от езиковите механизми ще използва лекарят зависи от специфичната конкретна комбинация от всички фактори, обуславящи комплексната комуникативна езикова ситуация. Моделът демонстрира и възможностите за вариативност на езиковите изрази, използвани в една и съща езикова ситуация. За бъдещите лекари е особено съществено да се научат да използват тази вариативност при общуването с пациентите, като се съобразяват с конкретната комуникативна ситуация и нейните елементи.

13. Моделът за повишаване на езиковите умения на бъдещите лекари може да се приложи за **създаване на конкретни езикови задачи** за ефективна и етична комуникация в медицината. Езиковите механизми имат широко приложение във всекидневната практика на лекарите. Конкретните езикови задачи демонстрират начините за **използване на езиковите механизми** като перифразата, създаване на

активно отношение, избягване на непознати и сложни думи, промяна на контекста, обръщането към положителните намерения на пациента, смяната на времевата рамка, насочването към резултатите от действията на пациентите и от лечението, примерите за неправилно поведение с неговите последици.

14. Езиковите механизми могат да се използват чрез **приложение на различни езикови техники**. Например, механизмът „създаване на активно отношение“ се прилага чрез преимуществено използване на деятелен залог, а също и чрез използване на повече глаголи. Механизмът „избягване на непознати и сложни думи“ работи чрез използване на друга дума от всекидневния регистър на езика или чрез заместването на термина с описание. Механизмът „промяна на контекста“ изисква насочване на вниманието към получателя на съобщението и съобразяване с различни параметри като определена възраст, социално положение, образователно ниво, пол на пациента; тежест, етап и прогноза на заболяването.

15. **В експертната оценка** чрез метода Делфи на Модела за повишаване на комуникативните умения на бъдещите лекари **се дава положителна оценка за важността** на всички етапи на медицинското лечение като елементи на Модела. Като най-важен е определен етапът на „започване на дискусията с пациента“ поради ключовото значение на началото на всяка комуникация. Следват етапите „събиране на информация“ и „стигане до изводи“. С най-ниска степен на важност е посочен етапът „направляване на разговора“ поради ориентацията към равноправни отношения лекар-пациент.

За най-важни са посочени езиковите механизми: „избягване на непознати думи“, „постегнато изложение на мисълта“ и „възприемане на активно отношение“, които улесняват и фокусират върху ключовите моменти в общуването и ангажират целия потенциал на пациента за постигане на най-добри лечебни резултати. Само механизмите „даване пример за обратното“ и „промяна на времевата рамка“ получават по един отговор „в известна степен маловажен“, тъй като употребата им не е подходяща при всякакви медицински случаи. Така изпъква значимостта на механизма за отчитане на конкретния контекст и употребата на езиковите механизми в комплекс.

Експертите определят Модела като „иновативен интегративен подход към комуникацията лекар-пациент“, „актуален и новаторски по своята същност“.

Подчертава се, че е важно предмет като комуникативните умения „да влезе в учебния план на всички медицински университети в България“.

Като индикатор за продуктивност и перспективност на Модела се посочват възможности за развитието му като по-нататъшния анализ за изясняване на връзката между всеки терапевтичен етап с конкретните езикови механизми. Други възможности предполагат да се извлекат ключови езикови изрази с възможности за широка употреба в комуникацията лекар-пациент и да се разработят учебни задачи за това как да се упражнява използването на механизмите.

Опасностите от неадекватно използване на Модела могат да се преодолеят с по-нататъшни изследвания и проучвания на микрониво, фокусирани върху всеки отделен етап и механизъм.

Въз основа на направените изводи могат да се отправят и следните **препоръки**:

- към **преподавателите по комуникация** в медицинските университети

1. Да създават и използват учебни програми по комуникация, съобразени с потребностите на студентите и насочени към повишаване на езиковите комуникативни умения на бъдещите лекари.
2. Да използват езиковите механизми и техники, демонстриращи и упражняващи вариативност в езиковото изразяване с цел съобразяване с особеностите на конкретната комуникативна ситуация.
3. Да създават и използват учебни задачи, основани на практически задачи, групова работа и ролеви задачи с реалистичен контекст, като дават по-голяма самостоятелност на обучаваните.
4. Да следят тенденциите в развитието на особеностите на общуването в реалния диагностичен и лечебен процес.

-към **медицинските университети**

1. Да приеме обучението за комуникация с пациентите и повишаването на езиковите комуникативни умения като приоритет на подготовката на настоящите и бъдещите лекари.
2. Да поддържат и разнообразяват задължителните и избираеми курсове по комуникация за бъдещите лекари. Да се допълнят учебните планове с избираеми курсове за комуникативни умения за студентите през последните години на следването.
3. Да предлагат обучение по комуникация през всички години на обучение на студента и на различни нива, тъй като езиковите комуникативни умения на всеки конкретен студент се развиват с различни темпове и те могат да достигнат различни нива на различни етапи на обучението си.
4. Да използват експертното мнение на преподавателите по комуникация за определяне конкретните параметри и организацията на обучението по комуникация.

**-към Българския лекарски съюз**

1. Да приеме обучението за комуникация с пациентите и повишаването на езиковите комуникативни умения като приоритет на подготовката на настоящите и бъдещите лекари.
2. Да организира обучение по комуникация с фокус върху езиковата комуникация с настоящите и бъдещите лекари.

**-към Министерството на здравеопазването**

1. Да приеме обучението за комуникация с пациентите и повишаването на езиковите комуникативни умения като приоритет на подготовката на настоящите и бъдещите лекари.
2. Да осигурят подходящи и устойчиви условия за провеждане на обучението за комуникация с пациентите и повишаването на езиковите комуникативни умения на настоящите и бъдещите лекари.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Андреева, Л. (1999) Социално познание и личностно взаимодействие, София.
2. Александрова, М. (2007) Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. Симелпринт, София.
3. Александрова, М. (2007) Влияние на непрекъснатото обучение върху професионалната кариера на медицинските сестри. Контакти. Издание на Интердисциплинната Гражданска Академия, год. VII, 2007, 2 (66), С., стр.64-66.
4. Александрова, М. (2007) Комуникация и комуникационни умения при обучението на медицинските сестри. Контакти. Издание на Интердисциплинната Гражданска Академия. С., 2007, 95-101.
5. Балканска, П. (2009) Психологични подходи в здравния мениджмънт, Булвест 2000, София
6. Балканска, П. (2010) Професионално общуване и комуникативна компетентност. В: Попов и кол. Медицинска педагогика, учебник за студентите от ФОЗ, Екс-прес, с. 203-215
7. Балканска, П. (2010) Емпатично поведение в медицинската практика. В: Попов и кол. Медицинска педагогика, учебник за студентите от ФОЗ, Екс-прес, с. 216-225
8. Балканска, П. (2014) Приложна психология в медицинската практика, Булвест 2000, София
9. Балканска, П., П. Бикова (2011) За емоционалната интелигентност и обучението на медицински специалисти. В: Интердисциплинната идея в действие, ТЕМТО, София, с. 80-83.
10. Балканска, П., Ж. Христов, М. Александрова (2010) Работа в екип и екипни взаимодействия. В: Попов и кол. Медицинска педагогика, учебник за студентите от ФОЗ, Екс-прес, с. 226-238
11. Балканска, П. (2009) За умението да общуваме с пациента, Сестринско дело, 41, № 3, 2009, с. 26-30

12. Бончева, Ив. (2002) Психологични параметри на комуникацията „лекар- болен“. Дисертация за присъждане на образователно-научна степен „Доктор“, Специализиран научен съвет по психология при ВАК, СУ „Кл. Охридски“, 177 стр.
13. Бончева, Ив. (2013) Вербална комуникация.- В: Медицинска психология. Учебник за специалисти по здравни грижи. МУ – Варна, 2013. с. 106-113
14. Бончева, Ив. (2013) Професионалната комуникация „болен-медицински персонал“. Медицинска психология. Учебник за специалисти по здравни грижи. МУ – Варна, 2013. с. 96
15. Борисов, В. (2009) Здравен мениджмънт - новата азбука на здравния мениджмънт (трето изд.). 280 с.
16. Борисов, В. (2008) Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. 140 с.
17. Борисов, В. (2006) Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 320 с.
18. Борисов, В., М. Апостолов, Ц. Воденичаров, П. Иванова. Обществено здравеопазване – теоретически и исторически основи, В: Ново обществено здравеопазване. Под ред. на В. Борисов, Зл. Глутникова и Ц. Воденичаров. Акваграфикс ООД, София, 1998, т. I.. 9-50
19. Веков, Т. (2011) Двустранният процес на комуникация между лекари и пациенти. Как пациентът може да спечели искреното съчувствие на своя лекар, В: Медицински преглед. Сестринско дело. Medical Review. Information for Nursing Staff“. МУ – С., 2011, бр. 3-4, 2011, с. 22-26
20. Велкова, А. Стратегии за промоция на здравето. Издателски център на МУ- Плевен, 2014, 170 с.
21. Воденичаров, Ц. (2010) , Десетте принципа на медика и мениджъра, С.,СИМЕЛПРЕС.
22. Воденичаров, Ц., С. Попова (2003). Медицинска етика: Учебник. ДАК, 230 с.
23. Воденичаров, Ц., С. Попова (2009) Социална медицина, София, 237 с.

24. Дудева, Б. (2009а). Прилагане на Общата европейска езикова рамка (ОЕР) при обучение за комуникация в професионалния домейн В: Чуждоезиково обучение, No 4, с. 50-62
25. Дудева, Б. (2009b). Методически аспекти на лексичния подход в обучението по английски език на студенти по медицина. С.Университетско издателство “Св.Кл.Охридски”
26. Европейска Квалификационна Рамка, ГД Образование и култура, [http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_bg.pdf)
27. Европейска културна конвенция, ратифицирана със закон, приет от Великото Народно Събрание на 14 август 1991 г. - ДВ, бр. 70 от 1991 г. в сила за България от 2 септември 1991 г., обн. ДВ. бр.85 от 15 октомври 1991г., [mc.government.bg/files/152\\_10.6.KONVENCIA\\_2.doc](http://mc.government.bg/files/152_10.6.KONVENCIA_2.doc))
28. Европейско сътрудничество в областта на образованието и обучението (Образование и обучение 2020) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=URISERV%3Aef0016>
29. Живкова, Хр., Емпатия в медицинската практика, Българско списание по психология , 1996 г., кн.1, стр. 101-106.
30. Закон за здравето. В сила от 01.01.2005 г. Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., изм. ДВ. бр.76 от 20 Септември 2005г., изм. ДВ. бр.85 от 25 Октомври 2005г., изм. ДВ. бр.88 от 4 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.94 от 25 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.18 от 28 Февруари 2006г., изм. ДВ. бр.30 от 11 Април 2006г., изм. ДВ. бр.34 от 25 Април 2006г., изм. ДВ. бр.59, бр. 71, бр. 75, бр. 81, бр. 95, ДВ бр. 102/2006 г., изм. ДВ бр. 31/2007 г. , <http://www.doctorbg.com/page.php?id=1843>
31. Заключение на Председателството – Барселона, 15 и 16 март 2002 г., [http://cpobg.com/docs/c\\_002.pdf](http://cpobg.com/docs/c_002.pdf))
32. Заключение на Съвета от 12 май 2009 г. относно стратегическа рамка за европейско сътрудничество в областта на образованието и обучението („ЕСЕТ 2020 г.“)

(2009/С 119/02) Официален вестник на Европейския съюз 28.5.2009 г.

33. Иванов, Евг. (2015) Здравната култура на учениците – фактор за ефективна промоция на здравето. ГорексПрес, София, 80 с.

34. Илиев, Вл. (2003) Общуването – същност, динамика и развитие, Леге Артис

35. Илиева-Балтова, П., А. Предоева (1997) Съношението вербални/невербални компоненти в комуникацията лекар-пациент. // Съпоставително езикознание, 1997, № 4, с. 84-95.

36. Каталог на Общите цели и резултати от обучението по медицина – приети от Фак. съвет на МФ през 27.9.2013 г.  
[http://94.26.39.122/sites/default/files/KATALOG\\_CELI\\_OBUCHENIE.pdf](http://94.26.39.122/sites/default/files/KATALOG_CELI_OBUCHENIE.pdf)

37. Кодекс на професионалната етика, Издаден от министъра на здравеопазването, ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г., кн. 10/2000 г., стр. 7, т. 5, р. 1, № 156

38. Консолидиран текст на Договора за функционирането на Европейския Съюз, С 326/120 ВГ Официален вестник на Европейския съюз 26.10.2012 г

39. Маринов, Р. (2004) Комуникационни стратегии. Из-во на НБУ, София, 2004

40. Национална квалификационна рамка на РБ, приета с РМС № 96/02.02.2012 г,  
<http://hrdc.bg/fce/001/0185/files/Nacionalna%20Kvalifikacionna%20Ramka.pdf>

41. Петрова, Г., П. Балканска, Л.Чакърлова, Овладяване на био-психо-социалния подход към болния посредством интерактивни модели на обучение с пациент, сп. Здравна политика и мениджмънт, том 11, 1, 2011, 65-71.

42. Попов, Т. (2016) Арт-терапията при децата. Изд. ЕКС-ПРЕС, Габрово

43. Попов, Т. (2006). Студентът като субект на обучението. София, изд. ИИК „Везни“

44. Попов, Т. и колектив, Педагогика – Втора част. Теория на обучението. Дидактика, София, 2005, изд. „Топографика“

45. Попов, Т. и кол. (2010) Медицинска педагогика, учебник за студентите от ФОЗ, Експрес.

46. Препоръка на Европейския парламент и на Съвета от 23 април 2008 година за създаване на Европейска квалификационна рамка за обучение през целия живот (текст от значение за ЕИП) (2008/С 111/01), 6.5.2008 г. ВГ Официален вестник на Европейския съюз С 111/1)
47. Становище на Европейския икономически и социален комитет относно „Многоезичието“ (2009/С 77/25) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:077:0109:0114:BG:PDF>
48. Стефанова, П. (2006): Немският като втори чужд език в контекста на многоезичието, сп. Чуждоезиково обучение кн.2
49. Стойцова, Т., Живеем с другите. Социалнопсихологични проблеми, София, НБУ, 1998.
50. Стойчева, М. (2006) Европейска езикова политика. С., Университетско издателство „Св. Климент Охридски“
51. Съобщение на Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите: Преосмисляне на образованието: инвестиране в умения за постигане на по-добри социално-икономически резултати, (Страсбург, 20.11.2012 г. , COM(2012) 669 final [http://ec.europa.eu/education/news/rethinking/com669\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/education/news/rethinking/com669_bg.pdf))
52. Тачева, В., (2014) Комуникативни умения в медицинската практика, „Стено“, Варна.
53. Трайковска, А., Т. Димитров, А. Трендафилова, Взаимоотношенията лекар-пациент в здравновъзпитателния процес, Социална медицина, София, 2015, бр.4.
54. Чакърва, Л., Г. Петрова (2010) Проблемно-базирано обучение. В: Попов и кол. Медицинска педагогика, учебник за студентите от ФОЗ, Екс-прес, с. 129-140
55. Шопов, Т. (2011) Говорят на други езици. Увод в педагогическата социолингвистика. Университетско издателство „Св. Климент Охридски“,

56. Шопов, Т. (2013) Педагогика на езика. Университетско издателство „Св. Климент Охридски“
57. Alastrué, R.P., C. Pérez-Llantada 2015. English as a Scientific and Research Language: Debates and Discourses. Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 376 p.
58. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), American Academy of Orthopaedic Surgeons Staff, Rhonda Beck (2013) Advanced Emergency Medical Technician Transition Manual, Jones & Bartlett Publishers, 2013 - 350 p.
59. Assessment of Diagnostic Reasoning with Standardized Patients: Testing the Reliability and Validity of the Diagnostic Reasoning Assessment, 2006, ProQuest, 115 p.
60. Auer P., Li Wei. 2007. Handbook of Multilingualism and Multilingual Communication. Walter de Gruyter, 606 p.
61. Barkoukis T.J. , J.K. Matheson, R. Ferber, K. Doghramji 2011 Therapy in Sleep Medicine, Elsevier Health Sciences, 816 p.
62. Basturkmen H. 2014 Ideas and Options in English for Specific Purposes, Routledge, 200 p.
63. Bax, S (2003) The end of CLT: a context approach to language teaching ELT J 2003 57: 278-287
64. Beer D.F. 2003 Writing and Speaking in the Technology Professions: A Practical Guide. IEEE Professional Communication Society, John Wiley & Sons, 517 p.
65. Belcher, D. (2009). English for Specific Purposes in Theory and Practice. Ann Arbor: University of Michigan Press.
66. Belcher, D. , & Braine, G. (eds.). (1995). Academic writing in a second language: Essays on research and pedagogy (pp. *xiii-xxx*).
67. Berkowitz, E.N. (2016) Essentials of Health Care Marketing, Jones & Bartlett Publishers, 592 p.

68. Berns, M. (1984). Functional approaches to language and language teaching: Another look. In S. Savignon & M. S. Berns (Eds.), *Initiatives in communicative language teaching. A book of readings* (pp. 3-21). Reading, PA: Addison-Wesley.
69. Berns M. 2013 *Contexts of Competence: Social and Cultural Considerations in Communicative Language Teaching*. Springer Science & Business Media, 186 p.
70. *Bioethics Core Curriculum*. Division of Ethics of Science and Technology. Sector for Social and Human Sciences. UNESCO
71. *Black's Law Dictionary* (5th ed.). West Publishing Co. 1979
72. Boniolo G., V.Sanchini. 2016. *Ethical Counselling and Medical Decision-Making in the Era of Personalised Medicine: A Practice-Oriented Guide*, Springer, 117 p.
73. Bonvicini KA1, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. (2009) Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2009 Apr;75(1):3-10. doi: 10.1016/j.pec.2008.09.007. Epub 2008 Dec 10.
74. *Patient Educ Couns*. 2009 Apr;75(1):3-10. doi: 10.1016/j.pec.2008.09.007. Epub 2008 Dec 10.
75. Borowski, N. (2009) *Organizational Behavior in Health Care*, Jones & Bartlett Learning, 23.12.2009 г. - 414 p.
76. Bowie M.J. 2016. *Understanding Current Procedural Terminology and HCPCS Coding Systems*, Spiral bound Version, Cengage Learning, 576 p.
77. Braude S.E. 2002 *ESP and Psychokinesis: A Philosophical Examination*, Universal-Publishers, 2002 - 234 p.
78. Braunmüller, K., G. Ferraresi 2003. *Aspects of Multilingualism in European Language History*. John Benjamins Publishing, 291 p.
79. Brown R.T. 2003 *Handbook of Pediatric Psychology in School Settings*. Routledge, 840 p.
80. Brown RF, Bylund CL (2008) Communication skills training: describing a new conceptual model. *Acad Med*. 2008 Jan;83(1):37-44.

81. Brumfit Ch. Modern Languages within a Policy for Language in Education . In : New Perspectives on Teaching and Learning Modern Languages, ed. Green S., 2000, Multilingual Matters, 194 p. , 94-104, <http://www.ehea.info/> <http://www.ehea.info/cid105129/esco-goes-live.html>).
82. Byram M., L. Parmenter. 2012. The Common European Framework of Reference: The Globalisation of Language Education Policy. Multilingual Matters, 270 p.
83. Canado, M.L.P. 2012. Competency-based Language Teaching in Higher Education, Springer Science & Business Media, 194 p.
84. Carducci, B. J. (2009).The Psychology of Personality: Viewpoints, Research, and Applications. John Wiley & Sons, 736 p.
85. Carmi, A. Medical Law in the Nineties, University of Haifa, Israel
86. Charalambous C.P. 2015. Career Skills for Doctors, Springer, 247 p.
87. Charles,C., A. Gafn, T. Whelan. How to improve communication between doctors and patients. Learning more about the decision making context is important, BMJ 2000;320:1220, <http://www.bmj.com/content/320/7244/1220>
88. Cho, H. ed. (2011) Health Communication Message Design: Theory and Practice, SAGE, 26.10.2011 г. - 277 p.
89. Coleman H. 1989 Working with Language: A Multidisciplinary Consideration of Language Use in Work Contexts, Walter de Gruyter, 629 p.
90. Convention on the Recognition of Qualifications concerning Higher Education in the European Region, <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/165>
91. Corbett, J. (2003) An Intercultural Approach to English Language Teaching. Multilingual Matters, 229 p.
92. Council of Europe, Council for Cultural Co-operation. Education Committee. Modern Languages Division. 2001 Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment, Strasburg, Cambridge University Press, 260 p.

93. Council on Health Care Technology, Institute of Medicine (1990) Improving Consensus Development for Health Technology Assessment: An International Perspective, National Academies Press, 159 p.
94. Cram101 Textbook Reviews, 16.10.2016 г., 85 p.
95. Croskerry, P., K. S. Cosby (2009). Patient Safety in Emergency Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, 428 p.
96. Crystal, D. (1990). Linguistics. Penguin Books. ISBN 9780140135312.
97. Cummins, J. (1979). Cognitive/academic language proficiency, linguistic interdependence, the optimum age question and some other matters. Working Papers on Bilingualism, 19, 121-129.
98. Dedek, H. (2010) From Norms to Facts: The Realization of Rights in Common and Civil Private Law. In: McGill Law Journal, 56:1, p.77-114
99. De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. Patient Educ Couns 2009;74:287–94.
100. Dendrinos, B. 1992. The EFL textbook and ideology. Athens: Grivas.
101. Dey A. 2005 Modeling and Using Context: 5th International and Interdisciplinary Conference, CONTEXT 2005, Paris, France, July 5-8, 2005, Proceedings, vol. 5, Springer Science & Business Media, 572 p.
102. Directorate General for Translation. 2010. Clear writing. [http://ec.europa.eu/dgs/translation/publications/magazines/languagestranslation/documents/issue\\_01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/translation/publications/magazines/languagestranslation/documents/issue_01_en.pdf)
103. Drane J.F. 1994. Clinical Bioethics: Theory and Practice in Medical Ethical Decision-making, Rowman & Littlefield, 232 p.
104. Dudeva, B. (2013) Some characteristics of written medical texts in English. В: Съвременният модел на Европейския съюз и мястото на България в него, 14-15 юни 2013 г.

105. Dudeva B. 2009. Students of Medicine as Learners of EMP: A Needs Analysis. In: Foreign Language Education, Sofia
106. Dudley-Evans, T., and St John, M. (1998) Developments in ESP: A multi-disciplinary approach. Cambridge: Cambridge University Press.
107. East M. 2012. Task-Based Language Teaching from the Teacher's Perspective, John Benjamins Publishing, 259 p.
108. Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001
109. European Charter of Patients' Rights, Rome, November 2002  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf)
110. European Higher Education Area <http://www.ehea.info/>;
111. European Skills, Competences, Qualifications and Occupations (ESCO) goes live  
<http://www.ehea.info/cid105129/esco-goes-live.html>
112. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. Fam Med. 2002 May; 34(5):353-61.
113. Fetzer A. 2007 Context and Appropriateness: Micro Meets Macro, John Benjamins Publishing, 265 p.
114. Field, Z. 2012. How to write clearly. European Commission. Directorate-General for Translation.
115. Flowerdew J. 2014 Discourse in Context: Contemporary Applied Linguistics, vol. 3, A&C Black, 400 p.
116. Fortanet-Gómez I., Ch. A. Räisänen 2008 ESP in European Higher Education: Integrating language and content, John Benjamins Publishing, 285 p.
117. Fottler, M.D., D. Malvey, D. J.Slovensky (2015) Handbook of Healthcare Management, Edward Elgar Publishing, 25.09.2015 г. - 544 p.

118. Frank JR, editor. The CanMEDS physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
119. Frymoyer JW, Frymoyer NP (2002) Physician-patient communication: a lost art? *J Am Acad Orthop Surg*. 2002 Mar-Apr;10(2):95-105.
120. Galvin K., M. Bishop 2011. *Case Studies for Complementary Therapists: a collaborative approach*, Elsevier Health Sciences, 733 p.
121. Gardner, R. 1985. *Social Psychology and Second Language Learning. The role of attitudes and motivation*, UK: Edward Arnold.
122. Gauthier S. 2000 *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease, Second Edition*, CRC Press, 400 p.
123. Gayle B.M., R. W. Preiss, N. Burrell, M. Allen 2009. *Classroom Communication and Instructional Processes: Advances Through Meta-Analysis*, Routledge, 224 p.
124. Gómez C.M.H. 2014. *Clinical Intensive Care Medicine*, World Scientific, 980 p.
125. Grommes P., A. Hu 2014, *Plurilingual Education: Policies –practices – language development*. John Benjamins Publishing Company, 260 p.
126. Guus Extra, Durk Gorter 2008. *Multilingual Europe: Facts and Policies*. Walter de Gruyter, 360 p.
127. Ha, J.F., N. Longnecker. (2010) *Doctor-Patient Communication: A Review*. *Spring*; 10(1): 38–43.
128. Haak R1, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ. (2008) The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ*. 2008 Nov;12(4):213-8. doi: 10.1111/j.1600-0579.2008.00521.x.
129. Hagstrom, Cynthia. 2004. "The Language of Doctors and Patients." In: *Language in the USA*, E. Finegan and J. R. Rickford, eds. Cambridge: Cambridge University Press. 445-462.
130. Hales R.E. 2008 *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Pub, 1786 p.

131. Halliday, M. (1990) *New ways of meaning: the challenge to applied linguistics*. Reprinted in Fill and Mühlhäusler (2001) *The ecolinguistics reader*. London: Continuum, pp175–202
132. Halliday, M. A.K.; J. Webster (2006). *On Language and Linguistics*. Continuum International Publishing Group. p. vii.
133. Halter, M.J. (2014) *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing - E-Book: A Clinical Approach*, Elsevier Health Sciences, 12.03.2014 г. - 864 p.
134. Hansen E., G. Easthope 2007. *Lifestyle in Medicine*, Routledge, 208 p.
135. Hardman, D., L. Macchi (2004). *Thinking: Psychological Perspectives on Reasoning, Judgment and Decision Making* John Wiley & Sons, 392 p.
136. Harlak H, Gemalmaz A, Gurel FS, Dereboy C, Ertekin K. (2008) *Communication skills training: effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency*. *Educ Health (Abingdon)*. 2008 Jul;21(2):62. Epub 2008 Aug 23.
137. Harmer, J. (2003) *Popular culture, methods, and context* *ELT J* 2003 57: 288-294
138. Haslam N. 2004. *Relational Models Theory: A Contemporary Overview*, Psychology Press, 392 p.
139. Heller, M. (2016) *Clinical Medical Assisting: A Professional, Field Smart Approach to the Workplace*, Cengage Learning, 11.02.2016 г. - 1008 p.
140. Higgs J. 2008 *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Elsevier Health Sciences, 504 p.
141. Hochman O, Itzhak B, Mankuta D, Vinker S. (2008) *The relation between good communication skills on the part of the physician and patient satisfaction in a military setting*. *Mil Med*. 2008 Sep;173(9):878-81.
142. Hoekje B.J., S. M. Tipton 2011. *English Language and the Medical Profession: Instructing and Assessing the Communication Skills of International Physicians*, BRILL, 331 p.

143. Hoffmann T., S. Bennett, Ch. Del Mar 2013. Evidence-Based Practice Across the Health Professions, Elsevier Health Sciences, 432 p.
144. Hoffmaster B., B. Freedom, Gw. Fraser 2012. Clinical Ethics: Theory and Practice. Springer Science & Business Media, 237 p.
145. Hogan, R., J. Johnson, St. Briggs. (1997). Handbook of Personality Psychology. Academic Press, 987 p.
146. Hosley J., E. Molle-Matthews (2006). A Practical Guide to Therapeutic Communication for Health Professionals. Saunders Elsevier, 255p.
147. Howatt, A. P. R. (1984). A History of English Language Teaching. Oxford: Oxford University Press.
148. Huhta M., K. Vogt, E. Johnson, D. R. Hall, H. Tulkki 2013 Needs Analysis for Language Course Design: A Holistic Approach to ESP, Cambridge University Press, 274 p.
149. Hunink M.G.M., M. C. Weinstein, E. Wittenberg, M. F. Drummond, J. S. Pliskin, P. P. Glasziou, J. B. Wong 2014 Decision Making in Health and Medicine, Cambridge University Press, 424 p.
150. Hunt, D., K. Harvey. Grammar and Doctor-Patient Communication. Published Online: 5 NOV 2012, DOI: 10.1002/9781405198431.wbeal0465.
151. Hutchinson, T., Waters, A. (1987). English for Specific Purposes: A learning-centered approach. Cambridge: Cambridge University Press
152. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Conference, Robert John Jaeger (1997) Proceedings of the 19th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, Oct. 30-Nov. 2,1997, Chicago, IL, USA: Magnificent Milestones and Emerging Opportunities in Medical Engineering, Pdr 3, 2400 p.
153. International Encyclopedia of Linguistics: AAVE-Esperanto. Vol. 1, 2003, Oxford University Press, 525 p.
154. Jamison D.T., J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, Pr. Jha, A. Mills, Ph. Musgrove (2006) Disease Control Priorities in Developing Countries, World Bank Publications, 1452 p.

155. Johnson, K. (1983). *Communicative syllabus design and methodology*. Oxford: Pergamon Press
156. Jones R. 2004. *Oxford Textbook of Primary Medical Care, vol.1*, Oxford University Press, 1299 p.
157. Kanniyakonil, S. (2007) *The Fundamentals of Bioethics: Legal Perspectives and Ethical Approaches*, 366 p.
158. Kattan M.W., M. E. Cowen 2009 *Encyclopedia of Medical Decision Making, vol. 1*, SAGE, 1229 p.
159. Kelsen, H. (2009) *General Theory of Law and State*, The Lawbook Exchange, Ltd., 516 p.
160. Khazeni, N., D. Hutton, A. M Garber, and D. K Owens. (2009). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Expanded Antiviral Prophylaxis and Adjuvanted Vaccination Strategies for the Next Influenza Pandemic, *Ann Intern Med*. Dec 15, 2009; 151(12): 840–853.
161. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Mullinghaus M, et al. Communication and social competency in medical education in German speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi Study. *Patient Educ Couns* 2010;81:259–66.
162. Killen R. 2006. *Effective Teaching Strategies: Lessons from Research and Practice*, Cengage Learning Australia, 336 p.
163. Knapp, K., B. Seidlhofer. 2009. *Handbook of Foreign Language Communication and Learning*, Walter de Gruyter, 730 p.
164. Korin M.R. (2016) *Health Promotion for Children and Adolescents*, Springer, 397 p.
165. Kühn B., M. L. Perez Cavana. 2012. *Perspectives from the European Language Portfolio: Learner autonomy and self-assessment*, Routledge, 208 p.
166. Lapinski MK, Rimal RN. An explication of social norms. *Commun Theory* 2005; 15: 127-47 doi: 10.1111/j.1468-2885.2005.tb00329.x.

167. Lindh, W.Q., M. Pooler, C. D. Tamparo, B. M. Dahl, J. Morris (2013) Delmar's Comprehensive Medical Assisting: Administrative and Clinical Competencies, Cengage Learning, 15.04.2013 г. - 1264 p.
168. Lorenzi , N.M. (1999) Transforming Health Care Through Informatics: Cornerstones for a New Information Management Paradigm : Proceedings, Pdrt 3, Hanley & Belfus, 1999 - 1247 p.
169. Lustig B.A. (1997) Bioethics Yearbook: Theological Developments in Bioethics: 1992–1994, Springer Science & Business Media, 304 p.
170. MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors.  
<https://www.each.eu/teaching/resources/maas-global-rating-list-consultation-skills-doctors/>
171. Mac Aodha, M. 2016. Legal Lexicography: A Comparative Perspective. Routledge, 360 p.
172. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med 2001;76:390–3.
173. Makoul G. MSJAMA.Communication skills education in medical school and beyond. JAMA. 2003;289(1):93 . CrossRefMedline
174. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns 1999;37:191–5.
175. Mason, K.P. (2014) Pediatric Sedation Outside of the Operating Room: A Multispecialty International Collaboration, Springer, 11.10.2014 г. - 755 p.
176. Matarese V. 2012. Supporting Research Writing: Roles and Challenges in Multilingual Settings, Elsevier,330 p.
177. Mattila, H.E.S.2013. Comparative Legal Linguistics: Language of Law, Latin and Modern Lingua Francas. Ashgate Publishing, Ltd., 504 p.
178. McGrath I. 2013 Teaching Materials and the Roles of EFL/ESL Teachers: Practice and Theory. A&C Black, 256 p.

179. McKay E. 2015 Macro-Level Learning through Massive Open Online Courses (MOOCs): Strategies and Predictions for the Future: Strategies and Predictions for the Future, IGI Global, 307 p.
180. Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Roundtable on Health Literacy, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine, National Academies Press, 2009, 142 p.
181. Mehrabian, A. (1972) Nonverbal Communication, Transaction Publishers, 1972 - 226 p.
182. Mendel D. 2013. Proper Doctoring: A Book for Patients and their Doctors, New York Review of Books, 264 p.
183. Mengel M.B., S. A. Fields. 2007 Introduction to Clinical Skills: A Patient-Centered Textbook. Springer Science & Business Media, 494 p.
184. Milevsky A. 2014. Understanding Adolescents for Helping Professionals, Springer Publishing Company, 232 p.
185. Millon T., R.F. Krueger, E. Simonsen 2011. Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11, Guilford Press, 622 p.
186. Mitchell MM, Brown KM, Morris-Villagran M, Villagran PD. The effects of anger, sadness and happiness on persuasive message processing: a test of the negative state relief model. *Commun Monogr* 2001; 68: 347-59 doi: 10.1080/03637750128070
187. Morato, E.A. (2013). Self Mastery. eBookIt.com, 21.02.2013 г. - 236 p.
188. Moscato SR1, Valanis B, Gullion CM, Tanner C, Shapiro SE, Izumi S. (2007) Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services. *Clin Nurs Res*. 2007 May;16(2):119-37.
189. Mukalel, J.C. (2005). Approaches To English Language Teaching. Discovery Publishing House, 232 p.
190. Narrative Medicine: Rescuing Clinical Decision-making by Restoring the Doctor-patient Relationship . 2009. ProQuest, 76 p.

191. Newby D. 2011 Insights into the European Portfolio for Student Teachers of Languages (EPOSTL). Cambridge Scholars Publishing, 240 p.
192. Newby D., E. Matzer, H. Penz , 2009. Languages for Social Cohesion: Language Education in a Multilingual and Multicultural Europe. Council of Europe, 215 p.
193. Oskamp, S., P. W. Schultz (2005). Attitudes and Opinions. Psychology Press, 400 p.
194. Pagano, M.P. (2014) Communication Case Studies for Health Care Professionals, Second Edition: An Applied Approach, Springer Publishing Company, 3.12.2014 r. - 440 p.
195. Patel S., J.J. Barnes 2013. The Principles of Endodontics, OUP Oxford, 192 p.
196. Patients' Rights. Yozmot Heiliger, 2002, p. 480
197. Patients' Rights in the European Union, [http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients\\_Rights.pdf](http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf)
198. Phelps K., C. Hased 2011. General Practice: The Integrative Approach, Elsevier Australia, 993 p.
199. Pomeranz A.J., S. Sabnis, S.Busey, R. M. Kliegman 2015. Pediatric Decision-Making Strategies, Elsevier Health Sciences, 368 p.
200. Proctor, D.B., B. Niedzwiecki, J. Pepper, P. Madero, M. Garrels, H. Mills (2016) Kinn's The Medical Assistant: An Applied Learning Approach, Elsevier Health Sciences, 4.05.2016 r. - 1312 p.
201. Ramlaul,A., M. Vosper (2013) Patient Centered Care in Medical Imaging and Radiotherapy E-Book, Elsevier Health Sciences, 26.03.2013 r. - 328 p.
202. Recommendation No. R (98) 6 of the Committee of Ministers to member states concerning modern languages (Adopted by the Committee of Ministers on 17 March 1998, [https://www.coe.int/t/dg4/linguistic/conventions\\_EN.asp](https://www.coe.int/t/dg4/linguistic/conventions_EN.asp)
203. Recommendation 1539 (2001), European Year of Languages. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta01/EREC1539.htm>

204. Recommendation of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning (2006/962/EC), L 394/10 Official Journal of the European Union 30.12.2006)
205. Reigeluth C.M. (2013). *Instructional-design Theories and Models: A New Paradigm of Instructional Theory*, volume 2, Routledge, 728 p.
206. Richards, J., Rodgers Th. (2007). *Approaches and Methods in Language Teaching*. Cambridge: Cambridge University Press
207. Rimal RN, Real K. How behaviors are influenced by perceived norms: a test of the theory of normative social behavior. *Communic Res* 2005; 32: 389-414 doi: 10.1177/0093650205275385
208. Robbins M. 2006. *Medical Receptionists and Secretaries Handbook*, Radcliffe Publishing, 350 p.
209. Roberts M.J. (2007) *Mass Medical Care with Scarce Resources: A Community Planning Guide*. Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 - 166 p.
210. Salkind N., 2008. *Encyclopedia of Educational Psychology*. SAGE Publications, 1208 p.
211. Satapathy, S.C., S. Das (2016) *Proceedings of First International Conference on Information and Communication Technology for Intelligent Systems*., Tom 1, Springer, 30.06.2016 г. - 602 p.
212. Scambler G. 2008. *Sociology as Applied to Medicine*, Elsevier Health Sciences, 344 p.
213. Scotto di Carlo G. 2015. *Diachronic and Synchronic Aspects of Legal English: Past, present, and Possible Future of Legal English*, Cambridge Scholars Publishing, 160 p.
214. Simpson J. 2011 *The Routledge Handbook of Applied Linguistics*. Taylor & Francis, 752 p.
215. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Brit Med J* 1991;303:1385–7.
216. Singleton D., J. A. Fishman, L. Aronin, M. Ó Laoire. 2013. *Current Multilingualism: A New Linguistic Dispensation*. Walter de Gruyter, 381 p.

217. Smith, D.H., L.S. Pettegrew (1986). Mutual persuasion as a model for doctor-patient communication. *Theoretical Medicine*. June 1986, Volume 7, Issue 2, pp 127-146
218. Snooks, M. (2009). *Health Psychology: Biological, Psychological, and Sociocultural Perspectives*. Jones & Bartlett Learning, 397 p.
219. Sofronieva, E. (2018). Inclusive Language Education: A Case Study. In: B. Angelov, R. Engels-Kritidis, D. Kostrub, & R. Osad'an (Eds.), *Specific Issues of Contemporary Preschool Education in Bulgaria and Slovakia* (pp. 277-293). Sofia: "St. Kliment Ohridski" University Press.
220. Spada N. 2007 Communicative Language Teaching: Current Status and Future Prospects. In: Cummins J., Ch. Davison. 2007 *International Handbook of English Language Teaching*,
221. Standing M. 2014 *Clinical Judgement and Decision Making for Nursing Students*. Learning Matters, 232 p.
222. St. Pierre, M., G. Hofinger, R. Simon (2016) *Crisis Management in Acute Care Settings: Human Factors and Team Psychology in a High-Stakes Environment*, Springer, 2.11.2016 г. - 430 p.
223. Strickland, P. 2011, The European Commission's Clear Writing Campaign, In: *Clarity* 65 (2011):14-16
224. Sullivan L.E. 2009. *The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences*, SAGE, 577 p.
225. Taher M. (2012) *Better Patient Feedback, Better Healthcare*. M&K Update Ltd, 2012 - 113 p. <https://webcampus.drexelmed.edu/doccom/db/read.aspx>
226. Tan J.K.H., S. B. Sheps 1998 *Health Decision Support Systems*, Jones & Bartlett Learning, 408p.
227. Tanaka N1, Maruyama M, Amagai A, Saotome K, Tomikawa E, Michiyama K, Kondo S, Tanaka H, Sato H. (2008) [Development and evaluation of communication skills learning suitable for community pharmacy]. *Yakugaku Zasshi*. 2008 Jan;128(1):97-110.

228. Thammasitboon S., Cutrer WB. 2013. Diagnostic decision-making and strategies to improve diagnosis. In: *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2013 Oct;43(9):232-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24070580>
229. The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. In: *Academic Medicine* 2001; 76:390-393
230. 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>.
231. The Flesch reading ease readability formula. <http://www.readabilityformulas.com/flesch-reading-ease-readability-formula.php>
232. 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](http://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-tEACH.pdf)
233. Thompson T.L. (2014) *Encyclopedia of Health Communication*, SAGE Publications, 1688 P.
234. Thompson T.L., R. Parrott, J.F. Nussbaum 2011. *The Routledge Handbook of Health Communication*, Routledge, 704 p.
235. Thornbury, S. (2000). *How to teach grammar*. Harlow: Longman
236. *Transcultural Health Care, A Culturally Competent Approach: Medicine, Healthcare*. CTI Reviews
237. Trim J.L.M. 1997. *Language Learning for European Citizenship: Final Report of the Project Group (1989-96)*. Council of Europe, 101 p.
238. Tuckett D. 2013. *An Introduction to Medical Sociology*, Routledge, 424 p.
239. Ulrich, C.M. (2012) *Nursing Ethics in Everyday Practice*, Sigma Theta Tau, 2012 - 227 p.

240. Unger J., M. Krzyzanowski ,R. Wodak 2014. Multilingual Encounters in Europe's Institutional Spaces. A&C Black, 256 p.
241. Universal Declaration of Human Rights, 1948, <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=blg>
242. Use of the Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (Adapted) in an Institutional Interpersonal and Communication Skills Curriculum. June 2010.  
<https://www.researchgate.net/publication/51695713>
243. Valdman, A.. (1987). Proceedings of the Symposium on the Evaluation of Foreign Language Proficiency, March 1987. Indiana University, Committee for Research and Development in Language Instruction, 312 p.
244. 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](http://www.hag.unimaas.nl/maas-global_2000/GB/MAASGlobal-2000-EN.pdf).
245. Van Thiel J, et al. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht history-taking and advice checklist. Med Educ 1991; 25(3):224-9. Ram P et al. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. Med Educ. 1999; 33:447-454.
246. Varcarolis, E.M. (2016) Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing - E-Book: A Communication Approach to Evidence-Based Care, Elsevier Health Sciences, 22.07.2016 г. - 512 p.
247. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. 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 2008;42:1100–7.
248. Waljee J. 2014. Health Services Research and Evidence-Based Medicine in Hand Surgery, An Issue of Hand Clinics, Elsevier Health Sciences, 545 p.

249. Weideman A. 2016 Responsible Design in Applied Linguistics: Theory and Practice, Springer, 239 p
250. Widdowson H.G. 1978 Teaching Language as Communication, Oxford: Oxford University Press, 1978, 168 p.
251. Willerton R. 2015. Plain Language and Ethical Action: A Dialogic Approach to Technical Content in the 21st Century, Routledge, 222 p.
252. Wolman M., R. Manor 2004 Doctors' Errors and Mistakes of Medicine: Must Health Care Deteriorate?, IOS Press, 153 p.
253. Xavier Vila, F., V. Bretxa. 2014. Language Policy in Higher Education: The Case of Medium-Sized Languages. Multilingual Matters, 211 p.
254. Zarate, G. 2011. Handbook of Multilingualism and Multiculturalism . Archives contemporaines, 417 p.
255. Zolnierek KB, Dimatteo MR. (2009) Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

**Интернет сайты:**

<https://familydoctor.org/tips-for-talking-to-your-doctor/>

<https://www.nia.nih.gov/health/how-prepare-doctors-appointment>

<https://www.webmd.com/men/features/tips-for-a-successful-doctor-visit#1>

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1. Анкетна карта

#### АНКЕТНА КАРТА

по проблеми на повишаване на уменията на бъдещите лекари за комуникация с пациентите

Моля, попълнете въпросника. Подчертайте валидното.

Изберете само един отговор освен в случаите, когато изрично е отбелязано друго.

#### 1. Паспортни данни:

Име.....(отбележете по желание)

Възраст.....

Пол.....мъж.....жена.....

#### 2. Семейно положение.....

- неженен/неомъжена

- женен/ омъжена

-разведен (а)

-вдовец/вдовица

-друго.....

#### 3.Образование

- средно

-висше бакалавър

-висше магистър

- научна степен или звание

#### 4. Трудова дейност

- ръководен персонал, администратор

- професионалист, работещ в производството или услугите

- на половин работен ден или временно зает

- технически персонал

- обслужващ персонал

- студент, стажант, специализант
- друго .....

5. Смятате ли, че комуникацията на лекарите с пациентите влияе върху процеса на лечение и възстановяване?

- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение

6. Кои са факторите, които медицинският и здравен професионалист трябва да вземе пред вид при комуникация с пациента и неговите близки? Можете да изберете повече от един отговор.

- възраст на пациента и близките му
- ниво на образование на пациента и близките му
- психично и емоционално състояние на пациента и близките му
- възможности на професионалиста за отделяне на достатъчно време за комуникация
- използването на подходящи езикови техники и средства за общуване от страна на професионалиста
- друго: .....

7. Какви смятате, че са проблемите в комуникацията между лекарите и пациентите?

Можете да изберете повече от един отговор.

- недостатъчни комуникативни умения на лекарите
- недостатъчни комуникативни умения на пациентите
- несъобразяване с особеностите на пациента
- несъобразяване с особеностите на заболяването
- отсъствие на достатъчно време за комуникация

- друго:

8. Какви са начините за постигане на по-добро общуване между лекарите и пациентите? Можете да изберете повече от един отговор.

- да се спазват правилата на медицинската етика

- да се спазват правилата на доброто поведение

- да се дават по-разбираеми обяснения

- да се дават по-изчерпателни обяснения

- да се познават различни езикови техники за подходящо изразяване

- друго:.....

9. Изпитвате ли необходимост от упражняване на езиково общуване с цел по- лесна, бърза и ефективна комуникация с пациентите?

- не

- по-скоро не

- по-скоро да

- да

- нямам мнение

10. Смятате ли, че можете да се справите с всякакви комуникативни ситуации в бъдещата Ви работа, без да получите обучение и тренинг за общуване с пациентите?

- не

- по-скоро не

- по-скоро да

- да

- нямам мнение

11. Дали учебният план и програми на университета Ви предоставят достатъчно възможности за обучение за бъдещата Ви комуникация с пациентите?

- не

- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение

12. Ако курсът по комуникация с пациентите не е задължителен, бихте ли избрали да го посещавате?

- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение

13. Смятате ли, че овладяването и повишаването на уменията за комуникация с пациентите е важно ?

- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение

14. Ако на въпрос 13 сте отговорили с по-скоро да) или да), защо смятате, че овладяването на умения за комуникация с пациентите е важно? Това ще Ви помогне да...?

Можете да изберете повече от един отговор.

- да получите добро заплащане
- да получите добра работа
- да постигнете по-добри резултати в работата с пациентите
- да постигнете по-бързи резултати в работата с пациентите
- друго:.....

15. В курса по комуникация трябва ли практическите задачи по комуникация да преобладават?

- не
- по-скоро не
- по-скоро да
- да
- нямам мнение

16. В курса по комуникация бихте ли желали да работите...? Можете да изберете повече от един отговор.

- в група
- индивидуално

17. Колко често бихте желали да работите в група в курса по комуникация?

- винаги
- често
- понякога
- рядко
- никога

18. Вашият преподавател Ви разделя на групи и Ви моли да изработите групов проект. Кога проявявате по-голям интерес и работите по-усърдно?

- когато преподавателят Ви казва какво точно да направите
- когато преподавателят Ви дава само някои насочващи инструкции относно това какво се очаква от Вас и изчаква да завършите задачата сами
- когато преподавателят Ви оставя относително свободни, когато извършвате проекта и се намесва само, когато помолите за помощ

19. В курса по комуникация в какви учебни дейности предпочитате да се включите?

- да участвате в ролеви игри с реалистичен контекст
- да участвате в друга групова работа

- да извършват в самостоятелни задачи

20. Когато участвате в ролеви задачи, върху какво се фокусирате? Можете да изберете повече от един отговор.

- свободната комуникация

- езика

- ситуацията

- друго:.....

## Приложение 2. Карта на експерт

### КАРТА НА ЕКСПЕРТ

За експертното мнение относно Модела за повишаване на уменията на бъдещите лекари за ефективна комуникация с пациентите, разработен от Кристина Хр. Стоянова

**1. Име на експерта (научно звание и степен) .....**

**2. Длъжност.....**

**3. Научна организация .....**

**4. Научни интереси.....**

.....

**5. Колко важен за повишаване на уменията на бъдещите лекари за ефективна комуникация с пациентите е следният етап на медицинската комуникация:**

**- етап на изграждане на добри взаимоотношения?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на започване на дискусията?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на събиране на информацията?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на разбиране на гледната точка на пациента?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на обмен на информация?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на постигане на съгласие?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на стигане до изводи и приключване на разговора?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- етап на направляване на развитието на разговора?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**6. Колко важен за повишаване на уменията на бъдещите лекари за ефективна комуникация с пациентите е следният езиков комуникационен механизъм:**

**- перифразиране?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- смяна на времевата рамка?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- разпитване за резултатите?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- по-стегнато изложение на мисълта?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- посочване пример за обратното?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- създаване на активно отношение?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- обръщане към положителните намерения?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- промяна на контекста?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**- избягване на непознати и сложни думи?**

а) най-важен, б) много важен, в) важен, г) в известна степен маловажен д) маловажен

**7. Вашият коментар за Модела за повишаване на уменията на бъдещите лекари за ефективна комуникация с пациентите. Ако е необходимо, използвайте допълнителни листа хартия.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Дата**

**Подпис:**