

Материалы и методы

Методическим аккредитационно-симуляционным центром ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России разработаны клинические задачи «Профилактическое консультирование», оценочный лист (чек-лист) по проверке умений проведения профилактического консультирования; сценарий для стандартизированного пациента «Краткое профилактическое консультирование»; паспорт станции «Консультирование». Используя методы системного анализа и наблюдения, был проведен педагогический эксперимент, направленный на выявление психолого-педагогических условий проведения профилактического консультирования. В эксперименте участвовали ординаторы второго года обучения в количестве 36 человек, из них 20 человек составили экспериментальную группу и 16 человек — контрольную группу. Педагогический эксперимент включал в себя специальную подготовку ординаторов, включающую два этапа: а) теоретический этап обучения, направленный на освоение Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и психолого-педагогических особенностей профилактического консультирования, а также освоение модели профилактического консультирования, разработанной в ФГБОУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (трудоемкость — 36 академических часов); б) практический этап обучения осуществлялся с использованием метода моделирования ситуаций профилактического консультирования.

Одновременно осуществлялось анкетирование пациентов на предмет удовлетворенности проведенным консультированием.

Результаты

В процессе исследования было выявлено — количество допущенных ошибок при профилактическом консультировании у ординаторов экспериментальной группы на 67,46% меньше, чем в контрольной группе. Время проведения профилактического консультирования в экспериментальной группе соответствовало установленным нормам. В контрольной группе процедура профилактического консультирования носила незаконченный характер по причине затягивания этапов консультирования. Продуктивность этапа завершения консультирования была низкой.

Анкетирование стандартизированных пациентов показало: удовлетворенность процедурой профилактического консультирования в экспериментальной группе составила 87,8% по сравнению с этим же показателем в контрольной группе — 24,6%. Функциональный анализ результатов проведенного исследования показал эффективность модели профилактического консультирования, основанной на интеграции медицинских и психолого-педагогических задач, стоящих перед врачом в процессе профилактического консультирования.

Обсуждение

Главное отличие профилактического консультирования от медицинской консультации состоит в том, что во время профилактического консультирования

во взаимодействии врача и пациента акцент смещается с диагностики и лечения на формирование приверженности пациента в необходимости следования рекомендациям врача. Ведь профилактическое консультирование происходит на последнем этапе диспансеризации. К этому времени проведено обследование пациента и результаты отражены в его персональной карте учета. Пациент частично осведомлен о результатах его обследования, но эти знания носят хаотичный характер.

Модель проведения профилактического консультирования представляет собой систему, состоящую из 5 этапов, направленных на достижение результата — сформированной приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача: Начало консультирования ® Информирование и разъяснение ® Рекомендации и планирование ® Убеждение и мотивирование ® Завершение консультирования. Каждый этап, выполняя определенные задачи, направлен на повышение приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача и формированию поведенческих навыков, содействующих снижению риска заболевания. В процессе педагогического эксперимента были выявлены закономерности эффективности модели.

Выводы

1. Модель профилактического консультирования направлена на подготовку врача к решению задач разных видов профилактического консультирования. Особенностью разработанной модели является ее структура, основанная на психолого-педагогических закономерностях формирования убеждений, лежащих в основе приверженности пациента к лечению.

2. Эффективность модели профилактического консультирования зависит от продуктивности каждого этапа модели.

3. Этапы модели профилактического консультирования определяются алгоритмизацией деятельности врача, включающей в себя: анализ исходной ситуацию, решение задач конкретного этапа, проведение этапа в соответствии с выявленными правилами.

4. Правила действия врача на каждом этапе определены психологическими и педагогическими закономерностями, выявленными в процессе исследования.

Материал поступил в редакцию 06.09.2022

Received September 06, 2022

Этапы развития коммуникативной компетентности: опыт Медицинского университета Караганды

Stages of Development of Communicative Competence: Experience of Medical University of Karaganda

Кемелова Г. С., Аимбетова Д. Б., Мациевская Л. Л., Риклефс В. П.

Kemelova G. S., Aimbetova D. B., Matsievskaya L. L., Riklefs V. P.

Медицинский университет Караганды, г. Караганда,
Республика Казахстан

Karaganda Medical University, Karaganda,
Republic of Kazakhstan

DOI 10.46594/2687-0037_2022_3_1504

Аннотация

В данном исследовании описаны этапы трансформации учебных программ по развитию коммуникативных компетенций у обучающихся по специальности «Общая медицина». Пятнадцатилетний опыт Медицинского университета Караганды (Казахстан) показал эволюцию программы обучения с выявлением слабых сторон и обоснованием причин изменения программы с целью ее улучшения.

Annotation

This study describes the stages of transformation of curricula for the development of communicative competencies among students in the specialty "General Medicine". Fifteen years of experience of the Medical University of Karaganda (Kazakhstan) showed the evolution of the training program with the identification of weaknesses and justification of the reasons for changing the program in order to improve it.

Актуальность

В Казахстане на протяжении последних пятнадцати лет приоритетным направлением в медицинском образовании является развитие коммуникативных навыков в подготовке специалистов здравоохранения. За данный период образовательные программы (ОП) по формированию коммуникативной компетентности претерпели несколько трансформаций, которые корректировались с учетом мнения и обратной связи всех заинтересованных сторон: студентов, преподавателей, работников практического здравоохранения и пациентов. Преподаватели медицинских вузов опасаются, что нынешние студенты обладают слабыми коммуникативными навыками, потому что они много времени проводят в виртуальной среде, последние два года обучение проходило в дистанционном формате, студенты предпочитают социальную среду для общения, и это может повлиять на профессионализм в будущем, в связи с этим ОП делает фокус на развитие данного направления. Медицинский университет Караганды за пятнадцать лет опыта обучения дисциплины «Коммуникативные навыки» применил разные подходы.

Цель

Целью данного исследования явилось описание этапов изменения образовательных программ развития коммуникативной компетентности студентов медицинского образования.

Материалы и методы

Материалами исследования явились ОП по специальности «Общая медицина» Медицинского университета Караганды за период 2007–2022 годов.

Результаты

Анализ ОП бакалавриата по специальности «Общая медицина» условно был разделен на три этапа в соответствии с пересмотром ОП: 1-й этап — 2007–2014 гг., 2-й этап — 2015–2018 гг., 3-й этап — 2019–2022 гг. В рамках реформирования медицинского образования в Казахстане дисциплина «Коммуникативные навыки» (КН) была впервые внедрена в государственный общеобразовательный стандарт образования (ГОСО) 2006 года и ежегодно обсуждалась с целью выявления слабых сторон программы и улучшения его содержания. На первом этапе своего развития дисциплина была разделена на два блока «Коммуникативные навыки-1» (КН-1) с изучением базовых навыков на 1 курсе и «Коммуникативные навыки-2» (КН-2) с изучением продвинутых навыков на 2 курсе по 90 академических часов/2 кредита соответственно. Была создана кафедра коммуникативных навыков, отвечающая за интеграцию дисциплины в ОП из специально обученных клинических психологов и клиницистов, имеющих опыт работы с реальными пациентами и навыками преподавания. КН-1 был направлен на овладение вербальных и невербальных способов взаимодействия с пациентами. КН-2 был сосредоточен на взаимодействии с трудными пациентами и сообщении плохих новостей пациенту или его родственникам. Оценивание проводилось по стандартизированным чек-листам, состоящим из 6 блоков и 45 критериев. В обучении КН-2 применялись стандартизированные пациенты с разными психотипами. Слабой стороной данной реформации была «бравлада» разработчиков ОП, переоценивших возможности обучающихся. Ожидаемые результаты обучения данной программы не были достигнуты в полной мере, так как данная дисциплина воспринималась участниками обучения как ответственность только одной кафедры, преподающей данную дисциплину. КН-2 из-за сложности предмета не соответствовала уровню обучения студентов 2 курса, потому что они еще не освоили клинические науки, а в дальнейшем студенты затруднялись продемонстрировать коммуникативные навыки у постели больного на клинических дисциплинах, несмотря на успешное ее освоение. Образовательные вмешательства, направленные на повышение способности студентов общаться с пациентами, оказались многообещающими.

На втором этапе были разработаны и пересмотрены ОП и контрольный чек-лист для оценки коммуникативных навыков на основе Калгари-Кембриджской модели. Дисциплина подразделялась на КН-1 (обучение базовых навыков на 1 курсе) и КН-5 (обучение продвинутых навыков на 5 курсе) с увеличением объема академических часов до 135 (3 кредита) и объединением критериев оценки до 8 пунктов. Обучение КН-5 стало более продуктивным и эффективным, так как студенты освоили большую часть клинических дисциплин, могли определять проблемы пациентов, сообщать печальные новости, работать с трудными пациентами и добиваться их приверженности. Несмотря на успешную демонстрацию КН на итоговом ОСКЭ, при встрече с реальными пациентами студенты имели такие же трудности, какие были выявлены на 1 этапе. Трудности

в контакте с реальными пациентами были следствием дисциплинарного подхода обучения, так как студенты после прохождения КН-1 не стремились закрепить полученные знания и навыки, а обучение клинических дисциплин не ставило приоритетом оценку КН для закрепления и было сосредоточено только на изучении нозологий клинических дисциплин.

Далее был начат новый этап преподавания дисциплины под названием «Пациент-центрированная помощь и эффективный комплаенс», которая выбрала образовательную стратегию по интеграции КН во все дисциплины. С 2019 года обучение КН было основано на интеграции нескольких подходов обучения с применением перевернутого класса, виртуального и стандартизированного пациентов. Интеграция КН в фундаментальные и клинические науки позволяет на протяжении всего периода обучения обеспечить непрерывность и преемственность формирования КН. Все участники образовательного процесса в равной степени ответственны за развитие КН обучающегося.

Обсуждение

Развитие коммуникативной компетентности в медицинском образовании несомненно является актуальным направлением и за последние пятнадцать лет реализации ОП «Общая медицина» Медицинский университет Караганды применил разные подходы обучения дисциплины «Коммуникативные навыки». Анализ этапов развития коммуникативной компетентности обучающихся показал, что необходимо отойти от дисциплинарного подхода обучения и интегрировать развитие коммуникативных навыков во все дисциплины через регулярный мониторинг/контроль знаний и умений достигнутых результатов на каждом этапе обучения.

Выводы

Таким образом, тотальная интеграция КН в ОП на протяжении последних трех лет продемонстрировала свою эффективность, которая измеряется итоговым контролем через ОСКЭ на всех этапах обучения и государственной независимой экзаменацией выпускников.

Материал поступил в редакцию 07.09.2022

Received September 07, 2022

Симуляционные технологии — эффективный метод обучения оказанию помощи при акушерских кровотечениях

Simulation Is an Effective Method for Teaching Obstetric Hemorrhage Care

Панова И. А., Малышкина А. И., Рокотьянская Е. А., Салахова Л. М.

Panova I. A., Malyshkina A. I., Rokotyanskaya E. A., Salakhova L. M.

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова, г. Иваново, Российская Федерация

Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood named after V. N. Gorodkov, Ivanovo, Russian Federation

DOI 10.46594/2687-0037_2022_3_1505

Аннотация

Проведен анализ качества симуляционного обучения 72 врачей акушеров-гинекологов по теме «Акушерские кровотечения». Качество выполнения навыка оценивалось по анализу тест-карт самооценки квалификационных возможностей врача. Анализ результатов показал, что качество овладения практическими навыками обучающимися достоверно улучшается при использовании симуляционных технологий.

Annotation

The analysis of the quality of simulation training of 72 obstetrician-gynecologists on the topic "Obstetric bleeding" was carried out. The quality of skill performance was assessed by analyzing test cards for self-assessment of the doctor's qualifications. Analysis of the results showed that the quality of mastering practical skills by students significantly improves when using simulation technologies.

Актуальность

Симуляционные технологии прочно внедрены в систему подготовки ординаторов и постдипломного обучения врачей акушеров-гинекологов как одно из средств оптимизации и повышения качества учебного процесса. Ключевыми преимуществами симуляционных технологий являются обучение без вреда пациенту в реалистичных условиях, неограниченное число повторов, отработка алгоритма действий при urgentных состояниях, объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста. Для полноценного освоения практических навыков учебный процесс должен максимально реалистично имитировать патологическое состояние пациента и клиническую обстановку. Акушерские кровотечения относят к предотвратимым ситуациям, однако они остаются лидерами среди причин акушерских трагедий. Отмечается тенденция к росту кровотечений, связанных с отслойкой нормально расположенной плаценты, аномальной инвазией плаценты, нарушением состояния гемостаза. Такая ситуация на практике требует от врача быстрого и четкого выполнения алгоритмов оказания медицинской помощи, правильного определения объема кровопотери, расчета инфузионной, гемостатической и утеротонической терапии, правильного выполнения акушерских операций, причем все действия должны выполняться одновременно в условиях ограниченного времени. Залогом успеха в лечении кровопотери в акушерстве являются единый методологический подход и командная работа врачей различных специальностей: акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, трансфузиологов. Современные требования обучения акушера-гинеколога включают удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей специалиста, обеспечение высокой квалификации