

УДК 614.252(73)

СПЕЦИФІКА СУЧАСНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У США

Лорена Анатоліївна Михайленко,

кандидат педагогічних наук,

кафедра іноземних мов,

Національна медична академія післядипломної освіти імені

П. Л. Шупика,

м. Київ, Україна

Анотація

У статті розглянуто специфіку сучасної професійної діяльності сімейних лікарів у США; уточнено поняття “соціальний портрет сімейного лікаря” як сукупність притаманних фахівцю соціальних якостей, необхідних для здійснення професійних обов’язків; схарактеризовано п’ять складових професійної компетентності фахівців, а саме: когнітивну, діяльнісно-рефлексивну, етичну, соціальну, комунікативну; висвітлено етичні норми медичної професії в США та принципи медичної деонтології; виокремлено основні компоненти, що безпосередньо впливають на науково-практичну та професійну діяльність сімейного лікаря США; обґрунтовано необхідність вивчення позитивного досвіду соціально орієнтованої сімейної медицини у США в умовах реформування системи медичної освіти України.

Ключові слова: професійна діяльність; сімейний лікар; соціальний портрет; специфіка професійної діяльності; складові професійної компетентності; компетенції сімейного лікаря.

Постановка проблеми в контексті сучасної педагогічної науки та її зв’язок із важливими науковими і практичними завданнями. В умовах реформування системи охорони здоров’я України, запровадження соціально орієнтованої сімейної медицини актуалізується необхідність створення ефективних механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров’я.

Важливим стає врахування позитивного досвіду країн Європи, які за останні роки досягли значних успіхів у реформуванні своїх освітніх систем, зокрема в галузі медицини. У цьому аспекті значний науковий та практичний інтерес ста-

новить проблема професійної підготовки сімейних лікарів в університетах США.

В Україні важливість цієї проблеми підтверджується активним процесом реформування системи медичної освіти. Важливі кроки на шляху до модернізації вищої медичної освіти в Україні на засадах сімейної медицини здійснено з прийняттям Закону України № 1841-VI “Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 р.” (2010) та Загальнодержавної програми “Здоров’я — 2020: український вимір” (2013) та ін. Прийняті закони та відповідні чинні нормативні документи України сприятимуть запровадженню бюджетно-страхової медицини, переходу до надання населенню первинної медико-санітарної допомоги, подальшому розвитку наукових досліджень у медичній галузі, зорієнтованої на пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги — сімейної медицини, провідна роль в якій належить сімейному лікарю, кваліфікація якого відповідала б міжнародному та європейському рівням.

Метою статті є аналіз специфіки сучасної професійної діяльності сімейних лікарів США та визначення аспектів, що будуть корисними для розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблему професійної діяльності сімейних лікарів у різних країнах досліджували як вітчизняні (І. Паламаренко, Г. Лисенко, Ю. Вороненко, О. Мінцер), так і американські вчені (П. Даган [*P. Duggan*], Г. Геллер [*G. Geller*], Л. Купер [*L. Cooper*]). Доктор медицини, професор Університету Айови Р. Веллейс, який довгий час займається проблемами професійного розвитку сімейних лікарів, визначає основним завданням сімейного лікаря у США, якісну особливість професійної діяльності сімейного лікаря — ставлення до пацієнтів як до членів однієї родини. Вчений вважає, що таке ставлення до пацієнтів ґрунтується на довгострокових особистих стосунках, спрямованих на інтегровану допомогу,

що передбачає, насамперед, профілактику захворювань, їх діагностику та лікування, реабілітацію, підтримку і зміцнення здоров'я всієї родини на основі дотримання здорового способу життя [1].

Варто зазначити, що сімейні лікарі у США виконують широкий спектр медичних послуг та є різнобічно підготовлені не лише з питань терапії, а й інших розділів практичної медицини: хірургії, педіатрії, акушерства, неврології, офтальмології, психіатрії та ін. На первинному етапі надання медичної допомоги встановлення правильного клінічного діагнозу є основним, оскільки на подальших стадіях лікування визначає раціональність використання фінансових, людських та інших ресурсів. У зв'язку з цим важливим щодо неперервної медичної освіти сімейних лікарів є з'ясування напрямів їх діяльності та уточнення компетенцій, що визначається на державному рівні та дає розуміння специфіки професійної діяльності як основи формування соціального портрета сімейного лікаря у США. Саме формуванню соціального портрета сімейного лікаря у США приділяється важливе значення.

На думку А. Кузеванової, соціальний портрет сімейного лікаря — сукупність притаманних фахівцю соціальних якостей, які формуються на основі запропонованих і досягнутих статусів, відповідної рольової поведінки, самоідентифікації, ціннісно-мотиваційних характеристик. Соціальний портрет не є незмінним, він визначається і змінюється в результаті адаптації до постійно мінливого професійного середовища [4].

Для характеристики соціального портрета усе важливе: зміст професійної діяльності сімейних лікарів, аналіз моральних цінностей, соціальний настрій, проведення вільного часу, характеристика середовища, в якому він проживає тощо. Важливим є також з'ясування проблем, які турбують цю категорію працівників (припустимо, збільшення зарплати, зниження трудомісткості, забезпечення сучасною технікою та ін.) [2]. Деонтологічні, тобто етичні чи моральні аспекти взаємовідносин “лікар-пацієнт”, що висвітлені у працях А. Грандо,

В. Матвеєва, В. Менделевич, П. Дагана, [P. Duggan] дають змогу розглядати особистість лікаря відповідно до принципів поведінки медичного персоналу під час виконання професійних обов'язків і створювати умови для максимального підвищення ефективності лікування хворих і усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної діяльності. Проблему соціального статусу лікаря розглядає А. Решетніков. Дослідник акцентує увагу на ставленні лікаря до праці, при цьому розкриває її як зміст та умови, рівень оплати, стан соціально-психологічного клімату в колективі тощо [6].

Соціальний портрет сімейного лікаря США базується на *компетенціях*, визначених Американською академією сімейної медицини та оприлюднених для широкого загалу фахівців на офіційному сайті академії. Серед них акцентується увага на вирішенні широкого спектру медичних питань пацієнтів; координації догляду за пацієнтами інших медичних фахівців; комплексному догляді за хворим, що охоплює, зокрема, психічні та емоційні потреби; довгострокові відносини зі своїми пацієнтами; надання інформації та методів, які допоможуть пацієнтам взяти під контроль своє здоров'я; зосередження на профілактиці захворювань, а також лікуванні [10]. Відповідно до зазначених компетенцій, сімейний лікар має володіти медичними знаннями у різних галузях медичної, соціальної та психологічної наук; комунікативними навичками, здатностями і вміннями доглядати за хворим. Професіоналізм сімейного лікаря має бути заснований на практиці та вдосконаленні професійної діяльності, а також на системі вмінь, навичок і здібностей.

Експертами Американської асоціації медичних коледжів (Р. Харден [R. Harden], Дж. Кросбі [J. Crosby], М. Девіс [M. Davis]) в межах "Проекту визначення цілей медичної освіти" (*Medical Schools Objective Project — MSOP*) (1998) було сформульовано вимоги до визначення компетентності лікаря [18]. Ці вимоги ґрунтуються на очікуваннях, які висуває суспільство. При цьому визначаються соціально важливі атрибути ком-

петентного лікаря, згруповані у чотири категорії, відповідно до яких лікар має бути альтруїстичним; грамотним, інформованим, освіченим; умілим, володіти вміннями та навичками; усвідомлювати свої обов'язки [5].

Більш глибоко на четвертій категорії соціально-важливих атрибутів компетентності лікаря — “усвідомлювати свої обов'язки” — зупиняються науковці Р. Харден (*R. Harden*), Дж. Кросбі (*J. Crosby*), М. Девіс (*M. Davis*), М. Мруга. На їхню думку, медична школа повинна гарантувати, що на момент закінчення навчального закладу студент має демонструвати на задовільному рівні вміння збирати (з електронних баз даних та інших ресурсів), опрацьовувати та використовувати біомедичну інформацію для вирішення відповідних проблем і прийняття рішень для надання допомоги окремому індивіду та населенню загалом [11]. Тому серед професійних компетентностей фахівців, що оцінюються під час акредитації сімейних лікарів, виокремлюють п'ять складових: *когнітивну*, що дає відомості про медичні знання, якими володіє лікар; *діяльнісно-рефлексивну*, що має охоплювати вміння самовдосконалюватися та самонавчатися, приймати самостійні професійні рішення тощо; *етичну*, в межах якої відображені норми, що є обов'язковими для поведінки сімейних лікарів; *соціальну*, що вказує на вміння та здібності лікаря враховувати проблеми різних пацієнтів, а саме — у вікових, гендерних та інших категоріях; *комунікативну*, що охоплює вміння та навички спілкуватися як з різними фахівцями медичної галузі, так і з пацієнтами [12; 16].

Розглянемо кожну складову більш докладно.

Когнітивна складова охоплює знання сімейних лікарів щодо їх професійної діяльності та включає когнітивний розвиток і когнітивну діяльність. Діяльність у межах цієї складової — це діяльність, в результаті якої фахівець приходить до певного рішення [3]. Американські дослідники Б. Марінсон (*B. Murinson*), А. Агарвел (*A. Agarwal*), Дж. Пейн (*J. Pain*), які у своїх працях аналізують стан і особливості професіоналізму лікарів, зазначають, що важливими є когнітивні вміння та на-

вички в медичній практиці лікарів, тобто вміння швидко аналізувати ситуацію та приймати рішення відповідно до теорії та особистої практики, зокрема встановлювати правильний діагноз. Вчені пропонують проводити оцінювання когнітивної складової із урахуванням: діяльності лікаря, що проявляється у правильних практичних рішеннях проблем; умінь лікаря знайти правильні рішення у лікуванні хвороби відповідно до знань, що були набуті в результаті навчання, самонавчання та власної практики; навиків лікаря, що є поєднанням набутих теоретичних знань в університеті та досвіду практичної діяльності; готовності, що передбачає доцільне застосування знань на практиці; експертизи, яка проявляється у правильно поставленому діагнозі пацієнту; спілкування, що передбачає правильне вживання медичної термінології [13].

Дослідження зазначених науковців підтверджують, що лікарі, яким властиві когнітивні уміння, володіють структурованими знаннями та здатні до логічного аналізу і правильного діагностування хвороби. На сучасному етапі багато наукових досліджень спрямовано на пошук оптимальних методів навчання та вироблення когнітивних навичок у медичних фахівців. Важливими є оцінювання когнітивної готовності під час практичної діяльності лікарів та оцінювання вмінь медичних працівників у процесі когнітивного спілкування [13]. Для медичної освіти США важливим також є поєднання теоретичних знань та клінічної практики. Рефлексивні здібності, тобто здатність до самооцінки набутого клінічного досвіду, що включає роздуми, почуття, дії, поведінку, гуманні цінності, необхідні в рамках стосунків “лікар — пацієнт” для забезпечення належного лікування та вдосконалення професійної компетентності. Медичні навчальні заклади намагаються створити умови для розвитку рефлексивних здібностей лікарів, які здатні одержувати інтелектуальне та емоційне задоволення від виконаної роботи. Когнітивні уміння та рефлексивні здібності лікарів забезпечують розвиток їх професіоналізму та становлення як фахівців.

Діяльнісно-рефлексивна складова професійної компетентності сімейного лікаря у США розглядається дослідниками К. Ман (*K. Mann*), Дж. Гордон (*J. Gordon*), А. Макліад (*A. MacLeod*) як важливий компонент практики лікаря, що розвивається упродовж усього життя [15]. Ця складова охоплює критичну рефлексію, набуту з досвідом і практикою, яка дає змогу ідентифікувати освітні потреби лікарів, побудувати інтегровану базу знань; активний підхід до навчання впродовж життя, який веде до розуміння і поєднання нових та наявних у нього знань. Окрім зазначеного, науковці відмічають, що рефлексія лежить в основі розвитку професіонала, який володіє самосвідомістю, самоконтролем та саморегуляцією. Відповідно до теорії С. Рубінштейна, якщо є рефлексія, суб'єкт вміє реалізувати свою внутрішню позицію в навколишньому світі, керувати діяльністю, досягати мети, змінювати умови природного та соціального існування. Водночас рефлексія виступає як “внутрішня” умова діяльності, що входить до загального ефекту, який визначається закономірним відношенням внутрішніх і зовнішніх умов [7]. При цьому діяльність є активністю суб'єкта, тому має розглядатися як динамічна система взаємодій суб'єкта зі світом, у процесі яких відбувається розв'язання завдань різної складності, набуття життєвого досвіду, виховується вміння когнітивної комунікації та ін. Діяльнісно-рефлексивний компонент професійної компетентності сімейних лікарів США є одним з основних факторів розвитку їх професіоналізму.

Професійний розвиток як процес неперервного вдосконалення професіоналізму неможливий без професійної етики, що розглядається у межах медичної деонтології [17]. Медична деонтологія включає в себе набір етичних правил і обов'язків, які регулюють практику медичних працівників і є їх професійною етикою. У медицині ці принципи мають важливе значення. У філософському словнику поняття *професійна етика* тлумачиться як сукупність моральних норм, що характеризує поведінку людини у професійній сфері, а також галузь етики,

предметом якої є визначення і обґрунтування таких нормативних систем [8, с. 533]. При цьому варто враховувати, що професійна етика розвивається на основі узагальнення практичної діяльності представників різних професійних груп, що підсумовується в писаних і неписаних кодексах поведінки, а також у формі певних теоретичних висновків. Виникнення та формування професійної етики зумовлене підвищеними або своєрідними моральними вимогами до певних видів професійної діяльності. Йдеться, зокрема, про існування таких професійних галузей, у яких сам процес праці заснований на ретельному узгодженні дій його учасників, що загострює потребу в солідарній поведінці. Особлива увага приділяється моральним якостям працівників тих професій, які безпосередньо стосуються людини та її життя або пов'язані з правом розпоряджатися значними матеріальними цінностями. Так, особливі моральні ризики і проблеми властиві сфері охорони здоров'я [8].

Виділяють п'ять фундаментальних принципів медичної деонтології:

- додержання професійних таємниць;
- згода пацієнта перед будь-яким обстеженням або лікуванням;
- зобов'язання лікаря не заподіяти шкоду пацієнтові;
- уникнення будь-якого конфлікту інтересів;
- етика в дослідженнях [17].

Етична складова професійної діяльності сімейного лікаря регламентується документами Ради з етичних та судових питань при Американській медичній асоціації. Поняття “етичний” використовується щодо питань, пов'язаних з моральними принципами або діями та з питаннями соціальної політики, що стосується моралі в медичній професійній діяльності. Поняття “неетичний” використовується для позначення професійної поведінки, яка не відповідає цим моральним нормам. Рекомендації Ради з етичних та судових питань регулюють обов'язки та зобов'язання лікарів. Порушення цих принципів та рекомендацій свідчать про неетичну поведінку

і можуть спричинити дисциплінарні заходи, такі як призупинення медичної практики або виключення з членів медичного товариства [19].

Етичні норми щодо медичної професії в США враховують насамперед інтереси пацієнта. Як представник медичної професії, лікар повинен нести відповідальність перед пацієнтом, суспільством, колегами та собою. Ці принципи не є законом, але виступають нормами поведінки, якої має дотримуватись лікар:

- повинен присвятити себе професії та надавати компетентну медичну допомогу, поважаючи інтереси пацієнта;
- зобов'язаний дотримуватися стандартів професіоналізму;
- повинен бути чесним у всіх професійних стосунках та повідомляти про неетичні та інші порушення у відповідні організації;
- поважати закон та захищати інтереси пацієнта; поважати права пацієнтів, колег, інших представників медичної професії та гарантувати пацієнтам конфіденційність у межах закону;
- постійно навчатися, удосконалювати наукові знання, обмінюватися досвідом та в разі необхідності користуватися допомогою інших фахівців;
- самостійно визначати кому надавати медичні послуги, з ким співпрацювати та в яких умовах, за винятком екстрених випадків;
- зобов'язаний брати участь у діяльності, що сприяє поліпшенню суспільства і поліпшенню здоров'я населення;
- нести відповідальність перед пацієнтами;
- підтримувати доступність медичної допомоги для кожної людини [19].

Як зазначає Ю. Лінк (*Eugene P. Link*), соціальна складова професійної компетентності сімейних лікарів особливого значення набула ще у 1776 р., коли США оголосили про свою незалежність, і в 1789 р. у першій американській конституції були прописані права людини. Науковець описує складну історію

становлення соціальної ідеї діяльності лікаря та зазначає, що її результатом стало демократичне, гуманістичне ставлення сімейного лікаря до пацієнта. Зокрема, він пояснює це перемогою Демократичної партії США у 1976 році. *Соціальна складова* охоплює: врахування особистих інтересів пацієнта; нерозголошення лікарської таємниці; надання якісної медичної допомоги людині, незважаючи на її соціальний статус, фінансове забезпечення, расову приналежність; врахування гендерної психології; слідування принципам соціальної справедливості та ін. [14].

Комунікативна складова професійної компетентності сімейного лікаря США, насамперед, охоплює вміння спілкуватися з різними верствами населення. Сімейні лікарі “ведуть” своїх пацієнтів упродовж тривалого часу. Якщо лікар веде медичне спостереження всієї сім’ї, то, ймовірно, він може передбачити і попередити розвиток тих чи інших спадкових хвороб, здійснювати їх профілактику, швидше і точніше поставити діагноз у кожному конкретному випадку. Головна перевага сімейних лікарів полягає в тому, що завдяки своїм різнобічним знанням і здібностям, які входять до когнітивного, діяльнісно-рефлексивного, соціального, етичного та комунікативного компонентів їх професійної компетентності, вони мають можливість комплексно підходити до здоров’я своїх пацієнтів [14].

Доктор медицини, професор Університету Айови Роберт Веллейс наголошує, що якісною відмінністю професійної діяльності сімейного лікаря є холистичний (цілісний) підхід до пацієнтів — членів однієї родини, який ґрунтується на довгострокових персональних стосунках, що спрямовані на інтегровану допомогу, яка передбачає, насамперед, профілактику захворювань, їх діагностику та лікування, реабілітацію, підтримку і зміцнення здоров’я всієї родини на основі дотримання настанов здорового способу життя [1].

Варто наголосити, що за погодженням Ради з акредитації післядипломної медичної освіти (*The Accreditation Council*

for the Graduate Medical Education [ACGME]) та 24 комітетів Американської ради медичних спеціальностей, що мають право акредитації (*American Board of Medical Specialties [ABMS] certifying Boards*), кожен сімейний лікар повинен задовольняти шість базових компетенцій, необхідних для підтвердження ліцензії на право професійної діяльності. Ці компетенції є основними компонентами, за якими оцінюють професіоналізм лікарів. До основних компетенцій зараховують наступні [9]: а) допомагати пацієнтам відповідно до гуманної, кваліфікованої та ефективної діяльності під час процесу їх лікування та профілактики; б) володіти медичними знаннями в сфері наявних та таких, що розвиваються, біомедичних, клінічних, психологічних наук та вміння і здатності застосовувати ці знання на практиці; г) навчатися під час практичної діяльності та вдосконалювати свої вміння і навички, що передбачають дослідження та самооцінку, осмислення наукових фактів, вдосконалення лікувальної практики; г) володіти комунікативними навичками, що сприяють ефективному обміну інформацією та досвідом, співпраці з пацієнтами, їх сім'ями та іншими лікарями; д) готовність виконувати професійні обов'язки, дотримуватися принципів професійної етики, чуйного ставлення до всіх пацієнтів без винятку; е) системна практика, що проявляється в діях, які демонструють усвідомлення відповідальності в контексті системи охорони здоров'я та здатність оптимально використовувати ресурси цієї системи.

Практичні дії лікаря можна класифікувати таким чином: 1) діагностика; 2) невідкладна допомога; 3) термінова госпіталізація пацієнтів; 4) консультації з іншими лікарями; 5) самостійне лікування та лікування за порадами консультантів; 6) планова госпіталізація пацієнтів. При цьому сімейний лікар має забезпечувати: амбулаторний прийом та домашнє відвідування пацієнтів; проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, які передбачені кваліфікаційними характеристиками.

ками; надання за потребою невідкладної медичної допомоги; організацію денних і домашніх стаціонарів; допомогу у вирішенні медико-соціальних проблем родини; проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання; інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань і санітарно-епідеміологічної станції.

Вміння та практичні навички, якими повинен володіти лікар: а) володіння методикою постановки попереднього діагнозу; б) визначення необхідності та послідовності застосування параклінічних методів діагностики, вміння правильно оцінювати їх; в) обґрунтування та визначення клінічного діагнозу; г) визначення тактики ведення хворого (екстрена допомога, термінова госпіталізація, планова госпіталізація, необхідність консультацій інших спеціалістів, амбулаторне лікування); ґ) надання невідкладної допомоги при екстремальних станах (усі види шоку, гостра серцева та судинна недостатність тощо); д) виконання найбільш поширених маніпуляцій; е) складання планів диспансеризації та реабілітації хворих і участь у їх здійсненні; є) вирішення питань експертизи непрацездатності пацієнтів; ж) проведення профілактичної роботи з пацієнтами.

Відповідно до вищезазначеного виділимо такі основні компоненти, що безпосередньо впливають на науково-практичну та професійну діяльність сімейного лікаря США, а також є суттєвими для лікарів інших галузей медичної науки, а саме: соціальне замовлення медичної системи; вимоги до професійної діяльності лікарів певної спеціалізації; основні компетенції, що висуваються для лікарів певної спеціалізації; вимоги до розвитку професійної компетентності лікарів; дотримання правил професійної діяльності сімейних лікарів. Авторське бачення загальної структури професійної діяльності сімейних лікарів США представлено на рис. 1.



Рис. 1. Структура науково-практичної та професійної діяльності сімейного лікаря в університетах США

Висновки дослідження і перспективи подальших розвідок у досліджуваному напрямі. Таким чином, до специфіки сучасної професійної діяльності сімейних лікарів США зараховуємо їх обізнаність у різних галузях медичної, соціальної та психологічної наук (когнітивна складова); володіння комунікативними навичками та вміння спілкуватися з пацієнтами (комунікативна складова), вміння самовдосконалюватися та самонавчатися (діяльнісно-рефлексивна складова); дотримання відповідних етичних норм (етична складова); вміння та здатність лікаря враховувати проблеми різних пацієнтів, різних вікових, гендерних та інших категорій (соціальна складова); професіоналізм, заснований на практиці; вдосконалення науково-практичної та професійної діяльності відповідно до вимог сучасного суспільства, соціального замовлення та розвитку сучасної системи охорони здоров'я. Зазначені складові професійної компетентності сімейного лікаря забезпечують відповідну якість медичних послуг та є визначальними в питаннях забезпечення стабільного функціонування системи охорони здоров'я у США.

Список використаних джерел

1. *Веллейс Р.* История семейной медицины / Р. Веллейс // Лечащий врач. — 2001. — № 1. — С. 1—6.
2. *Королев Н. Н.* Социальный портрет молодого специалиста сферы здравоохранения, региональный анализ / Н. Н. Королев, Д. О. Ермолаев // Фундаментальные исследования. — 2011. — № 9. — С. 260—263.
3. Краткий словарь когнитивных терминов [Электронный ресурс] / сост. Е. С. Кубрякова, В. З. Демьянков, Ю. Г. Панкрац, Л. Г. Лузина ; под общей редакцией Е. С. Кубряковой. — М. : Филол. ф-т МГУ им. М. В. Ломоносова, 1997. — 245 с. — Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/849/word/kognitivnaja-dejatelnost>
4. *Кузеванова А. Л.* Семейный врач в современной России: опыт социального портрета : дисс. ... канд. соц. наук : 14.00.52 / А. Л. Кузеванова. — Волгоград, 2004. — 180 с.
5. *Мруга М. Р.* Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / М. Р. Мруга. — К., 2007. — 250 с.
6. *Решетников А. В.* Еволюція і проблеми сучасної медицини / А. В. Решетников // Економіка охорони здоров'я. — 2000. — № 5. — С. 64—66.
7. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. — СПб. : Питер, 2000. — 720 с.
8. Філософський енциклопедичний словник / за ред. М. Т. Максименко [та ін.]. — К. : Абрис, 2002. — 742 с.
9. *American Board of Family Medicine* [Електронний ресурс]. — Режим доступу. — <https://www.theabfm.org/caq/index.aspx/>
10. *American Academy of Family Physicians (AAFP)* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.aafp.org/online/en/home.htm>
11. *Association of American Medical Colleges* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.aamc.org>
12. *American Medical Association.* Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations, 2012—2013. — 568 p.
13. *Beth B. Murinson, Aakash K. Agarwal, Jennifer A. Haythornthwaite, J. Pain.* Cognitive Expertise, Emotional Development and Reflective

- Capacity: Clinical Skills for Improved Pain Care [Электронний ресурс]. Author manuscript; available in PMC 2009 November 1. 9 (11): 975–983. — Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=cognitive+expertise+evaluation>
14. *Eugene P. Link*. The Social Ideas of American Physicians (1776–1976): Studies of the Humanitarian Tradition in Medicine 1776–1976: Studies of the Humanitarian Tradition in Medicine Susquehanna. University Press, 1992. — 317 p.
 15. *Karen Mann, Jill Gordon, Anna MacLeod*. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review / *Advances in Health Sciences Education*. — October 2009, Volume 14, Issue 4, pp. 595–621.
 16. *Kerry J. Breen, Stephen M. Corder, Colin J. H. Thomson, Vernon D. Plueckhahn*. Good Medical Practice: Professionalism, Ethics and Law. Cambridge University Press, 2010. — 424 p.
 17. *Patrick S. Duggan, Gail Geller, Lisa A. Cooper, Mary Catherine Beach*. The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? // *Patient Education and Counseling*. Volume 62, Issue 2, August 2006, pp. 271–276.
 18. Report I-: learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools. Medical School Objective Project. AAMC [Электронний ресурс] / Association of American Medical Colleges. — Washington, DC. — 1998. — Режим доступу: www.aamc.org/MSOP/msop1.pdf
 19. *The American Medical Association (AMA)*. House of Delegates. Principles of medical ethics. revised June 2001. [Электронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.page>

References

1. *Velleys R*. Istorija semeynoy meditsyny / R. Velleys // *Lechashchiy vrach*. — 2001. — No 1. — S. 1–6.
2. *Korolev N. N*. Sotsyal'nyy portret molodoho spetsyalysta sfery zdravookhraneniya, rehyonal'nyy analiz / N. N. Korolev, D. O. Ermolaev // *Fundamental'nye issledovaniya*. — 2011. — No 9. — S. 260–263.
3. *Kratkiy slovar' kohnytny'kh termynov* [Elektronnyy resurs] / sost. E. S. Kubryakova, V. Z. Dem'yankov, Yu. H. Pankrats, L. H. Luzyna ;

- pod obshchey redaktsiyei E. S. Kubryakovoy. — M. : Filol. f-t MHU im. M. V. Lomonosova, 1997. — 245 s. — Reshym dostupu: <http://vocabulary.ru/dictionary/849/word/kognitivnaja-deyatelnost>
4. *Kuzevanova A. L.* Semeynyy vrach v sovremennoy Rossii: opyt sotsial'nogo portreta : diss. ... kand. sots. nauk : 14.00.52 / A. L. Kuzevanova. — Volhograd, 2004. — 180 s.
 5. *Mruha M. R.* Strukturno-funksional'na model' profesiinoyi kompetentnosti maibutn'oho likaria yak osnova diahnostuvannia yoho fakhovykh yakosteï : dys. ... kand. ped. nauk : 13.00.04 / M. R. Mruha. — K., 2007. — 250 s.
 6. *Reshetnikov A. V.* Evoliutsiya i problemy suchasnoï medytsyny / A. V. Reshetnikov // *Ekonomika okhorony zdorov'ia*. — 2000. — No 5. — S. 64—66.
 7. *Rubynshtein S. L.* Osnovy obshcheï psykhologii / S. L. Rubinshtein. — SPb. : Piter, 2000. — 720 s.
 8. *Filosofs'kyi entsyklopedychnyi slovnyk / za red. M. T. Maksymenko [ta in.]*. — K. : Abrys, 2002. — 742 s.
 9. *American Board of Family Medicine* [Elektronnyi resurs]. — Reshym dostupu: <https://www.theabfm.org/caq/index.aspx/>
 10. *American Academy of Family Physicians (AAFP)* [Elektronnyi resurs]. — Reshym dostupu: <http://www.aafp.org/online/en/home.htm>
 11. *Association of American Medical Colleges* [Elektronnyi resurs]. — Reshym dostupu: <https://www.aamc.org>
 12. *American Medical Association. Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations, 2012—2013*. — 568 p.
 13. *Beth B. Murinson, Aakash K. Agarwal, Jennifer A. Haythornthwaite, J. Pain.* Cognitive Expertise, Emotional Development and Reflective Capacity: Clinical Skills for Improved Pain Care [Elektronnyi resurs]. Author manuscript; available in PMC 2009 November 1. 9 (11): 975—983. — Reshym dostupu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=cognitive+expertise+evaluation>
 14. *Eugene P. Link.* The Social Ideas of American Physicians (1776—1976): Studies of the Humanitarian Tradition in Medicine 1776—1976: Studies of the Humanitarian Tradition in Medicine Susquehanna. University Press, 1992. — 317 p.
 15. *Karen Mann, Jill Gordon, Anna MacLeod.* Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review /

- Advances in Health Sciences Education. — October 2009, Volume 14, Issue 4, pp. 595—621.
16. *Kerry J. Breen, Stephen M. Corder, Colin J. H. Thomson, Vernon D. Plueckhahn.* Good Medical Practice: Professionalism, Ethics and Law. Cambridge University Press, 2010. — 424 p.
 17. *Patrick S. Duggan, Gail Geller, Lisa A. Cooper, Mary Catherine Beach.* The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? // Patient Education and Counseling. Volume 62, Issue 2, August 2006, pp. 271—276.
 18. Report I-: learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools. Medical School Objective Project. AAMC [Elektronnyi resurs] / Association of American Medical Colleges. — Washington, DC. — 1998. — Reshym dostupu: www.aamc.org/MSOP/msop1.pdf
 19. *The American Medical Association (AMA).* House of Delegates. Principles of medical ethics. revised June 2001 [Elektronnyi resurs]. — Reshym dostupu: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.page>

Лорена Анатольевна Михайленко,

кандидат педагогических наук,

кафедра иностранных языков,

Национальная медицинская академия

последипломного образования имени П. Л. Шупика,

г. Киев, Украина

e-mail: la-mykhailenko@rambler.ru

Михайленко Л. А

СПЕЦИФИКА СОВРЕМЕННОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В США

Аннотация

В статье рассмотрена специфика современной профессиональной деятельности семейных врачей в США; уточнено понятие “социальный портрет семейного врача” как совокупность присущих специалисту социальных качеств, необходимых для осуществления профессиональных обязанностей; охарактеризовано пять составляющих профессиональной компетентности специалистов, а именно: когнитивную, этическую, социальную, рефлексив-

ную и коммуникативную; освещены этические нормы медицинской профессии в США и принципы медицинской деонтологии; выделены основные компоненты, которые непосредственно влияют на научно-практическую и профессиональную деятельность семейного врача США.

Ключевые слова: профессиональная деятельность; семейный врач; социальный портрет; специфика профессиональной деятельности; составляющие профессиональной компетентности.

Lorena Mykhailenko,

Ph.D. in Pedagogy,

Department of Foreign Languages,

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,

e-mail: la-mykhailenko@rambler.ru

Mykhailenko L.

SPECIFICITY OF MODERN PROFESSIONAL ACTIVITIES OF FAMILY PHYSICIANS IN THE USA

Abstract

The work is focused on the specificity of modern professional activities of family physicians in the United States. There has been analyzed the concept of "social portrait of a family physician" as a number of social qualities of a medical specialist which are necessary for carrying out professional duties such as: solving a wide range of medical issues; comprehensive patient care; long-term relationships with the patient; prevention of diseases. Five components of professional competence of medical specialists have been determined, they are as following: cognitive, presenting medical knowledge of a physician; reflexive, which includes the ability to learn, take independent professional solutions, etc.; ethical, including the rules of conduct of family doctors; social, indicating the skills and abilities of a physician to take into consideration problems of different patients; communicative, covering the skills to communicate both with various medical specialists and with patients. The principles of medical ethics in the United States have been described. The basic competencies have been highlighted as the main components which used to evaluate the professionalism of doctors and necessary to confirm the license for professional activities. The paper presents key components that directly affect the scientific-practical and professional activity of the family physicians of the USA. The necessity of studying positive experience of socially oriented family medicine in the USA within reforming the system of medical education in Ukraine has been substantiated.

Keywords: professional activity; family physicians; social portrait; specificity of professional activity; components of professional competence; competence of family physicians.