

являются тренинги с участием симулированных пациентов – специально подготовленных актеров, которые выполняют две основные задачи: с максимальной возможной реалистичностью играют роль пациента в ходе разыгрываемой в ходе тренинга консультации медицинского работника с пациентом, а после игры дают обучающемуся обратную связь, в которой рассказывают о своем восприятии прошедшей консультации и связанных с ней эмоциональных переживаниях.

В 2016 году на базе Центра непрерывного профессионального образования Первого МГМУ имени И.М. Сеченова был проведен экспериментальный цикл занятий для студентов по навыкам общения с пациентами. Эти занятия проводились для студентов 2 курса педиатрического факультета и составляли отдельный учебный модуль в рамках дисциплины «Сестринское дело». С каждой группой студентов (около 20 человек) проводилось одно занятие продолжительностью 5 академических часов, всего нами было проведено 14 занятий. Программа занятий разрабатывалась совместно специалистами по навыкам общения в медицине и преподавателями кафедры «Пропедевтика детских болезней», таким образом, чтобы навыки общения позволили студентам эффективно решать те задачи, которые будут стоять перед ними в ходе сестринской практики на 3 курсе. Исходя из этих задач, в программу занятий были включены следующие темы:

- Подготовка к общению с конкретным пациентом
- Установление контакта с пациентом и выяснение имеющихся у него жалоб и вопросов.
- Донесение до пациента новой для него информации на примере сложных диагностических процедур, таких как колоноскопия или гастроскопия (поскольку на практике нередко именно медсестре или медброту приходится готовить пациента к процедуре и отвечать за его полную информированность).

Занятия проходили в формате тренинга с участием симулированного пациента. В процессе тренинга студенты имели возможность провести консультацию с симулированным пациентом, проанализировать ее вместе с преподавателем и группой, получить обратную связь от самого пациента и, затем, повторно провести ту же самую консультацию с учетом результатов обсуждения.

Перечислим навыки, которыми овладевали студенты в ходе тренинга:

- структурирование хода консультации таким образом, чтобы решить все необходимые задачи за отведенное для консультации время;
- выстраивание расспроса пациента так, чтобы получить максимально полный перечень жалоб, потратив на это минимум времени;
- эффективное слушание пациента;
- отслеживание и сознательное использование собственных невербальных и паравербальных (интонация, громкость голоса) проявлений;
- определение того, какая именно информация необходима данному пациенту и доступное изложение этой информации;
- проверка понимания информации пациентом.

После занятия мы просили всех студентов поделиться впечатлениями. Наиболее часто в отзывах звучали следующие тезисы:

- опыт ролевой игры с симулированным пациентом позволил существенно снизить тревогу перед предстоящей практикой в больнице, студенты чувствовали себя более подготовленными к общению с реальными пациентами;
- изменилось представление о роли общения во врачебной практике, студенты декларировали свою готовность более осознанно и ответственно подходить к вопросам выстраивания коммуникации с пациентами;
- в ходе тренинга студенты расширили свои представления о потенциальных трудностях в общении с пациен-

тами, и, в то же время, познакомились со стратегиями их преодоления.

Отметим, что никто из студентов не выразил сомнения в важности для врача обучения навыкам общения, также никто не подвергал сомнению эффективность работы с симулированным пациентом для такого обучения. Напротив, студенты демонстрировали высокий уровень заинтересованности и готовности к продолжению обучения в подобном формате. Также у студентов не возникло трудностей с усвоением учебного материала тренинга, несмотря на отсутствие опыта реального общения с пациентами.

На нескольких занятиях у нас не было возможности привлечь профессионального симулированного пациента, поэтому в роли пациента во время ролевой игры выступал один из преподавателей клинических дисциплин. Этот опыт оказался не вполне удачным, поскольку преподавателю было трудно выйти из своей профессиональной позиции, в результате чего его поведение в ходе консультации существенно отличалось от поведения реального пациента и, таким образом, студенты не имели возможности в полной мере в учебной ситуации подготовиться к работе в реальных условиях. Это доказывает важность и ценность работы на тренингах именно прошедших специальную подготовку симулированных пациентов.

Таким образом, мы оцениваем наш опыт проведения тренинговых занятий по навыкам общения в медицине как успешный и надеемся, что в дальнейшем подобные занятия с привлечением симулированных пациентов будут все более широко внедряться в программу подготовки будущих медицинских работников.

НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ НЕОБХОДИМЫЕ РОССИИ

Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Сонькина А.А., Серкина А.В., Горина К.А.

Город: Москва

Учреждение: ФГБОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова УВК «Mentor Medicus»

В настоящее время в России достаточно остро стоит вопрос межличностных отношений между врачом и пациентом, врачом и родственниками пациента. Доказательство этому – многочисленные жалобы пациентов в различные инстанции. В большинстве случаев эти жалобы не связаны с алгоритмом и правильностью подобранного лечения, качеством проведения инвазивных процедур, они говорят о невнимательном, а порой даже грубом отношении медицинского персонала. К сожалению, в нашей стране не сложилось единой культуры общения с пациентом, и фактически студенты-медики не знают как «правильно» общаться с пациентом. На третьем курсе, на пропедевтике внутренних болезней, студентам впервые предлагается провести консультацию с пациентом: собрать жалобы и анамнез, сделать физикальное исследование. Для этого даются достаточно четкие инструкции, однако они касаются только аспектов правильного, грамотного написания истории. Но, как же пациент? Как правильно с ним общаться, как наладить контакт и установить дальнейшую связь, как понять, что пациент сказал все, что хотел, и что он принял, то, что рекомендовал ему врач? Про занятия, элективы, курсы для студентов-медиков на эту тему в России нет информации. Деонтология покрывает лишь этические моменты, но не учит общению с пациентом.

В начале сентября 2016 года в городе Гейдельберг, Германия состоялась 14-я международная конференция, посвященная навыкам общения в медицине. В странах Европы, Ближнего Востока, Австралии и США эта проблема изучается с 1980 года. В этих странах не просто рассказывают о том, как надо общаться с пациентом, а учат этому навыку с помощью симуляционных технологий: ролевая игра с уча-

стием симулированного пациента, анализ видео консультаций. В странах Европы студенты-медики начинают изучать навыки общения с *clinical year*, каждый год они проходят цикл по коммуникативным навыкам: слушают лекции, участвуют в ролевых учебных играх. В США и Израиле студентам читают лекции с первого курса, а с четвертого у них начинается практический курс. Причем лекции посвящены не только основам, базовым навыкам общения с пациентом: слушанию, эмпатии, структурированию, дозированию информации и т.д. Студентам, так же рассказывают особенности общения с разными группами пациентов: подростки с хроническими заболеваниями, пациенты с деменцией, онкобольные и т.д. Весь мир говорит о проблеме общения с пациентом, налаживании и установлении связей, принятии совместного с пациентом решения. Ведутся многочисленные исследования в данной области, и публикуются их результаты в журналах с высоким импакт-фактором.

К сожалению, в нашей стране проводятся лишь единичные попытки проведения подобных тренингов, которые не могут изменить сложившуюся ситуацию и поменять мнение пациентов о российском враче. Многие наши коллеги оправдывают свое поведение большим количеством пациентов и коротким временем на консультацию, но например, в Англии *general physician* дается также 10 мин на приём пациента. Эффективная практика общения помогает врачу уложиться в это время, не оставив без внимания проблемы пациента. Считаем целесообразно перенимать опыт зарубежных коллег, адаптируя его под наши реалии. Важными шагами в этом направлении является дополнительный обучающий курс по навыкам общения, реализуемый тьюторами нашего центра, а также включение в содержание аккредитационного экзамена первичной аккредитации ситуации, требующие навыков общения медицинского работника с пациентом.

ЭМПАТИЯ КАК БАЗОВЫЙ КОММУНИКАТИВНЫЙ НАВЫК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кропанева Е.М.

Город: Екатеринбург

Учреждение: ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Человек живёт и работает в социуме. Ему предъявляются достаточно серьёзные требования с позиции профессиональных требований, особенно к человеку, деятельность которого связана с качеством жизни людей. Область здравоохранения особая область, где коммуникации играют важную роль и необходимы для выполнения профессиональных навыков, основанных на доброжелательном отношении к пациенту. На современном этапе данный психологический аспект часто игнорируется в медицинской практике. В тоже время «интеграция профессиональных знаний и корректное построение отношений в диаде «врач – пациент» может способствовать выздоровлению человека» [1]. Эти отношения предполагают наличие определённого настроя на пациента, установки на общение с ним. Соответствующее отношение медицинского работника к пациенту предполагает создание атмосферы благожелательности, сострадания, наибольшей отдачи знаний, умений и навыков, основанной на профессионализме и непрерывном самосовершенствовании. Терапевтический эффект зависит от того, в какой мере пациент чувствует себя объектом заботы, участия и понимания, т.е. эмпатической связи с медицинским работником.

Особо выделяется эмпатия как отдельный и базовый коммуникативный навык врача. Одним из существенных предназначений человека в жизни – это быть благополучным и разрешить самому себе быть счастливым, что невозможно без сострадания. Однако в нашей культуре неоднозначно понимают эмпатию, путая её с жалостью

и сочувствием. Слово «эмпатия» происходит от греческого «*empathēia*», что переводится как «сопереживание». В научной литературе «эмпатия» рассматривается как «способность человека переживать эмоциональные чувства, сходные с чувствами собеседника» [2], без ущерба для собственной психики.

Термин «эмпатия» впервые появился в английском словаре в 1912 г. и был близок понятию «симпатия». Возник он на основе немецкого слова *einfühlung* (дословное значение – проникновение), примененного Т. Липпсом (*Lipps T.*) в 1885 г. в связи с психологической теорией воздействия искусства. Одно из самых ранних определений эмпатии представлено в работе З. Фрейда «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905): «Мы учитываем психическое состояние пациента, ставим себя в это состояние и стараемся понять его, сравнивая его со своим собственным» [3].

Существует обширный диапазон видов эмпатии. С одной стороны это позиция полного погружения в мир чувств пациента, т.е. не просто знание эмоционального состояния человека, а именно переживание его чувств, сопереживание. Такую эмпатию называют аффективной, или эмоциональной. С другой стороны, есть более «отвлечённое» понимание переживаний пациента без значительного эмоционального вовлечения в них. В связи с этим различают следующие уровни эмпатии: сопереживание (когда человек испытывает эмоции, полностью идентичные наблюдаемым), сострадание (эмоциональный отклик, побуждение оказать помощь другому), симпатия (тёплое, доброжелательное отношение к другим людям).

Жалость и сочувствие же – одна из форм чувства дискомфорта, часто приобретающая вид снисходительного сострадания, т.е. сочувствия. «Большой, Вам плохо, очень плохо, вот Вам таблетка». Это разговор не равных людей. Жалеющий не предполагает усилий другого в поиске выхода и таким образом обесценивает его самость. Попытки выстроить гармоничные отношения на основе жалости всегда обречены на провал.

Эмпатия – это не жалость; эмпатия – это сострадание как участие в страдании. Оно предполагает отношения двух взрослых равных людей. «Я понимаю твои трудности, вижу твою боль и то, что ты ищешь выход из ситуации». Человек попал в трудную ситуацию, каждый может быть на его месте. Медик готов ему помочь, предоставить свой ресурс (компетентности, времени, готовности к коммуникации). Эмпатия построена на уважении к судьбе человека, а жалость – на унижении, точнее сказать, принижении другого. Жалея других, люди ставят себя выше, чувствуя своё превосходство. Жалость же выступает основой, на которой строится самооценка. Сочувствие помогает человеку самоутвердиться. «Я ему нужен, значит, я значим. Я – хороший врач». Сложнее проявлять эмпатию. Сочувствие лишь фиксирует неравенство. Согласившийся принять жалость не способен искать выход из ситуации, в которой оказался. Это ещё называется «выученной беспомощностью».

Однако надо обратить внимание на то, что границы эмпатии надо чувствовать, т.к. готовность к самопожертвованию, но при этом беспомощность в проявлении заботы о себе, может привести к выгоранию врача. Важно осознавать свои личностные границы, желания и потребности.

Жизненный опыт индивида может только усилить или ослабить эмпатию. Она зависит от доступности и богатства жизненного опыта, точности восприятия, умения настроиться, слушая собеседника, на одну эмоциональную волну с ним.

Различные тренинговые методы помогают повысить эмпатические способности (при условии их врождённого наличия), формируют умение более эффективно применять эмпатию в личном и профессиональном общении.

Возможны ложные применения эмпатии. Сюда относятся «эмпатическая слепота» (неосознаваемое неприятие тех чувств пациента, которых врач избегает в самом себе);