

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 КеГМУ 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

обучающего курса по навыкам общения медицинского работника с пациентом. Целенаправленное, интегрированное в образовательные программы обучение коммуникативным навыкам медицинской консультации сможет повысить качество итоговой практической подготовки специалистов здравоохранения.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПИЛОТ: ОЦЕНКА НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА - 2018: РЕЗУЛЬТАТЫ, ИТОГИ

Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Шубина Л.Б., Серкина А., Боттаев Н.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург; ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва

Актуальность

В паспорте приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» («Новые кадры современного здравоохранения») как одна из ключевых задач заявлено обеспечение качественной медицинской помощи. Валидным индикатором качества помощи выступает количество жалоб пациентов в отношении оказанных медицинских услуг. При анализе структуры жалоб было выявлено: «90% конфликтов возникает из-за неумения или нежелания врача объяснить пациенту или его близким информацию о состоянии здоровья».

Для качественной подготовки врача в области коммуникативной компетенции не всегда достаточно только информации о правилах взаимодействия, необходима осознанная практика. Тем не менее оценить наличие таких навыков можно у любого специалиста системы здравоохранения в реальных условиях его взаимодействия с пациентом либо в смоделированных условиях с использованием специально подготовленных смоделированных пациентов.

Цель

Проверить возможности реализации экзамена по владению навыками эффективного общения участкового врача-терапевта с пациентом при сборе жалоб на первичном амбулаторном врачебном приеме.

Материалы и методы

После I съезда специалистов по коммуникативным навыкам в медицине (2 октября 2016 г., Москва) рабочей группой, сформированной в Уральском государственном медицинском университете, был создан проект экзаменационной станции. Пилот был направлен на аккредитацию специалиста по трудовой функции профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (приказ Минтруда России от 21.03.2017 г. №293н): А/02.7 - Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.

В пилоте письменно подтвердили намерение участия 54 медицинских и фармацевтических вуза (основание: письмо Минздрава РФ 16-5-15/69 от 28.03.18). Организовали пилотирование станции в процедуре ПАС-2018 - 44(+2) вуза.

Количество специалистов-выпускников вузов, участвовавших в пилоте - 1728 аккредитуемых, что составило 9,54% от всех 18111 аккредитуемых.

Стандартизированные пациенты, выбранные вузами, прошли очно-заочное обучение на базах Сеченовского и Уральского медицинского университетов в апреле-июне 2018 г. Получили сертификат о допуске к работе на станции в ПАС-2018, всего 112 человек.

Паспорт станции «Сбор анамнеза на первичном амбулаторном врачебном приеме» подразумевал симуляцию эпизода рабочего времени врача общей

практики. Чек-лист для эксперта включал дескрипторы коммуникативных навыков (в терминах модели Калгари-Кембридж) и структурированный перечень пропедевтических вопросов.

Результаты

1. «Подгоняют» расспрос о жалобах под диагноз; диагноз первичен, жалобы пациента - вторичны.

2. В контрольной группе аккредитуемых, не проходивших специальное обучение по навыкам клинического общения:

- по мнению экспертов: расспрос для проведения дифференциального диагноза практически отсутствует - 1 из 9-ти выпускников в расспросе пациента вышел на ключевой симптом - онконастороженность при анемическом синдроме;

- по мнению экспертов: ни один выпускник не показал адекватную симптоматику дальнейшую «маршрутизацию» пациента - тактика и план обследования (необоснованное назначение лекарственных препаратов, объема лабораторных исследований, консультаций со специалистами...);

- уверенная демонстрация этиологии и патогенеза при неуверенном (неудовлетворительном) следовании клиническим рекомендациям в ходе медицинской консультации.;

- по мнению экспертов: отсутствует системный подход к симптомокомплексу в расспросе пациента.

Статистические оценки качества (валидности) станции:

1. Обнаружена обратно пропорциональная связь между оценкой в штрафных баллах по чек-листу и оценкой в позитивных баллах впечатления стандартизованного пациента

(Спирмен: $r = -0,46...-0,27$).

Вывод: чем лучше коммуникативные навыки врача, тем выше оценка стандартизованного пациента.

2. Обнаружена зависимость между штрафными баллами, полученными за основной чек-лист, и штрафными баллами, полученными за оценку записей в «карте пациента» (по Спирмену $r = 0,23$).

Вывод: чем выше оценка коммуникативных навыков, тем более точно оформлена медицинская документация, а следовательно, выше диагностические способности врача.

3. Не обнаружено существенной зависимости между оценкой по чек-листу и количеством заданных уточняющих вопросов (пропедевтических).

4. Доля всех участников, получивших неудовлетворительный результат (<70% баллов общего числа оцениваемых дескрипторов в чек-листе) - 5%.

5. Доля участников, получивших результат по оценке навыков общения ниже среднего, - от 45 до 60%.

6. Количество участников, проходивших специализированное обучение по навыкам клинического общения и указавших в медицинских записях верный ведущий диагностический признак, выше среди обученных специалистов, чем не обученных.

Выводы

1. Оценка навыков общения на симуляционном этапе ПАС по специальности «Лечебное дело» показала, что статистически достоверно более эффективными признаны аккредитуемые, прошедшие специальный тренинг по навыкам общения, в сравнении с аккредитуемыми, не проходившими обучение.

ВЫВОД целенаправленное, интегрированное в образовательные программы обучение коммуникативным навыкам медицинской консультации достоверно повышает качество итоговой практической подготовки специалистов здравоохранения.

2. Пилот станции оценки навыков общения с пациентом показал, что для ее реализации необходимы: