

требований этикета (9,1 баллов), умение убеждать и влиять на других людей (7,8 баллов). Аккредитуемые менее компетентными оказались в умении контролировать свои эмоциональные проявления (6,4 балла), саморегулировать эмоциональное состояние (6,4 балла), осуществлять самоуправление и оптимальную эмоциональную разрядку (7,1 балл), адекватно откликаться на проблемы другого человека (8,1балл).

Выводы

1 Анализ результатов работы пилотной станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача терапевта-участкового» показал, что уровень коммуникативных компетенций выпускников удовлетворителен, но сформирован недостаточно. Это требует в перспективе введения специальных обучающих тренингов в учебную программу для обучающихся, что позволит сформировать у выпускников более высокий уровень коммуникативных профессиональных навыков.

2.Необходимо рассмотреть вопрос о расширении возможных сценариев станции с дифференцированием «симулированных пациентов» по психохарактерологическим особенностям с целью формирования большей реалистичности «пациента».

#### **К ПРОБЛЕМЕ О РЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА К ОБУЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ КОММУНИКАТИВНЫМИ НАВЫКАМ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.**

Булатов С.А.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность

В последние годы вузовская педагогическая наука главенствующим направлением развития выбрала личностно-ориентированную парадигму: центром образования стал сам обучающийся и индивидуальный подход к процессу передачи знаний, умений и навыков. В высшем медицинском образовании этот процесс имеет свои особенности. Определенный консерватизм и исторически сложившиеся морально-этические нормы, доминирующие в медицине, ограничивает индивидуальное саморазвитие личности ставя определенные нормативные рамки. При этом реалии современного молодежного социума: прагматичность мыслей и действий, раскрепощенность и независимость должны стать не препятствием в формировании личности врача, а обусловить стратегию деятельности и выбор тактики действий в конкретной ситуации и в определенный промежуток времени. Педагоги-исследователи считают, что обеспечить поставленную задачу может лишь личностно-ориентированный подход в образовании, в том числе и высшем медицинском. На сегодняшний день - это методологическая ориентация в педагогической деятельности, позволяющая посредством опоры на систему взаимосвязанных понятий, идей и способов действий обеспечивать и поддерживать процессы самопознания, самостроительства и самореализации личности, развития его неповторимой индивидуальности. Следует отдавать себе отчет, что данная концепция должна быть педагогическим приемом, призванной содействовать развитию индивидуальности учащегося, проявлению его субъектных качеств, а не подгонять имеющуюся систему высшего медицинского образования под быстро изменяющийся социум. Основопологающие понятия, такие как честь, совесть, профессионализм врача, сострадание к пациенту и готовность помочь в трудной ситуации должны оставаться неизменными.

Цель

Поиск эффективной методики обучения студентов медицинского вуза навыкам коммуникативного обще-

ния с пациентом способной поддерживать процессы самопознания, самостроительства и самореализации личности будущего специалиста

Материалы и методы

Одним из направлений, способных удовлетворить новым требованиям формирования внутреннего мира молодого человека и способной развить коммуникативные навыки будущего специалиста может стать система вузовской подготовки на основе методики «стандартизированный пациент».

Результаты

В Казанском государственном медицинском университете данная методика используется с 2004 года, прежде всего, как обучающая у студентов лечебного и педиатрического факультетов. В 2015 на основе данной методики разработан и сквозной тренинговый курс освоения коммуникативными навыками общения с пациентами. Начинается он на 3-м курсе в составе дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней». Именно на 3-м курсе студенты начинают осваивать базовые клинические дисциплины, впервые начинают общаться с больными как с пациентами, в их сознании идет закладка стереотипа подходов к решению психологических проблем пациента. Понимая важность данного этапа обучения, мы постарались создать комфортные условия для каждого студента, в которых могли бы реализоваться его индивидуальные и характерологические особенности. Большинство студентов, по данным анкетирования отмечают, что времени, отводимого в ходе занятия по клинической дисциплине на работу с пациентом явно недостаточно, оно делится между всеми студентами академической группы и говорить об индивидуальном педагогическом подходе в этих условиях не приходится. Поэтому имелись вполне справедливые нарекания со стороны студентов. Ситуация изменилась в лучшую сторону, когда наряду с реальными пациентами, наши студенты получили возможность поработать с актерами, по методике «sr». В рабочей программе кафедры пропедевтики внутренних болезней выделены специальные часы работы в центре практических умений с актерами, для закрепления умений по обследованию сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Одним из условий этого тренинга является общение с пациентами, как с реальными больными в клинике, с соблюдением всех правил профессиональной вежливости и деонтологии. Каждый студент имел возможность индивидуально обследовать до 7 пациентов. При этом отсутствовал риск навредить и усугубить состояние пациента, имелась возможность многократного повторения и закрепления приемов общеклинического обследования. Следующим шагом в развитии коммуникативных навыков является тренинговый курс с использованием «sr» методики в объеме 16 часов на 4-м курсе. В ходе цикла они принимают участие в решении 3-4 ситуационных задач с участием актеров выполняя функции куратора и эксперта. Примечательно, что вся работа: с актером, документацией, преподавателем построена строго индивидуально. Следующий этап - на 5-м курсе, в ходе цикловых занятий на кафедре медицинской психологии, где студенты вновь встречаются с методикой «sr». Психологические конфликты и трудности в налаживании коммуникативных мостиков с пациентом являются темой тренинга. Каждый студент проходит индивидуально ряд ситуаций, разыгрываемых актерами и ищет правильное решение по выходу из трудной ситуации. И здесь соблюдается принцип - обсуждение деталей работы с актером, разбор ошибок с преподавателем проводятся индивидуально и не становятся предметом широкого обсуждения.

Выводы

Количество студентов положительно оценивших

практическую ценность методики «стандартизированный пациент» как помогающей в развитии коммуникативных навыков составляет 94% от общего числа опрошенных.

Таким образом, с нашей точки зрения, методика «стандартизированный пациент» является уникальной возможностью для индивидуального и высокоэффективного образования личности в плане развития коммуникативных навыков, позволяющая раскрыть индивидуальные способности обучаемого и создать условия для формирования медицинского специалиста высокого класса.

#### **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА**

Цой Е.Г., Головкин О.В., Салтанова Е.В., Килина С.С.

ФГБУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет МЗ РФ, Кемерово

##### **Актуальность**

Компетентностная модель подготовки специалистов - это проверенная временем доктрина ведущих университетов. В профессии врача одним из важнейших звеньев его деятельности является межличностное общение - диалог между врачом и пациентом. Следовательно, коммуникативная компетентность - это ключевой компонент в образовании врача и основа его профессионального имиджа. Плохие коммуникационные навыки со стороны врача являются главным фактором, ведущим к неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением. Для качественной подготовки врача в области коммуникативной компетентности и подготовке к осознанной практике, целесообразно оценить наличие знаний в этой области у будущих врачей в реальных условиях медицинского обучения. Наше исследование посвящено изучению представлений студентов, обучающихся по традиционным программам, об эффективном общении с пациентами.

##### **Цель**

Изучение представлений выпускников медицинского вуза о коммуникативной компетентности врача.

##### **Материалы и методы**

Проведено тестирование у 50 студентов 6 курса педиатрического и 70 - лечебного факультетов КемГМУ в 2018 г. Будущим врачам было предложено ответить на один вопрос, позволяющий оценить объем фундаментальных знаний в области межличностного обмена информацией, на четыре вопроса о прикладных аспектах общения с пациентами и на два вопроса, оценивающих стиль общения врачей в специфических ситуациях.

##### **Результаты**

Большинство обучающихся педиатрического и лечебного факультетов выбрали в качестве оптимальной модели общения врача с пациентом коллегиальную модель: студенты лечебного факультета в 75% случаев, студенты педиатрического факультета в 55%. Преобладающую в зарубежных странах контрактную модель общения врача с пациентом выбрали лишь 5% обучающихся лечебного факультета, тогда как на педиатрическом факультете данной модели общения отдали предпочтение 35% респондентов. Патерналистскую модель выбрали только 5% студентов лечебного факультета и никто из педиатрического факультета. Инженерную модель общения выбрали 10% респондентов лечебного факультета и 5% - педиатрического факультета.

Ответы на прикладные вопросы не соответствовали выбранной модели общения врача и пациента. Так, например, лишь 45% студентов лечебного факультета считают, врач будет давать возможность пациенту высказаться, не перебивая его. Большинство участвовавших в исследовании будущих врачей привержены к

традиционной для западных стран шестифазной модели консультирования: 75% респондентов с лечебного факультета и 80% - с педиатрического. Традиционную, отечественную схему врачебного приема, состоящей из пяти фаз выбрали 25% студентов лечебного факультета и 20% - педиатрического. Не считают необходимым обсуждать с пациентом информацию, полученную в результате объективного исследования 20% студентов. Вопросом «Что Вас привело ко мне?» планируют начинать свое общение с пациентами только 10% студентов лечебного факультета и 25% - педиатрического. Относительно сообщения пациенту информации об обнаружении у него неизлечимого заболевания 40% студентов считали сообщение пациенту всей информации в полном объеме независимо от желания пациента, 60% респондентов решили выяснить, какой объем информации пациент желает получить и предоставить сведения строго в рамках этого объема. Никто из опрошенных студентов не считал, что подобного рода информацию нужно тщательно скрывать от пациента. Студентам педиатрического факультета была предложена специфическая ситуация о выборе действий врача, когда к нему заходит на прием мама с плачущим ребенком трех лет, который боится врачей. Так, большинство студентов (55%) планируют установить вначале контакт с ребенком, 27% - установить контакт с мамой и 18% - будут проводить прием, так как все дети плачут.

##### **Обсуждение**

В коллегиальной модели пациент предстает как равноправный коллега врача, преследующий общие цели. Однако, по мнению Р. Витча, данная модель утопична, так как врач и пациент могут принадлежать к различным социальным и этническим группам, придерживаясь различных ценностных ориентаций. Выбор коллегиальной и контрактной модели большинством студентов свидетельствует о пациент - центрированном поведении врача, но в тоже время большинство ответов на прикладные вопросы не соответствовали данной модели. Около половины будущих врачей уверены в нецелесообразности предоставления пациенту неограниченной возможности излагать жалобы. Несмотря на приверженность большинства участвовавших в исследовании будущих врачей к традиционной для западных стран шестифазной модели врачебного приема, вопросом «Что Вас привело ко мне?» планируют начинать свое общение с пациентами только 10% студентов лечебного факультета и 25% - педиатрического. Большинство респондентов выбрали более гуманный вариант поведения при общении с неизлечимыми пациентами. Студенты педиатрического факультета не уверены в своем поведении при плачущем ребенке, что свидетельствует об отсутствии у них практического опыта консультирования.

##### **Выводы**

Выбор той или иной модели взаимоотношений определяется совокупностью факторов: особенностями личности врача, конкретной ситуацией и характером оказываемой помощи, а у будущих врачей еще зависит от сложившейся модели общения врача и пациента в коллективе, в который они попадут. Кроме того, сказать, что врач один раз и навсегда избирает и следует только одной из предложенных моделей будет ошибочно. Более того, анализ современной медицины, развитие новых медицинских технологий указывает на то, что и характер взаимоотношений «врач-пациент» претерпевает значительные изменения.

Анализ, проведенного исследования свидетельствует о том, что у будущих выпускников не сформированы понятия о коммуникативных технологиях в практической деятельности врача. Важными шагами в этом направлении является внедрение дополнительного