

ниям подготовки медицинских работников среднего звена, из них 13% могут выступать экспертами по двум и более специальностям.

Заключение: Подготовка экспертов ПОО и их участие в реализации пилотного проекта РКО в рамках работы НМП позволит внедрить разработанную и апробированную модель профессионально-общественной аккредитации образовательных программ медицинского профиля во всех

регионах Российской Федерации и создаст предпосылки для развития саморегулирования врачебной деятельности, когда именно профессиональное сообщество медицинских работников участвует в разработке образовательных программ. Таким образом, РКО и НМП приступили к формированию института независимых профессиональных экспертов в области оценки качества профессионального медицинского образования.

КОММУНИКАЦИОННЫЕ НАВЫКИ, СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ

НАВЫК СООБЩЕНИЯ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ В МЕДИЦИНЕ: ТРЕНИНГОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ

Казаева А.В.

Город: Екатеринбург

Учреждение: ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

В связи с расширением спектра неизлечимых заболеваний пациентам приходится все чаще обсуждать с докторами свое состояние здоровья. Возрастает потребность в доверительном и понимающем отношении со стороны медицинского работника в отношении пациента. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 22 «Информация о состоянии здоровья»: врач обязан сообщать информацию о здоровье пациенту лично. Исходя из этого, врач зачастую является первым человеком, который сообщает неприятные новости пациенту и его родственникам, ему необходимо обладать особыми умениями преподнесения подобной психотравмирующей информации. Под «плохими новостями», мы понимаем – новости, когда врачу приходится сообщать о: тяжелом заболевании с обратимыми процессами; о смертельном заболевании с необратимыми процессами; о неизлечимом заболевании с необратимыми процессами; сообщение родственникам пациента как о свершившемся факте [1].

Во ФГОС ВО не прописано требование к коммуникативной компетентности врача и тем более таких навыков как: сообщение «плохих новостей». В Уральском государственном медицинском университете (г. Екатеринбург), формирование навыков общения начинается с первого курса и продолжается до окончания вуза. В ходе обучения студенты изучают базовые коммуникативные навыки врача (установление контакта с пациентом, медицинское интервью, завершение контакта и т.д.). На ряду с основными навыками коммуникации врачу необходимо владение специфическими навыками, например, сообщение плохих новостей.

Сообщение плохих новостей является неотъемлемой частью работы врача. Однако сообщение «плохих новостей» остается одной из самых сложных по эмоциональной нагрузке, из-за чего у многих медицинских специалистов вызывает затруднения. Зачастую они сообщают подобную информацию не полностью, хладнокровно, по телефону, не заботясь о состоянии пациента, а порой даже избегают сообщать ее. В связи с чем, на последнем году обучения в УГМУ и в программе обучения ординаторов, кафедрой психологии и педагогики проводятся занятия по формированию специфических коммуникативных навыков.

В качестве основной модели сообщения «плохих новостей» была взята модель SPIKES, предложенная доктором R. Buckman (2005 г.). Модель SPIKES включает в себя шесть этапов: Setting –установление контакта, Perception – оценка готовности к восприятию, Invitation – приглашению к диалогу, Knowledge – сообщение информации, Emotion – эмоциональная поддержка, Strategy and Summary – обсуждение дальнейших действий пациента и подведение итогов [2]. На каждом из этапов от врача требуется проявление особых

коммуникативных навыков по отношению к пациенту.

Формирование данных навыков у будущих врачей проходит в несколько этапов: теоретическая часть, сюжетно-ролевая игра, сюжетно-ролевая игра с видео-регистрацией.

На первом этапе, теоретическая часть, в режиме лекции и беседы слушателям разъясняются основные этапы консультации пациента и содержательная часть основных коммуникативных навыков.

Второй этап проводится в режиме сюжетно-ролевой игры, в которой студенты делятся на подгруппы по два человека и выбирают себе роли «врача» и «пациента», где задача «врача» поэтапно сообщить «пациенту» «плохую новость». По завершению сюжетно-ролевой игры задача «пациента» дать обратную связь своему партнеру о том, что следует откорректировать, комфортно ли ему было со своим доктором, что получилось у доктора особенно хорошо. Таким образом, каждый студент в роли врача получает отзыв о своем контакте с «пациентом» и пути его улучшения.

Третий этап, сюжетно-ролевая игра с видео-регистрацией и учетом индивидуальных рекомендаций предыдущего этапа. Обучающиеся снова делятся на подгруппы, и повторяют ситуацию коммуникации «врач-пациент», при этом ведется видео-регистрация игры. В дальнейшем происходит обсуждение результатов и рекомендаций по коррекции коммуникации в группе.

Таким образом, навыку сообщения «плохих новостей» необходимо обучать будущего врача в условиях получения профессионального образования. Также можно говорить о необходимости поэтапного формирования навыка сообщения «плохих новостей», что позволяет откорректировать и отработать дальнейшее поведение врача при взаимодействии с пациентом в подобных ситуациях.

Литература:

1. Асимов М.А., Дошанов Д.Х. Сообщение плохих новостей (Учебное пособие) – Алматы, Эверо, 2014 г. – 100 с.
2. Buckman, R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology 2005; 2: 183-142.

Тема: Коммуникативные навыки

Елена Дьяченко

ОБУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫМ КОММУНИКАЦИЯМ КАК НЕОТЪЕМЛИМАЯ ЧАСТЬ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

15.09.2016 09:20 0

Автор(ы): Кабирова Ю.А., Ермачкова Л.В., Ховаева Я.Б.
Город: Пермь

Учреждение: Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России

В течение трех лет на нашей кафедре (кафедра терапии и семейной медицины ФДПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера) для врачей всех специальностей проводится занятие «Эффективное сотрудничество врача и пациента». Целью занятия является получение необходимых знаний, навыков и умений о способах эффективного психологического взаимодействия врачей при выполнении повседневной работы. И наша «скрытая» цель – умение получать удоволь-

ствии от работы и постоянно находить новые «точки роста» для развития не только профессионального мастерства, но и личностного развития.

Среди большого количества коммуникативных теорий мы остановились на теории американского журналиста Г. Лассуэла. Эта теория позволяет выделить все звенья общения и разобрать их на примере взаимодействия врач-пациент, врач-врач, врач-родственники пациента и т.п.

Предварительный опрос позволяет индивидуализировать занятие для каждой конкретной группы слушателей врачей. Учитывается также место работы, так как проблемы и ситуации, возникающие у «стационарных» врачей отличаются от таковых у врачей, работающих в поликлинике. Занятие проводится в игровой форме с использованием мини-сценариев и тестовых заданий, разбираются все составные части коммуникативного взаимодействия.

Занятия находят живой отклик врачей-курсантов, а также желание преподавателей и врачей двигаться дальше и совершенствовать полученные навыки в работе.

КОНЦЕПЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ К ПРОФЕССИОНАЛИЗМУ МЕДИЦИНСКОГО СОТРУДНИКА.

Леббех И.П.

Город: Москва

Учреждение: ДОКТОР

Современное общество уже не такое, как было 5, 15, 20 и более лет назад. Научно-технический прогресс убыстряет ритм жизни, а информационные потоки СМИ и соцсетей создают новые ментальные картины. Все это в совокупности формирует новые модели поведения современного человека.

Улучшение качества медицинской помощи населению актуально всегда и везде. Но настоящее время ставит свои условия функционирования системы здравоохранения и, соответственно, изменяет необходимые компетенции врача. Новые образовательные медицинские программы в симуляционных центрах направлены на отработку практических навыков медицинских манипуляций. Программы НМО дают возможность всем врачам быть в курсе современных разработок в области медицины, знакомит с передовыми практиками ведения пациентов, апробированными схемами лечения различных заболеваний и т.п.

Между тем, понятие профессионализма в настоящем времени не ограничивается только теоретическими и практическими знаниями по медицинским специальностям. Профессионализм медицинского сотрудника включает также: коммуникативные навыки, эмоциональную компетентность, междисциплинарные знания, творческое развитие... и ответственное отношение к собственному здоровью.

Но ни программы медицинских вузов, ни программы НМО пока не затрагивают в должном объеме развитие этих компетенций. Происходит такой перекос в образовании: профессиональное привычное изучаем (теорию и практику медицинских дисциплин), а личностное развитие упускаем. Мы создаем алгоритмы и схемы лечения с учетом новых введений в медицине, учим и учимся лечить болезни и «забываем» про самого пациента, с которым нужно уметь коммуницировать так, чтобы он доверял врачебному слову и следовал врачебным рекомендациям по выздоровлению.

При составлении и реализации интегрированных программ, отвечающих современным требованиям к медицинскому сотруднику и формирующих основные профессиональные компетенции, следует обратить внимание на следующие аспекты:

1. Доброжелательность и факторы, влияющие на формирование положительного фона врачебного приема.

- Иерархичность коммуникативного имиджа медицинского сотрудника. Коммуникация пространства в ЛПУ.

Правила первичной коммуникации. Медицинские этика и деонтология в современных условиях.

2. Осознанность.

- Развитие личностных компетенций для успешной практической профессиональной деятельности. Стрессоустойчивость. Профилактика эмоционального выгорания и основы саморегуляции.

3. Коммуникативные навыки и эмоциональная компетентность.

- Знание адаптированных к врачебному приему психологических методик для улучшения коммуникации врачебного приема. Коммуникативное управление приемом. Умение работать с эмоциями пациентов. Бесконфликтное ведение врачебного приема.

4. Теоретические знания, развитие профессиональных компетенций и аналитического мышления.

- Знание теоретической базы по специальности. Профильный зарубежный опыт. Междисциплинарные знания.

5. Опытность и применение теоретических знаний на практике.

- Правила ведения коммуникативного диалога.

Медицинский small talk на врачебном приеме. Когнитивный подход. Вовлеченность, внимание, навыки активного слушания.

6. Результат.

- Формирование у пациентов доверительного восприятия врачебных рекомендаций и понимания задач и путей решения по терапии/профилактике заболеваний.

Данные модули взяты из программы ДОКТОР и раскрывают все составляющие современного понятия профессионализма медицинского сотрудника, включающие: теоретические знания по специальности, практические навыки, коммуникативные навыки, эмоциональную компетентность, междисциплинарные знания, творческое развитие, собственное здоровое состояние и способствуют работе с населением в области профилактики и осознанному походу к здоровью.

Подобные этой программе ДОКТОР стоит вводить для обязательного изучения и в медицинских вузах, и в программах НМО. Без новых знаний и без развития личности самого врача не будет качественной медицинской помощи. Ведь врач лечит не только делом, но и словом.

В хаотичном потреблении информации сложно выстроить логичную структуру необходимых компетенций. И только системный подход к вопросам коммуникации врачебных приемов, развития профессиональных и личностных компетенций врачей даст возможность реализации «Помогать. Не вредить».

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НАВЫКАМ ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ.

Серкина А.В., Мухаметова Е.М., Эрдес С.И.

Город: Москва

Учреждение: Первый МГМУ имени И.М. Сеченова

Обучение врачей навыкам общения с пациентами активно развивается во всем мире последние 20-25 лет, соответствующие занятия проводятся как со студентами-медиками, так и с дипломированными специалистами. Практика показывает, что обучение навыкам общения наиболее эффективно, если овладение навыками коммуникации интегрировано в процесс обучения клиническим навыкам: таким образом, медицинским работникам в дальнейшем проще интегрировать навыки общения в свою повседневную практику. Как и любое овладение практическими навыками, обучение навыкам общения наиболее эффективно, когда учебная ситуация позволяет провести практическую отработку изучаемых навыков, поэтому во всем мире «золотым стандартом» обучения навыкам общения для врачей

являются тренинги с участием симулированных пациентов – специально подготовленных актеров, которые выполняют две основные задачи: с максимальной возможной реалистичностью играют роль пациента в ходе разыгрываемой в ходе тренинга консультации медицинского работника с пациентом, а после игры дают обучающемуся обратную связь, в которой рассказывают о своем восприятии прошедшей консультации и связанных с ней эмоциональных переживаниях.

В 2016 году на базе Центра непрерывного профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова был проведен экспериментальный цикл занятий для студентов по навыкам общения с пациентами. Эти занятия проводились для студентов 2 курса педиатрического факультета и составляли отдельный учебный модуль в рамках дисциплины «Сестринское дело». С каждой группой студентов (около 20 человек) проводилось одно занятие продолжительностью 5 академических часов, всего нами было проведено 14 занятий. Программа занятий разрабатывалась совместно специалистами по навыкам общения в медицине и преподавателями кафедры «Пропедевтика детских болезней», таким образом, чтобы навыки общения позволили студентам эффективно решать те задачи, которые будут стоять перед ними в ходе сестринской практики на 3 курсе. Исходя из этих задач, в программу занятий были включены следующие темы:

- Подготовка к общению с конкретным пациентом
- Установление контакта с пациентом и выяснение имеющихся у него жалоб и вопросов.
- Донесение до пациента новой для него информации на примере сложных диагностических процедур, таких как колоноскопия или гастроскопия (поскольку на практике нередко именно медсестре или медбрата приходится готовить пациента к процедуре и отвечать за его полную информированность).

Занятия проходили в формате тренинга с участием симулированного пациента. В процессе тренинга студенты имели возможность провести консультацию с симулированным пациентом, проанализировать ее вместе с преподавателем и группой, получить обратную связь от самого пациента и, затем, повторно провести ту же самую консультацию с учетом результатов обсуждения.

Перечислим навыки, которыми овладевали студенты в ходе тренинга:

- структурирование хода консультации таким образом, чтобы решить все необходимые задачи за отведенное для консультации время;
- выстраивание расспроса пациента так, чтобы получить максимально полный перечень жалоб, потратив на это минимум времени;
- эффективное слушание пациента;
- отслеживание и сознательное использование собственных невербальных и паравербальных (интонация, громкость голоса) проявлений;
- определение того, какая именно информация необходима данному пациенту и доступное изложение этой информации;
- проверка понимания информации пациентом.

После занятия мы просили всех студентов поделиться впечатлениями. Наиболее часто в отзывах звучали следующие тезисы:

- опыт ролевой игры с симулированным пациентом позволил существенно снизить тревогу перед предстоящей практикой в больнице, студенты чувствовали себя более подготовленными к общению с реальными пациентами;
- изменилось представление о роли общения во врачебной практике, студенты декларировали свою готовность более осознанно и ответственно подходить к вопросам выстраивания коммуникации с пациентами;
- в ходе тренинга студенты расширили свои представления о потенциальных трудностях в общении с пациен-

тами, и, в то же время, познакомились со стратегиями их преодоления.

Отметим, что никто из студентов не выразил сомнения в важности для врача обучения навыкам общения, также никто не подвергал сомнению эффективность работы с симулированным пациентом для такого обучения. Напротив, студенты демонстрировали высокий уровень заинтересованности и готовности к продолжению обучения в подобном формате. Также у студентов не возникло трудностей с усвоением учебного материала тренинга, несмотря на отсутствие опыта реального общения с пациентами.

На нескольких занятиях у нас не было возможности привлечь профессионального симулированного пациента, поэтому в роли пациента во время ролевой игры выступал один из преподавателей клинических дисциплин. Этот опыт оказался не вполне удачным, поскольку преподавателю было трудно выйти из своей профессиональной позиции, в результате чего его поведение в ходе консультации существенно отличалось от поведения реального пациента и, таким образом, студенты не имели возможности в полной мере в учебной ситуации подготовиться к работе в реальных условиях. Это доказывает важность и ценность работы на тренингах именно прошедших специальную подготовку симулированных пациентов.

Таким образом, мы оцениваем наш опыт проведения тренинговых занятий по навыкам общения в медицине как успешный и надеемся, что в дальнейшем подобные занятия с привлечением симулированных пациентов будут все более широко внедряться в программу подготовки будущих медицинских работников.

НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ НЕОБХОДИМЫЕ РОССИИ

Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Сонькина А.А., Серкина А.В., Горина К.А.

Город: Москва

Учреждение: ФГБОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова УВК «Mentor Medicus»

В настоящее время в России достаточно остро стоит вопрос межличностных отношений между врачом и пациентом, врачом и родственниками пациента. Доказательство этому – многочисленные жалобы пациентов в различные инстанции. В большинстве случаев эти жалобы не связаны с алгоритмом и правильностью подобранного лечения, качеством проведения инвазивных процедур, они говорят о невнимательном, а порой даже грубом отношении медицинского персонала. К сожалению, в нашей стране не сложилось единой культуры общения с пациентом, и фактически студенты-медики не знают как «правильно» общаться с пациентом. На третьем курсе, на пропедевтике внутренних болезней, студентам впервые предлагается провести консультацию с пациентом: собрать жалобы и анамнез, сделать физикальное исследование. Для этого даются достаточно четкие инструкции, однако они касаются только аспектов правильного, грамотного написания истории. Но, как же пациент? Как правильно с ним общаться, как наладить контакт и установить дальнейшую связь, как понять, что пациент сказал все, что хотел, и что он принял, то, что рекомендовал ему врач? Про занятия, элективы, курсы для студентов-медиков на эту тему в России нет информации. Деонтология покрывает лишь этические моменты, но не учит общению с пациентом.

В начале сентября 2016 года в городе Гейдельберг, Германия состоялась 14-я международная конференция, посвященная навыкам общения в медицине. В странах Европы, Ближнего Востока, Австралии и США эта проблема изучается с 1980 года. В этих странах не просто рассказывают о том, как надо общаться с пациентом, а учат этому навыку с помощью симуляционных технологий: ролевая игра с уча-

ствием симулированного пациента, анализ видео консультаций. В странах Европы студенты-медики начинают изучать навыки общения с *clinical year*, каждый год они проходят цикл по коммуникативным навыкам: слушают лекции, участвуют в ролевых учебных играх. В США и Израиле студентам читают лекции с первого курса, а с четвертого у них начинается практический курс. Причем лекции посвящены не только основам, базовым навыкам общения с пациентом: слушанию, эмпатии, структурированию, дозированию информации и т.д. Студентам, так же рассказывают особенности общения с разными группами пациентов: подростки с хроническими заболеваниями, пациенты с деменцией, онкобольные и т.д. Весь мир говорит о проблеме общения с пациентом, налаживании и установлении связей, принятии совместного с пациентом решения. Ведутся многочисленные исследования в данной области, и публикуются их результаты в журналах с высоким импакт-фактором.

К сожалению, в нашей стране проводятся лишь единичные попытки проведения подобных тренингов, которые не могут изменить сложившуюся ситуацию и поменять мнение пациентов о российском враче. Многие наши коллеги оправдывают свое поведение большим количеством пациентов и коротким временем на консультацию, но например, в Англии *general physician* дается также 10 мин на приём пациента. Эффективная практика общения помогает врачу уложиться в это время, не оставив без внимания проблемы пациента. Считаем целесообразно перенимать опыт зарубежных коллег, адаптируя его под наши реалии. Важными шагами в этом направлении является дополнительный обучающий курс по навыкам общения, реализуемый тьюторами нашего центра, а также включение в содержание аккредитационного экзамена первичной аккредитации ситуации, требующие навыков общения медицинского работника с пациентом.

ЭМПАТИЯ КАК БАЗОВЫЙ КОММУНИКАТИВНЫЙ НАВЫК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кропанева Е.М.

Город: Екатеринбург

Учреждение: ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Человек живёт и работает в социуме. Ему предъявляются достаточно серьёзные требования с позиции профессиональных требований, особенно к человеку, деятельность которого связана с качеством жизни людей. Область здравоохранения особая область, где коммуникации играют важную роль и необходимы для выполнения профессиональных навыков, основанных на доброжелательном отношении к пациенту. На современном этапе данный психологический аспект часто игнорируется в медицинской практике. В тоже время «интеграция профессиональных знаний и корректное построение отношений в диаде «врач – пациент» может способствовать выздоровлению человека» [1]. Эти отношения предполагают наличие определённого настроя на пациента, установки на общение с ним. Соответствующее отношение медицинского работника к пациенту предполагает создание атмосферы благожелательности, сострадания, наибольшей отдачи знаний, умений и навыков, основанной на профессионализме и непрерывном самосовершенствовании. Терапевтический эффект зависит от того, в какой мере пациент чувствует себя объектом заботы, участия и понимания, т.е. эмпатической связи с медицинским работником.

Особо выделяется эмпатия как отдельный и базовый коммуникативный навык врача. Одним из существенных предназначений человека в жизни – это быть благополучным и разрешить самому себе быть счастливым, что невозможно без сострадания. Однако в нашей культуре неоднозначно понимают эмпатию, путая её с жалостью

и сочувствием. Слово «эмпатия» происходит от греческого «*empathia*», что переводится как «сопереживание». В научной литературе «эмпатия» рассматривается как «способность человека переживать эмоциональные чувства, сходные с чувствами собеседника» [2], без ущерба для собственной психики.

Термин «эмпатия» впервые появился в английском словаре в 1912 г. и был близок понятию «симпатия». Возник он на основе немецкого слова *einfühlung* (дословное значение – проникновение), примененного Т. Липпсом (*Lipps T.*) в 1885 г. в связи с психологической теорией воздействия искусства. Одно из самых ранних определений эмпатии представлено в работе З. Фрейда «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905): «Мы учитываем психическое состояние пациента, ставим себя в это состояние и стараемся понять его, сравнивая его со своим собственным» [3].

Существует обширный диапазон видов эмпатии. С одной стороны это позиция полного погружения в мир чувств пациента, т.е. не просто знание эмоционального состояния человека, а именно переживание его чувств, сопереживание. Такую эмпатию называют аффективной, или эмоциональной. С другой стороны, есть более «отвлечённое» понимание переживаний пациента без значительного эмоционального вовлечения в них. В связи с этим различают следующие уровни эмпатии: сопереживание (когда человек испытывает эмоции, полностью идентичные наблюдаемым), сострадание (эмоциональный отклик, побуждение оказать помощь другому), симпатия (тёплое, доброжелательное отношение к другим людям).

Жалость и сочувствие же – одна из форм чувства дискомфорта, часто приобретающая вид снисходительного сострадания, т.е. сочувствия. «Большой, Вам плохо, очень плохо, вот Вам таблетка». Это разговор не равных людей. Жалеющий не предполагает усилий другого в поиске выхода и таким образом обесценивает его самость. Попытки выстроить гармоничные отношения на основе жалости всегда обречены на провал.

Эмпатия – это не жалость; эмпатия – это сострадание как участие в страдании. Оно предполагает отношения двух взрослых равных людей. «Я понимаю твои трудности, вижу твою боль и то, что ты ищешь выход из ситуации». Человек попал в трудную ситуацию, каждый может быть на его месте. Медик готов ему помочь, предоставить свой ресурс (компетентности, времени, готовности к коммуникации). Эмпатия построена на уважении к судьбе человека, а жалость – на унижении, точнее сказать, принижении другого. Жалея других, люди ставят себя выше, чувствуя своё превосходство. Жалость же выступает основой, на которой строится самооценка. Сочувствие помогает человеку самоутвердиться. «Я ему нужен, значит, я значим. Я – хороший врач». Сложнее проявлять эмпатию. Сочувствие лишь фиксирует неравенство. Согласившийся принять жалость не способен искать выход из ситуации, в которой оказался. Это ещё называется «выученной беспомощностью».

Однако надо обратить внимание на то, что границы эмпатии надо чувствовать, т.к. готовность к самопожертвованию, но при этом беспомощность в проявлении заботы о себе, может привести к выгоранию врача. Важно осознавать свои личностные границы, желания и потребности.

Жизненный опыт индивида может только усилить или ослабить эмпатию. Она зависит от доступности и богатства жизненного опыта, точности восприятия, умения настроиться, слушая собеседника, на одну эмоциональную волну с ним.

Различные тренинговые методы помогают повысить эмпатические способности (при условии их врождённого наличия), формируют умение более эффективно применять эмпатию в личном и профессиональном общении.

Возможны ложные применения эмпатии. Сюда относятся «эмпатическая слепота» (неосознаваемое неприятие тех чувств пациента, которых врач избегает в самом себе);

неконтролируемое и неуместное использование эмпатии, в крайних случаях принимающее патологические формы; манипулятивное применение эмпатии (когда она выступает в виде скрытого убеждения, уговаривания и внушения). Данный выбор может вызвать у пациента агрессию и неадекватное поведение. Поэтому осознанное управление эмпатическим поведением позволит врачу создавать более корректное построение отношений в диаде «врач – пациент».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В ПОДГОТОВКЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Губина О.В., Якимова Н.В.

Город: Ижевск

Учреждение: БУДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

На сегодняшний день, как никогда, необходима качественная подготовка административных кадров, умеющих создать условия и психологическую атмосферу для оказания населению медицинской помощи. Вместе с тем в быстро меняющемся Российском здравоохранении проблема эффективности управления персоналом стоит наиболее остро. Выдвижение на руководящие должности, как правило, обусловлено высоким уровнем овладения практических навыков медицинского персонала и стажем работы. Многие медицинские сестры получили свою первую управленческую должность, благодаря своему профессиональному опыту в медицинской области, а не лидерским качествам или выраженным способностям к управленческой деятельности. Однако, по мере продвижения по служебной лестнице, более важными для эффективной деятельности становятся навыки и умения разработки, принятия и реализации управленческих решений, оценки эффективности деятельности подчиненных, подбора квалифицированных кадров, умения предвидеть, профилактировать и успешно разрешать конфликты.

Специфика управления в системе здравоохранения состоит, прежде всего, в том, что, воздействуя на подчиненных, руководитель воздействует на качество оказываемой медицинской помощи, а значит, на здоровье населения в целом.

Актуальность проблемы состоит в том, что существует несоответствие между имеющимся уровнем психологической и конфликтологической компетентности руководителей всех уровней медицинских организаций и современными требованиями к ним.

Для того чтобы выяснить насколько руководитель готов взять на себя ответственность в профилактике и разрешении конфликтных ситуаций нами была разработана анкета, которая выявляла причины и уровни их протекания.

Анкетирование проводилось на базе БУЗ УР «1 Республиканской клинической больницы МЗ УР».

В анкетировании приняли участие 53 руководителя сестринского персонала.

Респондентами конфликт воспринимается как нечто негативное, его определяют как «катастрофа», «стресс», «спор», «оскорбление, непонимание», «непредсказуемые последствия» и т. д. Таким образом, конфликт стереотипно воспринимается только с негативной стороны, в то время как представления о позитивной функции конфликта в системе отношений медицины места не находится.

Руководитель сестринского персонала достаточно часто сталкивается с конфликтами на рабочем месте: ежедневные конфликты отмечают 7%, еженедельные – 34%, один раз в месяц – 34%, другое – 25%.

При анализе уровней протекания конфликтов, вертикальному конфликту отводится 69% (медицинская сестра-врач – 20%; медицинская сестра-пациент – 15%; медицинская сестра-младший персонал – 16%; пациент-врач – 8%; пациент-младший медицинский персонал – 10%). Треть конфликтов (31%) приходится на горизонтальный уровень (медицинская сестра-медицинская сестра – 25%; пациент-пациент – 3%; младший персонал-младший персонал – 3%). Этот факт доказывает, что руководитель привлекается сотрудниками и пациентами для разрешения конфликтных ситуаций при их возникновении.

Основными причинами конфликтов считают: организационные моменты – 37% (большая нагрузка – 24%; недостатки в организации труда – 3%; низкая заработная плата – 10%); личностные факторы – 46% (несдержанность, эмоциональность – 36%; нарушение этических и деонтологических норм – 8%; низкий профессионализм – 2%); отсутствие знаний о конфликте и поведения в нем – 17% (отсутствие знаний о поведении в конфликте – 9%; нет навыка в разрешении конфликта – 2%; неумение договариваться – 6%). Личностные факторы, такие как эмоциональность и несдержанность, стоят на первом месте в ряду причин конфликтных ситуаций, что демонстрирует неумение управлять своим эмоциональным состоянием, соответственно возникает потребность в знаниях и умениях по вопросам саморегуляции.

На вопрос «Нуждается ли Вы в дополнительных знаниях по разрешению конфликтов» 76% респондентов ответили утвердительно, 28% ответили – нет.

По результатам анкет выяснилось, что 72% руководителей вынуждены самостоятельно разрешать возникающие конфликты и лишь 28% привлекают вышестоящее руководство.

Таким образом, на сегодня подготовка управленческих кадров среди медицинских работников среднего звена – проблемная зона системы медицинского образования. Анализ ситуации показывает, что всю систему среднего медицинского образования, включая постдипломное, следует привести в соответствие с современными требованиями.

В связи с этим, значительную составляющую часть программ подготовки руководителей среднего звена, безусловно, должны составлять психология общения, психология управления и конфликтология. Данный вид подготовки немалым без практических занятий и ситуационного моделирования, когда совершенствуются и закрепляются профессиональные навыки и умения.

Проанализировав полученные анкетные данные, мы изменили структуру и содержание дополнительных профессиональных программ повышения квалификации. В данный момент, в нашем Центре слушатели всех специальностей получают подготовку в сфере психологии профессионально-общения и конфликтологии.

Для руководителей в итоговой аттестации предусмотрен этап сдачи коммуникативного и управленческого навыка по методике «Стандартизированный пациент». Применение данной методики, безусловно, оправдывает себя, что подтверждается положительным результатом опроса слушателей и работодателей (87%). Появился неподдельный интерес к дополнительным занятиям по психологии общения и конфликтологии со стороны специалистов из практического здравоохранения.

На сегодняшний день обучение коммуникативному навыку доказало свою эффективность. Но отсутствие базовых знаний по психологии управления, недостаток наработанного опыта по организации обучения с применением методики «Стандартизированный пациент» способствует тому, что каждая образовательная организация вынуждена самостоятельно искать варианты решения данной проблемы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ СИМУЛИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА В КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЯХ НА ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ ОЛИМПИАДЕ ПО ПЕДИАТРИИ

Гостимский А.В., Лисовский О.В., Карпатский И.В., Прудникова М.Д., Кузнецова Ю.В., Завьялова А.Н., Тарайкович А.А., Погорельчук В.В., Парадеев Ю.С., Селиханов Б.А., Миронова Н.Р., Авдонин М.В., Львова О.В.

Город: Санкт-Петербург

Учреждение: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра общей медицинской практики. Симуляционный центр.

Актуальность. Применение фантомно-симуляционных методов обучения в медицинском образовании позволяет студентам овладеть инвазивными навыками обследования и лечения больных в безопасных условиях и отработать их до автоматизма. Вместе с тем, в практической работе врача, наряду с технической стороной владения навыками необходим опыт человеческих взаимоотношений. Эту задачу в симуляционном обучении можно решить с помощью методики стандартизированного пациента.

Использование стандартизированных пациентов в ходе симуляционного обучения позволяет привить студентам наряду с техническим владением диагностическими и лечебными манипуляциями основы коммуникативных навыков.

Цель. Оценить возможность применения методики симулированных пациентов в клинических сценариях на второй Всероссийской олимпиаде по педиатрии.

Материалы и методы. В ходе проведения второй Всероссийской олимпиады по педиатрии в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете, на этапе практических навыков использовались 8 различных клинических сценариев. При этом в 2-х из них применялась методика стандартизированного пациента. Все испытания распределялись между командами при помощи жребия.

Результаты. После проведения испытаний (32 команды) получены следующие результаты. Средний балл у команд, которые выполняли сценарии без симулированных пациентов, составил 43,78. У команд, которые работали со стандартизированным пациентом, средний балл составил 40,25. Общение с реальным человеком увеличило тревогу участников команды. Эмоциональный компонент способствовал рассеиванию внимания. В 82% наблюдений отмечены нарушения логики задаваемых вопросов, несвоевременность и ошибки выполнения манипуляций.

Выводы: Применение методики симулированных пациентов в ходе фантомно-симуляционного обучения позволяет адаптировать студентов к реальным условиям и улучшает результаты обучения.

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ВРАЧА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СКВОЗНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ

Н.С. Давыдова, Н.Л. Шкиндрер, С.А. Чернядьев, А.Г. Марочкин, Е.В. Дьяченко, М.В. Носкова, Н.В. Самойленко
Город: Екатеринбург

Учреждение: ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Реформирование системы медицинского образования поднимает множество вопросов. Так, одной из ключевых задач, с появлением ФГОС 3+, выступает проектирование новой модели выпускника медицинского вуза с позиций практико-ориентированного и гуманистического подходов; модели выпускника, сочетающей как общекультурные и общепрофессиональные, так и профессиональные компетенции. Формирование практических навыков будущего врача подразумевает овладение не только клиническими

навыками, но и навыками взаимодействия с пациентом и/или его родственниками, а также коллегами.

Коммуникативные навыки – это определенный набор вербальных и невербальных способов конструктивного общения врача, необходимых в конкретной клинической ситуации: «врач-пациент», «врач-родственник пациента», «врач-врач», «врач-медицинская сестра».

В Уральском государственном медицинском университете в основные образовательные программы всех уровней интегрируется сквозной образовательный междисциплинарный модуль «Коммуникативные навыки врача». На уровне специалитета структура модуля включает следующие дидактические единицы:

I. Базовые коммуникативные навыки.

II. Коммуникативные навыки врача в практическом здравоохранении:

1. Базовые коммуникативные навыки медицинской сестры.

2. Базовые коммуникативные навыки врача общей практики:

2.1) в терапии

2.2) в хирургии

2.3) в акушерстве/гинекологии

3. Сложные коммуникативные навыки в клинических ситуациях (ситуация «плохих новостей»; конфликт; командное взаимодействие; типы пациентов: тревожные, депрессивные, агрессивные).

На уровне ординатуры – сложные коммуникативные навыки врача в зависимости от специализации.

Базовые коммуникативные навыки формируются у обучающихся на 1-м курсе в процессе изучения дисциплины «Психология и педагогика» и направлены на выработку навыков эффективной межличностной коммуникации в ситуациях делового общения. Будущие врачи осваивают навыки трехэтапной структуры коммуникативного процесса:

1) навыки установления контакта (приветствие, самопрезентация, оптимальная дистанция, зрительный контакт, удерживание в памяти имени собеседника);

2) навыки взаимодействия (убеждение, активное слушание, эмпатия, снятие тревожности, информирование, работа с возражениями, построение альянса «студент-студент», «студент-деканат», «студент-библиотека», постановка открытых и закрытых вопросов);

3) навыки завершения контакта (резюмирование информации, обратная связь, навык «До свидания»).

Далее базовые коммуникативные навыки расширяются и усложняются в условиях прохождения обучающимися производственной практики в роли медицинской сестры (2-3 курсы) и врача общей практики (4-5 курсы). На клинических дисциплинах базовые коммуникативные навыки специализируются (хирургия, терапия, акушерство/гинекология), усложняются и интегрируются в клинические навыки. В частности, медицинское интервью в условиях амбулаторно-поликлинического приема включает навыки коммуникации будущего врача с пациентом при сборе жалоб и анамнеза, физикальном осмотре, постановке предварительного диагноза, назначении врачебных рекомендаций. Также обучающимся на основе приобретенного коммуникативного опыта предлагается самостоятельно разработать клиническую задачу и клинический сценарий с последующей демонстрацией ролевой игры «врач – пациент» и обсуждением снятого видеоматериала (метод дебрифинга).

Коммуникативные навыки, как часть общекультурных и профессиональных компетенций врача, оцениваются в процессе проведения ГИА по методике OSKE.

На уровне ординатуры отрабатываются сложные специализированные коммуникативные навыки, а также навыки врача как педагога, готового к участию в реализации образовательных программ в системе медицинского вуза (в рамках перечня компетенций ФГОС ординатуры).

Таким образом, коммуникативные навыки рассматриваются нами как неотъемлемая часть профессионализма современного врача и эффективный инструмент медицинской помощи (...когда «и слово лечит»).

ДЛЯ ЧЕГО НУЖЕН «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» НА АККРЕДИТАЦИОННОМ ЭКЗАМЕНЕ.

Булатов С.А.

Город: Казань

Учреждение: Казанский ГМУ

Нововведение аккредитационного экзамена для выпускников высшей медицинской школы поставило многих вузовских руководителей в затруднительную ситуацию. Формальное ли это повторение ИГА или нечто принципиально новое? Внешне структуры этих испытательных этапов практически совпадают: тесты, практические умения, теоретическая часть. Однако идеология совсем различна. Если на ИГА выпускник демонстрирует учителям приобретенные за годы учебы знания и умения, то в ходе аккредитационного экзамена проверяется его подготовленность к практической работе. А поскольку главным объектом профессиональной деятельности будет выступать пациент, то и навыки молодого специалиста должны оцениваться применительно к нему. Как это сделать практически? Однозначных рецептов и универсальных методов на сегодняшний день не существует. Но имеется богатый мировой опыт, и было бы логично не «изобретать велосипед», а сделать шаг вперед. Итак, что имеется на сегодняшний день в плане проверки профессиональных навыков: тестирование - как проверка теоретических знаний, оценка практических умений на тренажерных комплексах и общая эрудированность в организационных вопросах на этапе решения ситуационных задач. Не буду касаться вопросов тестирования и решения ситуационных задач. Эти этапы создавались специалистами, прошли многократную апробацию и не сомневаюсь, что доведены до оптимального варианта. Но вот этап практических умений нуждается в обсуждении. Девять из десяти моих коллег на вопрос, какое оборудование по их мнению должно быть представлено на этом этапе, отвечали - тренажеры и роботы для оказания неотложной помощи. Другими словами, специалист можно считать успешно сдавшим этот экзамен, если он правильно действует в критической ситуации: купирует бронхообструктивный синдром, проводит непрямой массаж сердца, повышает уровень сахара в крови при гипогликемической коме и т.д. Безусловно, это очень важные проблемы, которые нужно уметь решать профессионально. Но ведь все эти манипуляции относятся к экстремальным ситуациям и в повседневной работе встречаются крайне редко. Несколько лет назад «Медицинская газета» опубликовала данные опроса о подготовленности практикующих специалистов к действиям в экстремальных ситуациях. Результаты оказались очень низкими и одним из объяснений было то, что сами ситуации встречаются крайне редко, и подготовка к ним носит чисто теоретический характер. А вот основную часть своего рабочего времени врач посвящает работе с больными и оценивать его профпригодность надо именно с этой позиции. Решением данной проблемы в оценке качества подготовки специалиста может стать методика «стандартизированный пациент», так широко применяемая сегодня ведущими медицинскими школами мира. Почему именно актер, а не реальный пациент или «человек с улицы» должен участвовать в экзамене, хотя технически это возможно? Главным аргументом против использования реального пациента служит чувство гуманности и сострадания к больному человеку. «Пропустив» через него пару десятков экзаменуемых, вполне можно спровоцировать обострение болезни. С другой стороны, не менее важно, чтобы все экзаменуемые были бы поставлены в одинаковые условия, получали бы

стандартную информацию и были бы должны продемонстрировать стандартные навыки. Ниже приведена таблица, в которой приведены основные критерии оценки навыков экзаменуемого, которые могут быть оценены как актером, так и неподготовленным пациентом.

№ Оцениваемый навык Реальный больной Симулированный пациент Стандартизированный пациент

1 Навыки сбора анамнеза не в состоянии субъективно объективно

2 Проведение объективного обследования субъективно объективно

3 Коммуникационные навыки субъективно объективно для объективно

данной задачи

4 Представить и оценить действия

в сложной психологической ситуации не в состоянии объективно объективно

5 Главный критерий оценки

экзаменуемого диагноз навыки экзаменуемого навыки экзаменуемого

Как видно из представленного материала только «стандартизированный пациент» - актер, имеющий специальную подготовку, в состоянии в состоянии полно и объективно оценить профессиональные навыки специалиста. Поэтому было бы целесообразно во втором разделе аккредитационного экзамена выпускников наряду с неотложной помощью ввести ряд станций именно этой направленности.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА

Долгина И.И., Харченко В.В., Сумин С.А., Неделин А.В., Гапонов А.

Город: Курск

Учреждение: ФГБОУ ВО Курский ГМУ МЗ РФ

На протяжении учебы студенту медицинского вуза предлагается освоить десятки профессиональных компетенций. Однако, в силу отсутствия практического опыта, студент на этапе обучения не всегда может отличить главное от второстепенного, правильно замотивировать себя на освоение того или иного аспекта, оценить пробелы в знаниях. Одним из эффективных методов являются практически-ориентированные предметные олимпиады с высоким уровнем реалистичности. Инициатива провести олимпиаду, требующую от студентов одновременного применения и медицинских, и коммуникативных, и лидерских, и навыков командной работы, возникла со стороны самих студентов и была активно поддержана руководством вуза и преподавателями.

Для обеспечения высокого уровня реалистичности олимпиады было принято решение использовать студентов-актеров. Для будущих актеров не проводился отбор на входе, и напротив, привлекались студенты преимущественно 1-2 курсов без ограничения по направлению подготовки. Кандидатов подкупала возможность освоить ряд навыков, которые изучаются только на старших курсах, гораздо раньше сверстников, а так же отработать их на современном симуляционном оборудовании (занятия проходили на базе Обучающего симуляционного центра КГМУ). Для максимальной эффективной работы занятия проходили в группах по 10-12 человек с двумя студентами-тьюторами. Такие студенты участвовали в разработке программы подготовки, а потом вели занятия друг для друга, чтобы максимально отточить свои профессиональные компетенции перед встречей со своими группами. Проведенный нами опрос актеров показал, что работа в малой группе и под началом тьюторов способствовала созданию доверительной атмосферы, особенно важной для студентов младших курсов и позволявшей актерам задать куратору любые вопросы.

Основным принципом подготовки, позволившим привлечь значительное количество студентов, являлась комплексная подготовка: чтобы правильно сыграть пациента, необходимо знать этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение «своей» патологии, а так же играть не болезнь, а пациента в целом. Ведущими мотивирующими моментами для студентов-актеров была необходимость адекватно реагировать в рамках сценария на диагностические и лечебные манипуляции, а так же возможность оценивать действия обучающихся во время проведения олимпиады.

Исходя из этого, программа подготовки состояла из трех блоков, содержащих различные модули. Первый блок – изучение и отработка конкретных практических навыков (десмургия, транспортная иммобилизация и транспортировка, базовая и расширенная СЛР, методы остановки кровотечения, сестринские навыки, техника субъективного и объективного обследования).

Вторым блоком шло изучение основных неотложных состояний. Тьютеры доступным языком и в упрощенной форме объясняли патогенез, клинику, диагностику и неотложную помощь, после чего впервые актерам предлагалось изобразить изучаемые состояния и оказывать помощь друг другу. Проводились и отдельные актерские тренинги. Студентам, не имевшим никакого опыта общения с пациентами, организовывались посещения профильных отделений для наблюдения и курации больных. Часть занятий была направлена на обсуждение психологии пациентов, типах их реакций, принципах общения.

Для удобства был введен термин «уровня» симуляции, которых мы выделили два. На первом уровне студенты играли самих себя – адекватно сообщали и показывали симптомы, кратко и внятно отвечали на вопросы, понимали суть диагностики и лечения «своих» заболеваний. Симуляция первого уровня использовалась для усвоения алгоритма обследования и помощи, которым ничего не препятствовало. На втором уровне актеры играли пациента целиком: были обсуждены самые разные типажы, от торопливых бизнесменов до внимательных к себе пенсионеров-хроников. Актеры получали сценарии, однако, им разрешалось добавлять любые черты характера и факты биографии (включая сопутствующие заболевания), если они не противоречили сценарию. Помимо активного создания помех работе медиков, актеры с разными типажами требовали к себе разного отношения: задавали уточняющие вопросы, пытались диктовать докторам свои условия, отказывались от процедур или наоборот - требовали лишних. Перед третьим блоком обучения актеры проходили отбор, в результате которого распределялись по этапам будущей олимпиады.

Подготовленные актеры смогли существенно повысить уровень реалистичности проводимой олимпиады. Начиная с 1 этапа - демонстрации сестринских навыков, когда пациент наряду с манипуляцией задает множество вопросов и далее по этапам, где приходилось демонстрировать навыки диагностики, оказывать неотложную помощь при различных неотложных состояниях, проводить транспортировку пациента и др..

В процессе проведения олимпиады методом жеребьевки каждая команда работала с пятью разными пациентами (помимо теоретического конкурса и конкурсов с использованием манекенов). После проведенных соревнований, с каждой командой проводился дебрифинг в котором принимали участие и стандартизированные пациенты, поделившиеся своими эмоциями и восприятиями о качестве оказания им медицинской помощи. Благодаря такому подходу проведения олимпиады и активному информированию студенческого сообщества 9 из 10 участников олимпиады студентов готовы и с нетерпением ждут возможности принять участие в следующей олимпиаде.

Таким образом, результаты проведенной работы свидетельствуют о возможности эффективного использования

студентов в качестве стандартизированных пациентов и увеличении реалистичности проводимых тренингов.

«СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» КАК СИМУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Давыдова Н.С., Попов А.А., Макарович А.Г., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Новикова О.В.

Город: Екатеринбург

Учреждение: ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

В зарубежной медицинской практике (американская, европейская модели) существенное внимание уделяют эффективному общению врача и пациента. В структуре медицинского образования будущие врачи осваивают эффективные коммуникации в сквозном образовательном модуле с привлечением стандартизированных пациентов. Обучают тому как здороваться с пациентом, поддерживать зрительный контакт, эффективно вести расспрос, конструктивно реагировать на критику... Как показывает статистика, врачебных ошибок много. Но судебные иски в основном подаются по причине плохих отношений между пациентом и врачом [1].

Что подразумевают эффективные коммуникации в медицине и можно ли им обучить? Существует внушительная и заслуживающая доверия экспериментальная доказательная база, описывающая содержание этого вопроса и технологий обучения, которая представлена публикационно в международных базах цитирования [2, 3, 4].

В отечественном медицинском образовании в условиях сокращения возможностей клинических баз по практической подготовке обучающихся возможны ли обучение (и оценка) эффективному общению будущих врачей в условиях симуляции коммуникативных ситуаций между врачом и пациентом? Да. Высоко результативной выступает технология «стандартизированный пациент», роль которого выполняет человек, специально обученный реалистичному воспроизведению анамнеза и/или физических симптомов типичных заболеваний. У данной технологии есть ряд существенных ограничений, связанных с тем, что коммуникация «врач-пациент» является симуляционной. Но, именно симуляция позволяет в безопасных для будущих врачей, тренинговых условиях сформировать как базовые навыки коммуникации с пациентом [5, 6], так и «отыграть» конструктивный поведенческий сценарий в сложных коммуникативных ситуациях (агрессия или некомплаентность пациента, конфликт, «плохие новости», паллиатив и т.д.).

В условиях перехода с 2017 г. к первичной аккредитации врачей технология «ст.пациент» апробирована в Уральском государственном медицинском университете в режиме обучения и в режиме объективного структурированного клинического экзамена (OSKE). В 2016 г. обсуждаемый вариант экзамена сдавали все выпускники лечебно-профилактического факультета.

В режиме обучения студенты старших курсов специальности «лечебное дело» решают гибридные ситуационные задачи (например, неотложная и плановая медицинская помощь хирургического и терапевтического профиля), предполагающие совместную демонстрацию как практических навыков (внутривенные инфузии, десмургия, интерпретация лабораторно-инструментальных данных, ведение мед. документации и т.д.), так и коммуникативных навыков при общении с симулированным пациентом. Процедура решения задач включает: общение с пациентом «один на один»; выполнение практических навыков на манекене; видеозапись решения задачи; ее оценка преподавателем (экспертом) и стандартизированным пациентом по специально разработанным чек-листам; просмотр видеозаписи с ее обсуждением (дебрифингом) в учебной группе с обяза-

тельной обратной связью от пациента.

В режиме экзаменации (государственная итоговая аттестация; этап «практические навыки врача», по принципам OSKE) ст.пациент симулирует клинический случай в условиях амбулаторного приема, а в задачу будущего врача входит расспрос пациента с целью сбора жалоб и анамнеза. Экспертная оценка (танDEM клинициста и психолога) осуществляется в режиме реального времени в удаленном он-лайн доступе по чек-листам, четко структурирующим коммуникацию «врач-пациент». Ст.пациент также выступает экспертом, заполняя мини-анкету «удовлетворенности общения с врачом» [7]. В свою очередь и студенты заполняли анонимную анкету, позволившую оценить обсуждаемую технологию и с точки зрения непосредственного потребителя образовательных услуг.

Опыт Уральского государственного медицинского университета в реализации образовательного модуля «коммуникативные навыки врача», интегрированного в образовательную программу на додипломном этапе медицинского образования, позволил обозначить целый ряд ключевых вопросов и определить комплекс корректирующих мероприятий, касающихся стандартов подготовки будущих врачей в области эффективной коммуникации.

ПИЛОТИРОВАНИЕ СТАНЦИИ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ В ХОДЕ ПРОЦЕДУРЫ ОСКЭ

Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Сонькина А.А., Серкина А.В., Боттаев Н.А.

Город: Москва

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

Процедура объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) должна содержать несколько обязательных (базовых) принципов:

- исключение возможности несанкционированного общения экзаменатора и испытуемого
- подчеркнута одинаковые положения для всех испытуемых
- выборочная переоценка видеозаписи любого этапа прохождения испытания (для повышения ответственности экзаменаторов к соблюдению объективности и безпристрастности).

Если кратко, то объективность обеспечивается использованием унифицированных чек-листов, где четко и недвусмысленно (для всех экзаменаторов) обозначено, что считается успешным (неуспешным) действием, структурированность - тем, что все экзаменуемые получают одинаковый набор заданий и решают его в одинаковое отведенное время. Клинический - все задания представляют собой эпизод рабочей задачи, сформированной на основе реальных клинических ситуаций.

При формировании станций ОСКЭ необходимо учесть, что цепочка станций должна представлять собой комплекс помещений, обеспечивающих безостановочный поток экзаменуемых во время проведения соответствующего этапа экзамена. Каждый экзаменуемый должен посетить каждый пункт цепочки. Численность группы экзаменуемых должна быть равна количеству станций в цепочке.

Перемещение экзаменуемых целесообразно сопровождать звонком с ручным управлением или звукоусиливающим оборудованием и автоматизированной презентацией с голосовыми командами, содержащими четкие инструкции для экзаменуемых и экзаменаторов о времени пребывания на станциях.

Также необходим персонал для наблюдения за перемещением экзаменуемых в нужном направлении и, при необходимости, сопровождать их до следующей станции по маршруту.

Во время проведения испытания не разрешается

фотографирование и использование мобильных телефонов, других устройств для дальнейшей связи.

Все инструкции и необходимые рабочие материалы (конкретизация заданий, истории пациента, накладные, рецепты и т.п.) должны быть надежно закреплены на столах или специальных подставках, а экзаменаторы должны следить за тем, чтобы экзаменуемые не уносили собой их, а также используемое оборудование.

Материалы, входящие в паспорт станции, предоставляемые экзаменаторам также должны оставаться на экзаменационном пункте, для чего вспомогательный персонал после каждой смены должен проверить комплектность всех материалов прежде, чем экзаменаторы покинут рабочее помещение.

При использовании специального оборудования целесообразно предусмотреть резервный (дополнительный) комплект для замены в случае необходимости и обеспечения непрерывного потока.

Обеспечение качества экзаменации – это непрерывный процесс. С этой целью используются внешние (относительно экзаменуемых и их преподавателей) экзаменаторы.

Организация и планирование требует значительной логистической подготовки помещений и обучения всех участников процесса.

Дополнение процедуры новых станциями должно проходить на основе, проведенных репетиций и процесса независимой оценки в ходе пилотного включения. Необходимость внесения новой станции может возникнуть вследствие появления изменений в законодательстве или необходимости определения новых акцентов в трудовых функциях. Или успешным прохождением всей выборки испытуемых имеющейся станции, тогда возникает необходимость её усложнения или замены. В связи с проведением пилотирования станций их общее количество в цепочке может быть увеличено, но в рамках экзамена высокой степени значимости (каким является процедура аккредитации) важно экзаменуемых поставить в известность о включении пилотной станции и о том, что результаты этой станции не повлияют на общую экзаменационную оценку. Так, например, для того, чтобы преподаватели захотели научиться обучать студентов коммуникативным навыкам, мы в 2016 году готовы пилотировать такую станцию. Приглашаем всех заинтересованных лиц. В начале октября на съезде преподавателей по навыкам общения можно будет обсудить полученные результаты.

ЗАНЯТИЕ С УЧАСТИЕМ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА В УНИВЕРСИТЕТЕ ЛЮДВИГА-МАКСИМИЛИАНА В ГЕРМАНИИ

Одинокова С.Н.

Город: Москва

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

На сегодняшний день методика применения стандартизированного пациента в Российском медицинском образовании является достаточно новой. И её только начинают внедрять в обучающий процесс. В тоже время в зарубежных странах, например, в Германии, данная методика является обыденной и хорошо знакомой для любого немецкого студента-медика, так как прохождение нескольких клинических заданий с использованием стандартизированного пациента включено в учебную программу старших курсов. Эти занятия проходят в форме симуляции медицинской консультации, которую проводит студент, пробуя себя в роли врача. Тренинг показывает насколько будущий доктор, владеет коммуникативными навыками и способен ли он грамотно и последовательно вести диалог, что позволяет более объективно судить о степени готовности студента к встречи с больными, а полученный опыт позволяет ему

чувствовать себя более уверенно в общении с реальными пациентами.

Являясь студенткой 6 курса лечебного факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, весной 2016 года мне удалось побывать на таком занятии в университете Людвиг-Максимилиана (Мюнхен, Германия) и попробовать свои силы в рамках общения с стандартизированным пациентом.

Занятие проводится следующим образом. На него отводится один час, за который разбирается 4 клинических кейса. Вначале тренер знакомится с группой и вводит её в курс дела, проводя небольшой брифинг и кратко излагая то, с чем придётся столкнуться. Занятие рассчитано для группы из 4 студентов, каждому из которых выдаётся свой собственный кейс. На ознакомление с ним даётся около 5 минут. Кейс представляет собой описание пациента, его анамнеза, жалоб и уже проведённых исследований, а так же в нём сформулировано задание, которое необходимо выполнить студенту. В конце кейса приведена краткая медицинская информация по заболеванию пациента, возможно, немного облегчающая выполнение задачи, но ещё раз подчеркивающая, что занятие направлено на развитие и демонстрацию именно коммуникативных навыков будущих врачей. Для каждого кейса предусмотрена отдельная аудитория, в которой находится актёр (стандартизированный пациент). В то время, как один из студентов проводит консультацию, остальные вместе с тренером наблюдают за происходящим и фиксируют те действия своего коллеги, которые, по их мнению, повлияли на ход происходящего. После завершения симуляции, участвовавший студент выходит из комнаты, а в группе каждый сообщает свою точку зрения относительно консультации, чтобы потом один человек (чаще всего тренер) смог выразить общее мнение от группы и дать обратную связь «герою симуляции». Никто никого не ругает, не осуждает и не оценивает, просто рекомендуют или говорят о том, как бы они поступили на месте своего коллеги, оказавшись в подобной ситуации. Это создаёт спокойную и доверительную атмосферу. В конце актёр так же даёт обратную связь студенту, говоря о своих эмоциях и чувствах, которые он испытывал во время консультации (смог ли студент вызвать доверие, расположить к себе и т.д.), что является логическим завершением кейса. Затем группа переходит в другую аудиторию для реше-

ния нового кейса. Завершается занятие высказываниями студентов о своих впечатлениях, о том, что каждый из них вынес для себя, какие сделал выводы.

Тренинг проходил параллельно для 16 человек, которых разделили на 4 группы по 4 студента в каждой. Обучающиеся представляли разные страны, Италию, Канаду, Германию, Россию, Бразилию и Таиланд. Распределение по группам было рандомным, и в моей группе оказалось 2 немецких студента и 1 канадец. Для иностранцев формат данного занятия был совершенно обычным и стандартным, многие из них даже проходили предложенные нам кейсы. Для меня это тоже не оказалось сюрпризом, благодаря участию в тренинге по навыкам эффективного общения в условиях симуляционного центра УВК «Mentor Medicus», проведённого Сонькиной А. А. для студентов Первого меда. Все то, что я получила на этих занятиях, пригодилось мне в Германии при общении со стандартизированным пациентом и позволило достойно выглядеть перед иностранными коллегами. Даже английский язык, являющийся для меня, не родным, не стал барьером между мной и пациентом. Ведь установление контакта и общение подразумевают в себе не только разговор, но и выражение своих мыслей через «язык тела»: мимику, позу, жесты, интонацию. Как я усвоила из занятий с Сонькиной А. А., общение между врачом и пациентом – подразумевает использование конкретных навыков, подобных выполнению инъекций или реанимации. Любому навыку можно обучиться и затем тренировать его. Следовательно, можно научиться и грамотно вести медицинскую консультацию, создав доброжелательную атмосферу, в которой будет комфортно как доктору, так и пациенту.

Навыки общения, продемонстрированные мной на занятии в университете Людвиг-Максимилиана, были высоко оценены моими коллегами-студентами и актером при последующем обсуждении моего выполнения, что даёт возможность мне сделать вывод о том, что Российское медицинское образование вполне может соответствовать мировым стандартам. Для этого важно внедрять в программу подготовки специалистов современные, доказавшие свою эффективность, обучающие технологии, в том числе и тренинги по обучению навыкам эффективного общения с использованием стандартизированного пациента.

ПОДГОТОВКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ НМО В ННИИПК ИМ. АКАД. Е.Н. МЕШАЛКИНА ПРИ ПОДГОТОВКЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА
Яковкина Е.Н., Кузнецова Т.А., Архипов А.Н., Бойцова И.В.
Город: Новосибирск
Учреждение: ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

ННИИПК является одним из лидеров по оказанию помощи пациентам, страдающих кардиохирургической патологией, а также занимается лечением пациентов с онкологическими и нейрохирургическими заболеваниями и трансплантациями. Ежегодно госпитализируется более 19 тыс. пациентов, проводится более 14 тыс. операций.

Цель: продемонстрировать работу по повышению квалификации среднего медицинского персонала на базе учебного центра ННИИПК.

Материалы и методы: в рамках действующей лицензии на право ведения образовательной деятельности Институт реализует повышение квалификации по 17 направлениям для специалистов со средним образованием. Помимо этого,

с 2015 г. внедрено НМО для сотрудников со средним медицинским образованием (медицинских сестер, лаборантов, рентген лаборантов). Основные задачи: отработка практических навыков работы с оборудованием, инструментарием, расходным материалом, используемым в ННИИПК, работа в информационной системе, развитие коммуникативных навыков, обеспечение ротации специалистов между клиническими подразделениями в рамках специальности.

Разработаны и утверждены 35 основных алгоритмов сестринских манипуляций, их отработка осуществляется в симуляционном центре. В каждом алгоритме прописаны: цель, показания, противопоказания, оснащение, возможные проблемы, последовательность действий медицинской сестры, критерии достижения результата. По каждому алгоритму проводится вводное тестирование, теоретический модуль, отработка навыка на симуляторе, итоговое тестирование. Проводится видеофиксация занятия, дебрифинг. В 2016 г. обучение прошли 240 медицинских сестер («сестринское дело», «сестринское дело в хирургии», «сестринское дело в педиатрии», «анестезиология и реаниматология») на вводном тестировании медицинские сестры отвечали правильно на 80-90% вопросов, после проведения