

Выводы

Обучение оказанию медицинской помощи в экстренной форме должно проводиться при получении всех врачебных специальностей, предполагающих прямой контакт с пациентом, и строиться оно должно на единых принципах. Для повышения эффективности подготовки указанных специалистов практический навык «Экстренная медицинская помощь» должен входить в первичную и первичную специализированную аккредитацию данных специальностей, включая стоматологический профиль. Применение симуляционных технологий позволяет добиться наибольшей эффективности в обучении экстренной медицинской помощи.

Материал поступил в редакцию 06.07.2026

«ТРУДНЫЕ ПАЦИЕНТЫ» В ОРИТ: ТИПОЛОГИЯ, КОММУНИКАЦИЯ, ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ

Барабаш И. В., Ходус С. В., Кан Т. В.

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск, Российская Федерация

tanechka_malik@mail.ru

DOI: 10.46594/2687-0037_2026_3_2182

Аннотация. Работа в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) связана с экстремальными условиями, высоким уровнем стресса у пациентов, страхом боли и смерти. Это создаёт почву для деструктивного поведения («трудные пациенты»), которое затрудняет лечение и повышает риск конфликтов.

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины.

Актуальность

Поведенческие реакции могут быть следствием как психологических особенностей, так и органического поражения ЦНС (делирий, гипоксия). В связи с этим в рамках дисциплины «Анестезиология-реаниматология» была разработана программа «Управление ресурсами в кризисной медицинской ситуации», один из модулей которой посвящен систематизации знаний о психологических типах «трудных пациентов» и разработке научно обоснованных алгоритмов коммуникативного взаимодействия.

Цель

Овладение навыками работы с «трудными пациентами» в практике врача анестезиолога-реаниматолога и разработка научно обоснованных алгоритмов коммуникативного взаимодействия, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врачей анестезиологов-реаниматологов.

Материалы и методы

Обучение проводилось в Аккредитационно-симуляционном центре Амурской ГМА в рамках авторской программы «Управление ресурсами в кризисной медицинской ситуации». С 2023 года модуль прошли 34 клинических ординатора. Занятия проходили в малых группах (6–8 человек) с использованием симуляционных сценариев, видеозаписи и дебрифинга.

Дополнительно анализировалась литература и ретроспективно разбирались конфликтные ситуации из практики ОРИТ.

Результаты

На основе анализа литературы и клинического опыта было выделено пять устойчивых типов «трудных пациентов», наиболее часто встречающихся в ОРИТ: агрессивный, тревожный (чрезмерно обеспокоенный), манипулятивный, сомневающийся (низкий уровень доверия к лечению) и апатичный (безучастный).

В ходе симуляционного обучения ординаторы отрабатывали несколько ключевых сценариев: послеоперационный делирий с агрессией на медсестру, родственник-манипулятор с угрозами жалоб, тревожный пациент, требующий постоянного присутствия врача у постели, а также отказ пациента от респираторной поддержки.

При анализе видеозаписей занятий выявлено, что в стрессовой ситуации ординаторы склонны либо к агрессивному отстаиванию позиции, либо к уходу от контакта. После разбора и коррекции большинство участников изменили невербальные реакции и стиль общения.

По итогам анонимного ретроспективного анкетирования 34 ординаторов отмечен высокий процент положительных отзывов. Обучающиеся подтвердили, что полученные знания помогают лучше понимать мотивы поведения пациентов, а техники профилактики эмоционального выгорания признаны полезными и планируются к применению в дальнейшей работе.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают, что в условиях ОРИТ «чистота» психологического типа пациента часто искажается соматическим статусом (гипоксия мозга, делирий). Это требует от врача первичной дифференциальной диагностики между психологической реакцией и органическим поражением ЦНС, что не всегда учитывается в стандартных курсах коммуникации.

Выделенная типология является условной: в реальной практике пациент может проявлять черты сразу нескольких типов. Тем не менее предложенные стратегии взаимодействия с каждым типом позволяют врачу быстрее ориентироваться в конфликтной ситуации и выбирать эффективную тактику.

Особого внимания заслуживает отмеченный ординаторами эффект снижения страха перед агрессивными родственниками и изменение восприятия пациента с «помехи» на «партнёра». Это указывает на то, что симуляционное обучение с видеорефлексией влияет не только на поведенческие навыки, но и на эмоционально-ценностное отношение к пациентам.

Отдельный блок о профилактике эмоционального выгорания, включённый в модуль, получил высокую оценку. Работа с «трудными» пациентами является мощным фактором профессионального стресса, и формирование навыков саморегуляции должно стать обязательной частью последипломного образования реаниматологов.

Таким образом, системное обучение алгоритмам коммуникации с трудными пациентами не только по-

вышает безопасность медицинской деятельности, но и способствует сохранению психологического здоровья персонала.

Выводы

1. Знание типологии «трудных пациентов» — обязательная часть компетенции реаниматолога.
2. Системное обучение должно стать частью последипломного образования.
3. Модуль может быть масштабирован в другие программы ординатуры.
4. Рекомендуется обязательное использование: симуляции, видеодебрифинга, отработки эмоциональной саморегуляции.

Заключение

Знание типологии «трудных пациентов» и навыки эффективной коммуникации являются неотъемлемой частью профессиональной компетенции врача анестезиолога-реаниматолога. Системное обучение этим алгоритмам в рамках последипломного образования способствует снижению конфликтов, профилактике профессионального выгорания и повышению качества медицинской помощи.

Материал поступил в редакцию 07.07.2026

КУДА ПОСТАВИТЬ СТУЛ

Шубина Л. Б., Грибков Д. М.

Кафедра клинического моделирования и мануальных навыков ФМ МГУ им. М. В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация

fantomkurs@mail.ru

DOI: 10.46594/2687-0037_2026_3_2189

Аннотация. Отсутствуют жесткие рекомендации по расстановке мебели на амбулаторном приеме. Поэтому появилась идея изучить этот вопрос, чтобы использовать научно обоснованные рекомендации по оптимальной пространственной организации рабочего места врача (взаимного расположения стола, стула врача и стула пациента) для повышения качества медицинской коммуникации. Во время проведения формативных экзаменов, а также в ходе проведения первичной и первичной специализированной аккредитации было предложено разместить стулья и стол так, как им комфортно начать прием.

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины.

Актуальность

В Советском Союзе действовали методические рекомендации по пространственному расположению мебели в кабинете амбулаторного приема. Эти рекомендации учитывали исключительно эргономичность работы. При этом имеются исследования, подтверждающие, что пространственное расположение минимизирует барьеры в общении и способствуют достижению клинических задач. В настоящее время нет жестких рекомендаций, требований и доказательств единственно верного решения и этому вопросу не уде-

ляется отдельного внимания. Поэтому появилась идея изучить этот вопрос.

Цель

Использовать научно обоснованные рекомендации по оптимальной пространственной организации рабочего места врача (взаимного расположения стола, стула врача и стула пациента) в кабинете амбулаторного приема для повышения качества медицинской коммуникации.

Материалы и методы

В медицинской коммуникации выделяют четыре основные схемы расположения стула врача и стула пациента.

1. Угловое расположение (90 градусов) — самый рекомендуемый вариант. Стул пациента ставится сбоку от стола, под прямым углом к врачу. Это убирает физический барьер в виде стола, позволяет легко сохранять зрительный контакт, но дает пациенту возможность отвести взгляд на стену или окно, если он чувствует себя неловко. Врачу при этом удобно смотреть и на пациента, и в монитор компьютера.
2. Расположение «Лицом к лицу» (через стол) — не рекомендуется. Стул пациента находится строго напротив врача, а между ними расположен массивный рабочий стол. Такое положение подсознательно воспринимается как противостояние, усиливает дистанцию, подчеркивает доминирование медицинского специалиста и мешает откровению при сборе анамнеза.
3. Свободное расположение (без стола) — минимизация барьеров усиливает эмпатию и ощущение поддержки.
4. Расположение «Бок о бок» (рядом) — применяется ограниченно. Стулья стоят параллельно с одной стороны стола. Метод хорош для совместного изучения снимков МРТ, анализов или графиков на экране. Однако для постоянной беседы он неудобен, так как заставляет людей неестественно выкручивать шею ради зрительного контакта и нарушает интимные границы.

Во время проведения формативных экзаменов, а также в ходе проведения первичной и первичной специализированной аккредитации было предложено студентам пятого курса и врачам перед тем, как они пригласят своего пациента (роль которого выполняет специально обученный симулированный пациент) на станции первичного приема пациентов для сбора жалоб и анамнеза, разместить стулья и стол так, как им комфортно начать прием.

В обработке материалы 174 амбулаторных приемов, проведенных во время объективного структурированного экзамена (ОСКЭ).

Результаты

Стол между людьми считается подсознанием как оборонительное сооружение. В этой позиции у пациентов фиксируется более высокий уровень кортизола. Исследования по пространственному позиционированию в первичной медицинской помощи (AMA Steps Forward) показывают, что эта модель существенно