

Реальные барьеры перед виртуальными мирами

Преподаватели-клиницисты, как и врачи в целом, обладают **здоровым консерватизмом** в восприятии новых идей. Следуя в образовании тем же принципам доказательной медицины, они не стремятся слёту перенимать любую дидактическую новинку, ожидая проведения исследований, выхода статей, подтверждающих её эффективность. Но скептицизм, играющий защитную функцию в клинике, становится неизбежным и не столь благотворным тормозом инноваций в обучении. Многие из нас хорошо помнят настороженность коллег при внедрении симуляционных технологий в образовательный процесс. Откуда берётся недоверие по отношению к уже валидированным дидактическим методикам? Сегодня, когда слова *фантом*, *симулятор*, *ОСКЭ*, *СП* уже вошли в привычный профессиональный лексикон, мы вновь испытываем *déjà vu*, наблюдая необъяснимую нерешительность и уклончивость — на сей раз при интеграции цифровых пациентов в обучение клиническим дисциплинам.

При этом нельзя сказать, что нет поводов задуматься о возможностях компьютерных решений и принять руку помощи со стороны технического прогресса для решения **проблем клинического обучения**. По мере развития медицины количество известных человеку заболеваний стремительно растёт, а в клиниках по-прежнему доступны к демонстрации лишь десять-двадцать наиболее распространённых патологий. Пациенты всё с меньшей охотой выражают готовность служить дидактическим пособием для студентов, а уж если речь идет о гинекологическом или урологическом осмотре, не говоря уж об инвазивной манипуляции — тогда добровольцев просто не найти. Решение этих задач с помощью физических фантомов и моделей не всегда полноценно и реалистично, зато всегда дорого и организационно сложно. Казалось бы, справиться с этими и многими другими ограничениями позволяют современные цифровые инструменты. Но на деле дигитализация клинической подготовки значительно отстаёт от масштабов распространения информационных технологий в других сферах нашей жизни.

Разумеется, существуют **объективные препятствия**, мешающие внедрению виртуальных симулированных пациентов в образовательные программы и систему оценки клинических компетенций — первоначальные затраты на оборудование и программное обеспечение, технические сложности, требующие специального обучения и даже IT-персонала, несовместимость стандартов и сложная настройка, перегруженность и нехватка подготовленных преподавателей, необходимость стандартизации и трудоёмкой валидации образовательного контента, наличие юридических препонов и отсутствие административной поддержки. Да, все это так. Однако инерция мышления и подспудное сопротивление прогрессивным изменениям являются, пожалуй, наиболее серьёзными преградами. Самые высокие барьеры воздвигнуты в головах. Порой удивительные аргументы можно услышать от тех, кто отвечает за качество обучения, за его современный дидактический и технологический уровень. Вот, несколько цитат:

- «Цифра — глобальное зло», ничего хорошего от интернетов и телефонов ждать нельзя.
- Виртуальные пациенты «в принципе» не способны заменить живого больного и посему не годятся для клинических дисциплин.
- «Вы же не будете потом лечить пациентов онлайн»? Нельзя общение с больным подменять какими-то там мобильными приложениями.
- Если студентов будут учить компьютеры, то «вместо врачей мы получим роботов.
- «Оставьте виртуальные очки игровым залам. Мы серьёзная образовательная организация, учим как лечить и спасать людей — здесь игрушкам не место».
- Виртуальные пациенты представлены слишком схематично, модели не похожи на реальных людей, внешние проявления неестественные, ответы на вопросы и реакции на действия однообразные. Обучение на них может создать ложные представления о пациентах, общении, обследовании и лечении реальных людей.
- Компьютерная речь звучит странно, механически, без эмоций, а реплики — так и вовсе однообразны, написаны на кнопках.
- Вместо реальных действий студент размахивает руками в воздухе и нажимает на кнопки рукояток-контроллеров. Какие уж тут тактильные ощущения?!
- «Всякие вай-файи, виртуальные очки, логины и контенты — всё это слишком сложно для меня, я как-нибудь без всего этого обойдусь».
- «У нас на кафедре нет программистов и компьютерщиков, так что наладить эти системы и обеспечить бесперебойность работы просто некому».
- «А что мне придётся делать, если виртуальный пациент даст сбой на важном зачёте или экзамене? Кто будет отвечать перед руководством за срыв оценочного мероприятия».
- «Пробовал я эти VR-очки, не могу в них ничего делать — меня начинает тошнить».

Знакомые возражения? Быть может, некоторые из них могут показаться вам правильными и убедительными, а ряд из них вы даже разделяете сами. Однако **опыт учреждений**, наиболее продвинутых в вопросах дигитализации преподавания клинических дисциплин, показывает, что контраргументы существуют буквально для всех этих доводов, и для каждой из озвученных проблем имеется решение. Общество РОСОМЕД готово оказать любую консультативную, методологическую и практическую помощь, организовать экспертные консультации и ответить на вопросы, которые могут возникнуть на этом непростом пути.

Торшков М. Д.

*маг-р мед. сим., зам. главного редактора журнала,
председатель Экспертного комитета РОСОМЕД,
директор Европейского института симуляции*