

### НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И НЕОБХОДИМОСТЬ ОБУЧЕНИЯ НА ВУЗОВСКОМ ЭТАПЕ

Сонькина А.А.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова УВК «Mentor Medicus», Москва

Огромная роль общения между врачом и пациентом в процессе оказания помощи изучается и обсуждается в литературе уже не одно десятилетие. Имеется много доказательств того, что общение влияет на удовлетворенность и пациента, и врача оказанной помощью, на понимание и запоминание пациентом информации и приверженность рекомендациям, на вероятность конфликтов и даже на клинически значимые исходы. Специальной литературы по навыкам профессионального общения в медицине на русском языке почти нет, а отдельные публикации, заявления Министерства здравоохранения и публичные обсуждения проблем российской медицины показывают, что интерес к теме и понимание важности этого аспекта оказания помощи растут.

До сих пор ответственность за обучение эффективному общению с пациентами была распределена между разными кафедрами и специалистами. Из курса этики и деонтологии студенты узнавали о надлежащем отношении к пациенту, при этом способы выражения этого правильного отношения не рассматриваются. На кафедре сестринского дела студентам рассказывают про проблемы пациента, которые решаются путем профессионального ухода средним медицинским персоналом. На цикле пропедевтики студенты узнают структуру опроса: выяснения жалоб и анамнеза пациента. Из исследований, проведенных в Великобритании, известно, что традиционный подход к сбору анамнеза, продиктованный структурой истории болезни, не является самым эффективным. Вопросы, на которые нужно получить ответ, это не всегда именно те (по формулировке) вопросы, которые нужно задать, чтобы получить максимум информации и выстроить отношения с пациентом. Таким образом, есть необходимость в прицельном обучении навыкам общения, отдельном от этики, пропедевтики, ухода и психологии.

Обучение наиболее эффективно, если его предмет актуален для обучающегося. Во время клинических циклов студенты, работая над учебной историей болезни и осуществляя курацию пациентов, неизбежно сталкиваются с необходимостью общения с пациентами. При этом возникает множество вопросов: как представиться пациенту? Как завоевать доверие, если ты – студент? Как эффективно провести расспрос, чтобы и историю болезни заполнить, и дать пациенту высказаться? Как не упустить важную информацию? На производственной практике студентам поручают сестринские функции. Как спрашивать о чувствительных аспектах? Как реагировать на проявление эмоций? Вопросов и тревоги много, а системного подхода к ответу на эти вопросы нет.

В России имеется опыт проведения на коммерческой основе тренингов общения для медицинских специалистов, где используется наиболее распространенный в Европе алгоритм клинического общения - Калгари-Кэмбриджская модель медицинской консультации, имеющая в своей основе научные доказательства и принципы эффективного общения, такие как пациент-центрированность, сотрудничество, принятие и эмпатия.

Разработка аналогичного целенаправленного проекта симуляционного обучения базовым навыкам профессионального общения в медицине помогла бы студентам разрешить существующий у них запрос по данной теме.

Для реализации данного проекта в ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова были поставлены следующие задачи: 1) оценить потребность (отобрать темы/области обучения, наиболее нуждающиеся в дополнении навыками общения) и разработать программу тренингов; 2) подготовить лиц для проведения тренингов, 3) провести пилотирование программы и оценку удовлетворенности ею участников; 4) по результатам пилотного проекта выработать предложения по внедрению в учебный план специального обучения по теме общения с пациентами на 4-6 курсах.

В настоящее время сформирована программа дополнительного обучения для студентов, состоящая из нескольких модулей симуляционного обучения, а также проведена предварительная подготовка тренеров. С сентября 2015 года запускается пилотный проект навыков общения в Учебной виртуальной клинике «Mentor Medicus»

### АТТЕСТАЦИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО МЕТОДИКЕ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ»

Н.С. Давыдова, О.В. Новикова, И.Г. Черников, А.Г. Макаровичкин, Е.В. Дьяченко

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург

Проблема обучения самостоятельному клиническому мышлению студентов старших курсов выступает на первый план. Использование в учебном процессе ситуационных задач, иллюстрирующих наиболее типичные заболевания не новы, однако, это не позволяет в полной мере обеспечить формирование клинического мышления и обучить умению общения с пациентами. Этим задачам отвечает методика «стандартизованный пациент», которая дает возможность работать студенту самостоятельно. В процессе обучения по методике «стандартизованный пациент» обязательным является просмотр и обсуждение тактического поведения будущего врача, что, в свою очередь, увеличивает багаж знаний и одновременно формирует навыки работы в медицинском коллективе. Весь процесс обучения по этой методике и аттестации студентов должен быть документирован, что позволяет объективно оценить знания и умения студентов.

Профессорско-преподавательским составом Уральского государственного медицинского университета были разработаны клинические задачи, решение которых позволяло выявить готовность студентов шестого курса лечебно-профилактического факультета к грамотному оказанию пациентам неотложной помощи на различных этапах: врач СМП, врач общей практики и врач приемного покоя многопрофильной больницы. Условия задачи включали наиболее часто встречающиеся неотложные состояния (желудочно-кишечное кровотечение, термический ожог, перелом малоберцовой кости). Были разработаны оценочные листы, в которых были предусмотрены этапы экспертизы: сбор анамнеза, эффективное обследование пациента и постановка диагноза, составление плана лабораторного и инструментального обследования и плана лечения при данном неотложном состоянии. Отдельно оценивались коммуникативные навыки

студента. Весь процесс аттестации осуществлялся под видеонаблюдением: эксперт находился в отдельном помещении и, наблюдая шаг за шагом происходящее на мониторе, отмечал в оценочном листе правильность выполнения действий студента по шкале «выполнено», «выполнено с ошибками», «не выполнено».

Первый опыт проведения аттестации студентов по методике «стандартизированный пациент» позволил выявить преимущества этой методики в виде максимально приближенной к жизни ситуации и недостатки в виде значительных временных и финансовых затрат. Однако, в современных условиях данная методика является единственной перспективной для проведения подготовки к работе в реальных условиях и объективизации оценки приобретенных компетенций.

## **КРИТЕРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ МЕТОДИКИ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В ВУЗЕ.**

Булатов С.А., Heidi A. Lane (США)

Казанский ГМУ, Virginia Tech Carilion School of Medicine

В последние годы многие авторы уделяют методике «стандартизированный пациент» очень много внимания, подчеркивая ее эффективность в обучении и оценке практических умений. При этом иногда абсолютно вольно обращаясь с терминологией и самой идеей заложенной в основу данной методики. Сейчас уже не приходится говорить о том, что нужны ли актеры в процессе подготовки будущих врачей или нет. Весь мир используют этот метод обучения, совершенствуется и вводит в состав сертификационных экзаменов медицинских специалистов. Российское высшее медицинское образование делает в этом направлении только первые шаги, присматриваясь, примериваясь, дискутируя. Те же, кто прошел этот этап, поняв, что от мировых тенденций не спрятаться и внедрять все равно придется, стараются отделаться «малой кровью» используя волонтеров, студентов, технический персонал для иллюстрации определенных клинических ситуаций. И только малая часть наших коллег, руководителей центров практических умений, идут к ректорам и ставят этот вопрос принципиально, наряду с закупкой тренажерного оборудования.

Вот им я и хочу помочь, дав несколько практических рекомендаций о том, как не «набивать шишек» на ровном месте и не страдать «детскими болезнями» на этапе постановки учебного процесса.

Итак, шаг первый. Осознать, для чего вообще нужна эта методика. Я встречал две типичных версии: для того чтобы студент проникся важностью проблемы и на наглядном материале лучше понял клиническую картину того или иного заболевания или для иллюстрации какой либо критической ситуации (ДТП, кровотечение и т.д.) чтобы студент своими руками мог что-нибудь сделать на живом человеческом теле. Спешу заметить – ни та, ни другая точка зрения к методике «стандартизированный пациент» отношения не имеют. Скажите, как самый талантливый актер может сыграть острый аппендицит, если он не пережил этих страданий? Плохо сыграл, с ошибками и не убедительно. Поэтому подход к «sr» как метод расширения клинической эрудиции и знаний студента, глубоко ошибочен. Нельзя изучать клиническую картину заболевания на симулирующем актере. Для этого существуют наши клинические кафедры во главе с заслуженными профессорами и строго определенная учебная программа, но самое главное, имеется клиника с реальными больными. Вот это и будет кладезь знаний

и клинического опыта. Во втором случае, с экстренной ситуацией, актеру отводится роль «живой куклы». Актерской игры, следованию сценарию здесь не требуется, поэтому любой неподготовленный студент может лежать, охать, кричать и т.д. Методика «стандартизированный пациент» нужна для того, чтобы научиться и довести до автоматизма работу врача с пациентом. Это включает и сбор анамнеза, и умение провести физикальное обследование, и решить коммуникационные проблемы. Но чтобы была тема беседы и определена конечная цель (постановка предварительного диагноза и определение дальнейшей тактики) необходима разработка неких клинических сценариев. Таким образом, главным в данной методике, является наличие реального субъекта, с которым надо найти общий язык, обследовать его тело и тактически решить поставленную задачу. Сама клиническая ситуация (болезнь), которую разыгрывает актер, носит второстепенный характер и дает лишь тему для совместного общения. Поэтому первый шаг надо сделать в виде подготовки (или покупки) 20 - 30 сценариев. В Казанском ГМУ развитие шло именно по этой схеме. Отработав 8 лет и накопив достаточно опыта, мы пришли к заключению, что коммуникативные аспекты в отношениях врач-пациент не менее важны, чем сбор анамнеза и объективное обследование пациента. Именно поэтому в 2014 году был разработан еще один комплект задач, делающих упор на решение психологических конфликтов с пациентами. Профессионально подготовленный сценарий по объему составляет от 40 до 50 страниц печатного текста и содержит полную информацию для актера, куратора, необходимые данные лабораторно-инструментальных тестов, а также критерии оценки работы студента.

Шаг второй. Провести подбор актеров, работающих на договорной основе. В этом предложении каждое слово является ключевым и отношения требует соответствующего. Подбор актеров. Опыт показывает, что 50 -70 процентов соискателей, начав сотрудничество с центром, отсеиваются в ближайшие месяцы, поскольку физическая и психологическая нагрузка оказываются несовместимыми с уровнем материального вознаграждения, получаемого за эту работу. Наверно это нормальный процесс, поскольку формируется коллектив (труппа). У нас есть актриса (Максимова Т.И.), которая работает с нами первых дней и заслуживает низкого поклона и всяческих похвал за качество подаваемого материала. Своим статусом и практическими знаниями она уже давно перешагнула грань простого актера, и часто, выступает в роли «инструктора», помогая студенту освоить навыки объективного обследования. И мы в свою очередь уверены, что работая с ней, студент максимально получит практических умений. Поработав с актерами, разных возрастных и социальных уровней, могу сказать, что самый лучший контингент – это «молодые пенсионеры» имеющие профессиональную или любительскую актерскую подготовку.

Работающих. Очень важно, чтобы актер понимал ответственность и важность своего труда, но не менее важно, чтобы он был дисциплинирован и приходил точно ко времени начала занятия. Или другими словами ходил как на работу. Это качество, к сожалению, полностью отсутствует у современных домохозяек, студентов, лиц, привыкших часто менять место работы. Очень жалко бывает «убитого» времени на подготовку таких актеров в течение 2-3 месяцев. Договорная основа. Чтобы человек качественно трудился, он должен получать соответствующее материальное поощрение. Поэтому у нас, на сегодняшний день, принята система, с почасовой оплатой труда и коэффициенты за творческий подход и профессионализм. В среднем, актер получает на

руки 400 – 500 рублей за одно четырехчасовое занятие со студентами.

Шаг третий. Наличие подготовленных мест для работы по методике «спр»(боксы, видео-контроль, запись процесса). Ценность данной методики в том, что она заставляет студента раскрыться и использовать весь имеющийся потенциал знаний и умений (конечно, если он есть). Поэтому наши занятия одним очень нравятся, а другим нет. Студент работает один на один с пациентом, переживает, ошибается, находит или нет верное решение. Все это хорошо видно на видеозаписи. Исходно мы подготовили для работы по данной методике отдельные боксы оснащенные видеокамерами. Каждый из студентов после окончания занятия имеет возможность увидеть процесс курации со стороны и получить комментарии преподавателя. Однако, на сегодняшний день и этого уже не достаточно. Побывав в аналогичном центре у наших коллег из Virginia Tech Carilion School of Medicine (США), убедились, что наличие 2-х или 3-х камер в одном помещении позволяет более четко оценивать работу куратора с разных сторон и подмечать ошибки. Так, что если материальные возможности позволяют надо сразу закладывать несколько цифровых камер, дающих более полную картинку работы студента и актера. Далее, для постановки диагноза, наши студенты после окончания работы с пациентом идут в другое помещение и делают запрос на определенные лабораторные и инструментальные методы исследований, а затем получают их в виде рентгенограмм, бланков анализов или протоколов исследований. Тогда как наши зарубежные коллеги поставили в каждый бокс по компьютеру, подключенного к локальной сети и данные приходят к ним уже во время общения с пациентом. Быстро, удобно и минимум бумаги. Идею тоже можно взять на вооружение.

Шаг четвертый. Использование данной методики в процессе обучения студентов с начальными курсов. Начну пояснения сразу с примера. Тесты с психологическими проблемами коммуникативного взаимодействия врач-пациент мы апробировали на группе докторов республиканской клинической больницы. Половина из них, не смогла решить поставленную задачу сразу, поскольку «не поверили» пациенту. Они впервые столкнулись с ситуацией, когда их профессиональные навыки проверяли с помощью условных пациентов. И эмоции от того, что они видели эти ситуации в реалии, а сейчас актер, несколько утрируя, пытается изобразить рассерженного или занятого пациента, уводили их в сторону от решения. Повторюсь, что данная методика является общепринятой для аккредитации врачей во всем мире. Значит, их надо с ней знакомить заранее, еще на этапе обучения в вузе. Мы стараемся это делать с первого курса. На занятиях по первой помощи, сестринским и фельдшерским умениям, вводим упражнения с реальным пациентом. Будь то приемы на-



## ВАЙМЕДИКС - виртуальная ультразвуковой диагностики

- Конвексный и вагинальный датчики
- Уникальная технология дополненной реальности
- Более 50 акушерских патологий на выбор
- Изменение положения плода
- «Беременная» может испытывать дискомфорт

Подробнее







## Виртуальный симулятор акушерской патологии

Использование виртуальной реальности в 3D на 8, 12 и 20 неделях

Максимальный комфорт и боль

Узнать больше на сайте [www.virtumed.ru](http://www.virtumed.ru)



ложения жгута, инъекции или катетеризации мочевого пузыря – условный пациент присутствует и даже «страдает». Это конечно, одногруппник, но условность ситуации и конкретность поставленной задачи уже закладывается в голову студента. Наши циклы на 4 и 5 курсе по классической «сп» методике дополняют эту подготовку. Об этом свидетельствуют результаты тех же психологических тестов, предложенных выпускникам. Время на их решение было затрачено значительно меньше по сравнению с врачами со стажем.

Говоря о следующем шаге (номер 6), он является высшей ступенью использования методики «сп» в вузе, мы имеем в виду экзамен. Спрашивать можно только научные чему либо. В последнее время много говорят об ОСКЕ и использовании актеров для этого экзамена. Действительно, мы применяем проверку практических умений с использованием актеров во время итоговой государственной аттестации выпускников.

Наши выпускники мнут живот, определяют границы сердца, определяют пульсацию на периферических артериях. Но это не совсем то. В качестве примера может служить экзамен «сп», проводимый в рамках второй ступени USMLE (медицинский сертификационный экзамен, проводимый в США). Экзаменуемому предлагается в течение 2 часов встретиться с 11 пациентами и решить поставленные проблемы. Они (проблемы) могут быть самыми разными - от чисто клинических задач до коммуникативных проблем и парамедицинских ситуаций. На каждом пациенте экзаменуемый «зарабатывает» очки. Если итоговая сумма баллов превысит пороговое значение – он прошел на следующий этап, а если нет – будьте добры повторить экзамен через полгода. Жестко, но справедливо, поскольку все поставлены в одинаковые условия и возможность подтасовки практически отсутствует. Подобный экзамен для выпускников-иностранцев Казанского ГМУ на английском языке мы проводим с нашими коллегами из Virginia Tech Carilion School of Medicine (США) уже 5 лет. Каждый год мы добавляем новые кейсы, увеличиваем число пациентов, стараясь приблизиться к оригиналу. Число положительных оценок в пределах 70%. Развивать данное направление нам видится крайне важным, поскольку уже сейчас есть мнение, что подобный экзамен может стать основополагающим в аккредитации медицинских специалистов.

Таким образом, подводя итог сказанному, хочу сказать, что внедрение методики «сп» процесс планомерный и не быстрый, к которому надо подходить со всей серьезностью и максимально использовать уже накопленный мировой опыт. В мае 2016 года мы планируем провести в Казани семинар по данному вопросу с приглашением ведущих зарубежных специалистов в этой области.