

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ВНЕДРЕНИЯ СТАНЦИИ ОСКЭ «СБОР ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА НА ПЕРВИЧНОМ АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА» В ВГМУ ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО

Логвинов Ю.И., Климаков А.В.

Чурсин А.А., Боев С.Н., Вислова О.П., Анохина Ю.М.

ГБОУ ВПО «Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж

Актуальность

В прошлых столетиях роль врача нередко сводилась к простому наблюдению за естественным течением болезни. Стиль взаимоотношений до недавних пор заключался в том, что пациент доверял врачу право принимать решения. Врач же, “исключительно в интересах больного” поступал так, как считал нужным. Казалось, такой подход повышает эффективность лечения: пациент избавлен от сомнений и неуверенности, а врач полностью берет на себя заботу о нем.

Но среди практических навыков, необходимых для оказания высококачественной медицинской помощи, отдельное место занимают навыки клинического общения. На всех этапах оказания помощи: при сборе анамнеза, разъяснении диагноза, даче рекомендаций, сообщении результатов обследований – происходит общение между врачом и пациентом. Оказалось, что личное, обращенное к пациенту общение необходимо. Кроме того, более высокий уровень медицины и растущая демократизация общества привели к смене удовлетворяющей общества модели медицины с патерлистской на партнерскую. В партнерской модели врач, уважая автономию пациента, выступает как консультант, предлагающий, а не предписывающий варианты вмешательств и согласовывающий их с пациентом.

В России, как и во многих странах, переход на партнерские отношения и возвращение внимания к личности пациента даются с трудом. Поэтому актуальность данной проблемы стоит очень остро. Как показывает практика, к сожалению, в нашей стране не сложилось единой культуры общения с пациентом, и фактически, студенты-медики не знают как «правильно» общаться с пациентом.

Цель

В связи с чем, одним из направлений масштабного реформирования системы подготовки кадров для отечественной системы здравоохранения, Департаментом образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России разрабатывается программа обеспечения и включения в процедуру первичной аккредитации станции по оценке коммуникативных навыков с перспективой ее внедрения во всех ВУЗах страны. На данном этапе при поддержке общественной организации РОСОМЕД, результатом работы является «пилотный» вариант станции по навыкам общения во время первичной аккредитации выпускников, обучавшихся по специальности «Лечебное дело».

Материалы и методы

В этом году Воронежский государственный медицинский университет принял участие в реализации «пилотного» проекта в рамках первичной аккредитации выпускников лечебного факультета. Существенно продвинуться в этом вопросе помогли специально организованные тренинги и мастер-классы на тему: «Оценка коммуникативных навыков при проведении процедуры ОСКЭ», прошедших на базе учебно-виртуального комплекса Первого МГМУ «MentorMedicus». Обучение по вопросам организации и реализации «пилотного» проекта, прошли сначала преподаватели, а затем

тыоторы учебной виртуальной клиники (УВК) нашего университета. Структура курсов включала множество интерактивных и групповых упражнений, позволявших не только предоставление новой информации ведущими, но и обмен опытом и мыслями между участниками, а так же покрывал принципы оценки навыков общения и включал упражнение с симуляцией различных экзаменационных сценариев станции, давших возможность участникам испытать на себе подобного рода экзамен, выступив в качестве или экзаменатора, или экзаменируемого. Благодаря полученному опыту, на новой «пилотной» станции тыоторы выступали в качестве стандартизированного пациента. Их задача заключалась не только в грамотном соблюдении всех требований сценария, обеспечении обратной связи процесса, а так же анализ результатов, который помог выявить основные пробелы процесса общения с пациентом будущих специалистов.

Результаты

Как выяснилось, у 60% всех выпускников прошедших «пилотную» станцию, главной проблемой препятствующей выявлению всего перечня симптомов, запланированных сценарием, а так же приводившей к формулировкам наиболее ошибочных гипотез возможных синдромов, стало отсутствие таких навыков общения как: обобщение, скрининг, использование открытых и закрытых вопросов. Частой ошибкой в процессе опроса было использование серии вопросов, которые не давали возможности выразиться пациенту, предложение своих вариантов ответов, конкретных версий диагнозов и недостаточное количество уточняющих вопросов по конкретным системам. Доктора забывали обращаться к пациенту по имени и отчеству, учитывать его мнение и не использовали прием фасилитации ответа. Еще один немало важный пункт, касающийся выявления исчерпывающего списка проблем пациента, позволяющего сформулировать верную диагностическую гипотезу и обеспечить удовлетворенность пациента беседой, в большинстве случаев остался без внимания аккредитуемых.

Но, не смотря на получение результаты, создалось впечатление, что у большинства будущих врачей присутствуют правильные установки, но не хватает знаний и профессиональных навыков общения. Связано это, прежде всего, с отсутствием в программе подготовки такого предмета, как «коммуникативные навыки». Студенты благожелательны к пациентам, но не умеют этого выражать, настроены на эффективный расспрос, но не умеют слушать, стремятся к наилучшему результату, но не умеют объяснять.

Выводы

Все это говорит о том, что учащимся медицинских ВУЗов проводимого курса этики и деонтологии не достаточно, он раскрывает лишь этические моменты, но не учит общению с пациентом. Решению данной проблемы поможет включение в учебную программу медицинских ВУЗов новых обучающих циклов по навыкам коммуникативного общения, внедрение новых симуляционных технологий, которые позволяют осуществлять ролевые игры с участием симуляционного пациента и анализа видео консультаций.

МЕТОДИКА «СИМУЛИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ»

Перепелица С.А.

ФГАОУ ВО Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград; НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского, Федерального научно-кли-

Актуальность

Лечение боли на современном этапе является одной из приоритетных задач здравоохранения, т.к. большинство заболеваний сопровождаются развитием, в первую очередь, острой боли. При этом разработаны новые подходы в лечении различных болевых синдромов. Особое внимание должно уделяться лечению всех видов боли, а в отделениях экстренной медицинской помощи - острой боли, однако порой обезболивание проводится не всегда эффективно. Хроническая боль является одной из наиболее распространенных причин, по которой пациенты обращаются за медицинской помощью. Хроническая боль является сложной проблемой, как для пациента, который живет с постоянной болью, так и для лечащего врача. Наркотические анальгетики, часто назначаемые для лечения хронической боли, могут вызывать привыкание, и увеличивают смертность от их передозировки. Существует множество безопасных рекомендаций по назначению опиоидов, но соблюдение этих рекомендаций остается низким.

Объем медицинских знаний, нужных для лечения пациентов при различных неотложных состояниях, продолжают увеличиваться. В связи с чем, необходимо обеспечить своевременное и эффективное обучение медицинских работников. Крайне необходимо изменение подходов к обучению, которые объясняют экспоненциальный рост медицинских знаний при одновременном приспособлении к динамичным и клиническим сложным условиям практики. Новые образовательные технологии (электронное и симуляционное обучение) могут улучшить знания медицинских специалистов в разделе лечения болевых синдромов.

Цель

Формирование у студентов медицинского института профессиональных клинических компетенций, обучение осознанному подходу к решению поставленных профессиональных задач.

Материалы и методы

Обучение в медицинском институте БФУ им. И. Каанта осуществляется на основании Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» (уровень специалитета), квалификация - «Врач - лечебник». В вариативную часть программы специалитета, введена учебная дисциплина по выбору «Лечение боли». Все занятия проводятся на базе симуляционного центра. Обучение осуществляется в 11 семестре, на дисциплину отводится 72 часа. В работе применялись образовательные технологии: классический лекционный курс, устный опрос обучающихся, с целью выявления уровня теоретической подготовки по изучаемой дисциплине, решение клинических задач с использованием методики «симулированный пациент».

Результаты

- Коммуникативные навыки (уметь показать сочувствие к пациенту, страдающему от различных видов боли; установить контакт с пациентом и его/ее семьей; установить контакт с медсестрами, социальными работниками, медицинскими психологами, врачом общей практики);
- Методику сбора анамнеза заболевания;
- Методику клинического осмотра пациентов различного возраста с острым или хроническим болевым синдромами;
- Методику интерпретации лабораторных и дополнительных методов исследования;
- Методику формулировки клинического диагноза и проведение дифференциальной диагностики;

• Методику оценки выраженности болевого синдрома с применением различных шкал;

• Методику назначения лечения при болевых синдромах (название препарата, доза и путь введения) с учетом индивидуальных особенностей пациента, клинической картины, наличия сопутствующих заболеваний, показаний и противопоказаний к назначению выбранных лекарственных средств;

• Расчет обезболивающих препаратов. Особенное внимание уделяется расчетам препаратов для пациентов с хроническим болевым синдромом и паллиативным больным.

• Умение вести медицинскую документацию..

Выводы

Методика «симулированный» пациент позволяет улучшить преподавание дисциплины «Лечение боли». Использование различных клинических сценариев болевого синдрома способствуют формированию клинического мышления, аналитическому подходу к решению профессиональных задач.

НАВЫКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИХ ТРЕНИНГОВ В ЦЕНТРЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

Белогубова С.Ю., Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Боттаев Н.А., Серкина А.В., Хохлов И.В., Холопцева Е.М., Балахонов А.А., Седова М.В., Гаряева А.Б., Стук И.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) УВК «Mentor Medicus», Москва

Актуальность

В настоящее время пациент-ориентированный подход - это вектор качественной медицинской помощи, основой которой является грамотное общение с пациентом. Существуют конкретные навыки коммуникации, техники, которым можно научить любого, и они имеют доказательную базу.

В большинстве развитых странах обучение навыкам общения включено в учебный план подготовки медицинских специалистов. К сожалению, в российских медицинских вузах тренинги по навыкам общения для студентов, а также медицинских работников проводятся только по личной инициативе и на добровольной основе. Подавляющее большинство студентов и медицинских работников не осведомлены об их существовании.

Цель

Определить потребность в навыках общения медицинских работников, в том числе студентов медицинского вуза, а также выяснить, как изменилось представление медицинских работников и студентов-медиков к проблеме коммуникативной компетентности после тренингов по этой теме.

Материалы и методы

С мая 2017 года по июль 2018 года в Центре Непрерывного Профессионального Образования Сеченовского Университета было проведено 39 тренингов по навыкам профессионального общения, и 35 оценочных процедур для студентов, практикующих медицинских сестер, а также для практикующих врачей в рамках экзамена на статус «Московский врач». В общей сложности число участников составило 764 человека. Опрос проводился как среди участников этих мероприятий, так и других лиц. Было собрано 380 ответов. Всего 371 анкета была подвергнута обработке, и 9 анкет не были приняты к анализу. Полученная выборка распределилась следующим образом: 71 респондент проходил тренинг по навыкам профессиональной коммуникации, 176 не знакомы с данной темой, а остальные 124 человека были

только участниками контролирующих мероприятий.

Использовалась анкета из 9 вопросов закрытого типа, в т.ч. с вариантами ответа "другое", и 3 вопросов открытого, с отдельным ветвлением для прошедших обучение. Анкета распространялась через сервис google-форма, анализ результатов проводился с помощью сервиса Microsoft Excel.

Результаты

По результатам исследования из 371 респондента, проходивших опрос, 52% (195/371 чел.) являлись студентами, 26% (95/371 чел.) врачами, 13%, 7% и 2% - клиническими ординаторами, медицинскими сестрами и преподавателями, соответственно.

При ответе на вопрос о фразе, с которой опрошенные обычно готовы начинать консультацию, 49% (182/371 чел.) участников выбрали вопрос "Что Вас беспокоит?", 24% (90/371 чел.) респондентов выбрали похожий вопрос "Какие у Вас жалобы?". Вариант открытого вопроса "С чем Вы пришли?" или "По какому поводу обратились?" выбрали только 20% (74/371 чел.) респондентов, этот ответ был выбран 100% опрошенных, бывших на тренинге.

При ответе на вопрос о некорректной просьбе со стороны пациентов (например, просьбе поделиться номером личного мобильного телефона врача), чаще всего выбирался ответ отказать с пояснением "не положено и всё" (74%; 274/371). Позвонить врачу, чтобы спросить его разрешения, предлагают 20% (76/371 чел.) респондентов, 2 из 371 человека согласились дать номер, а 3 из 371 посоветовали обратиться лично. И только 2% (7/371 чел.) опрошенных выбрали вариант с встречным вопросом пациенту, уточняющим причину данной просьбы.

При вопросе о перебивании 11% респондентов затруднились ответить, 43% (160/371 чел.) считают, что пациентов перебивать можно, 38% (143/371 чел.) имеют противоположное мнение, и только 8% опрошенных (28/371 чел.) оказались знакомы с навыком "правильного перебивания", когда можно аккуратно направлять речь пациента в нужную тему, явно не перебивая, а наоборот демонстрируя активное слушание.

Также, более половины опрошенных (59%; 217/371 чел.) согласились, что проявление сочувствия является неотъемлемой частью работы с пациентом, в то же время, 27% участников считают, что чувствам не стоит уделять так много внимания.

При ответе об ожиданиях от тренинга больше половины опрошенных (57%; 210/371 чел.) утверждают, что им было бы интересно приобретение "грамотных манипулятивных приемов в общении с пациентами", а также "навыков, как успокаивать конфликтных пациентов". Были учтены ответы респондентов, прошедших тренинги, которые свидетельствуют об изменении этих ожиданий. Большинство отметили, что навыки оказались легкими и нужна лишь тренировка (61,5%; 48/71 чел.), 19,2% курсантов (15/71 чел.) были удивлены, так как ожидали меньшего от тренинга, 16,7% (13/71 чел.) в обратной связи указали, что информация, данная на тренинге, была и так известна. И вместе с тем, 3,8% (3/71 чел.) курсантов выразили несогласие с полученной на тренинге информацией.

Обсуждение

При обработке результатов опроса удалось определить основные заблуждения и мифы в сфере профессионального общения: неизбежность перебивания пациента, ненужность открытых вопросов и выявление проблем пациента, а также необходимость использовать директивный, осуждающий тон. Результаты проведенных тренингов и опроса подтверждают неумение большинства участников проявлять эмпатию. Вместе с тем, изучая потребность в обучении навыкам общения,

были выявлены неверные ожидания от самого тренинга (любопытство, подготовка к экзамену, желание научиться манипулировать пациентами).

При этом большинство опрошенных, прошедших тренинг, находят его полезным не только для сдачи экзамена, а в целом для улучшения профессиональных навыков и повышения своей коммуникативной компетентности. Также, они отмечают, что наиболее ценным для них стало понимание, что использование достаточно простых навыков позволит избегать конфликтных ситуаций вместо манипулирования пациентом и его успокаивания.

Выводы

Тренинги по профессиональной коммуникации нужны, т.к. медицинскому персоналу необходимо увеличить количество приобретенных навыков общения и уменьшить частоту ошибок, порождаемых мифами.

К сожалению, медицинские работники имеют неверное представление о содержании и целях таких тренингов. Несоответствие представлений людей о тренинге препятствует увеличению количества обученных и компетентных специалистов, а также развитию этого направления в отечественной медицине.

ОЖИДАНИЯ УЧАСТНИКОВ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ОТ СТАНЦИИ «СБОР ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА НА ПЕРВИЧНОМ АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ ВРАЧА» В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ

Васильева Е.Ю., Томилова М.И.

Учреждение: Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность

Реализация пилотного проекта в вузе всегда сопряжена с определенными трудностями, как организационного, так и психологического характера. Необходимо заинтересовать участников проекта, изучить их ожидания и обучить. Введение в качестве эксперимента станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном амбулаторном приеме врача» в период проведения первичной аккредитации определенно есть дополнительная нагрузка на выпускников медицинского вуза, к которой готов не каждый. Поэтому на первом этапе реализации пилотного проекта для выпускников лечебного факультета СГМУ были проведены следующие мероприятия: беседа со всеми потенциальными аккредитуемыми (176 чел.), которая носила разъяснительно-мотивационный характер. После данной беседы согласились участвовать в проекте и прошли обучение – 27 человек (15,3%). Им были прочитана лекция (4 часа) на тему «Коммуникативные навыки врача» и проведены групповые и индивидуальные консультации в центре аккредитации и симуляционного образования (2 шт.). В этот же период изучались ожидания участников от участия в проекте.

Цель

Изучение ожиданий участников пилотного проекта до и после работы на станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном амбулаторном приеме врача».

Материалы и методы

Пилотный проект по оценке навыков общения был реализован на базе центра аккредитации и симуляционных образовательных технологий Северного государственного медицинского университета 5 июля 2018 года. Исследование поперечное одномоментное, в электронную базу данных вносили сведения об ожиданиях выпускников лечебного факультета от участия в пилотном проекте до и после его реализации.

В пилотном проекте приняли участие 19 человек. Большинство составили женщины (73,7% и 26,3% соответственно). Для сбора данных использовалась анкета,

включавшая в себя на первом этапе вопрос «Что вы ожидаете от участия в проекте?», а на втором – «Получили ли вы удовлетворение от участия в проекте?» и «Совпадли ли ваши ожидания с полученным результатом? Для анализа данных использовался качественно-количественный контент анализ.

Результаты

При изучении структуры мотивов участия выпускников в проекте на основе контент-анализа их ответов на вопрос «Почему вы согласились участвовать в проекте?» установлено, что главным мотивом для 16% из них является «интерес»: «стало интересно, что представляет собой проект», «интересно, люблю в новом участовать», «интерес», «любопытство» и т.п.

Для большинства выпускников ведущим мотивом участия в pilotном проекте стала возможность получить новые знания и опыт общения с пациентом, который может пригодиться в дальнейшей врачебной деятельности: «полезный опыт, пригодится для дальнейшей работы», «это поможет в будущей работе и взаимодействию с пациентами», «т.к. с сентября буду работать участковым терапевтом, получить новые знания» (80%). Для 7% респондентов мотивом участия в проекте оказалось получение оценки своих коммуникативных навыков для последующей коррекции. Только один ответ отражает влияние внешнего фактора: «уговорили».

Ожидания выпускников от участия в pilotном проекте связаны с приобретением новых знаний в области коммуникации в процессе сбора жалоб и анамнеза на первичном приеме врача: «хочу получить знания по коммуникации с пациентом», «получение информации о психологической составляющей работы врача» и др. (24%), а также с возможностью получить опыт или возможность усовершенствовать свои навыки общения с пациентом для дальнейшей практики: «понимание новых аспектов общения с пациентом, особенно на участке. Узнавание моментов, которые помогут избежать необоснованных жалоб от пациентов, улучшить качество будущей работы», «узнать что-то новое, закрепить уже имеющиеся знания о сборе жалоб и анамнеза. Какие-то моменты разобрать более детально. Узнать тонкости» (60%). Часть респондентов связали ожидания от участия в проекте с обучением и диагностикой сильных и слабых сторон собственной коммуникативной деятельности: «Научиться выстраивать доверительные отношения врач-пациент», «научиться избегать или выходить из конфликтных ситуаций», «развить навыки общения с пациентом и умение правильно собрать анамнез», «выявить свои недостатки в общении с пациентом, устраниТЬ их» (12%).

Результаты анализа ответов аккредитуемых после работы на станции показали, что 94,7% удовлетворены участием в проекте. У 60% полученные результаты совпадали с ожиданиями: «проверил свою компетенцию», «получил новый опыт», «обозначилась проблема, с которой нужно будет работать».

Обсуждение

Изучение мотивов и субъективных ожиданий участников проекта до и после её проведения даёт возможность предположить, что они испытывают определенный дефицит знаний в области взаимодействия врача и пациента, не в полной мере уверены в том, что имеющийся опыт коммуникации является достаточным для эффективного общения с пациентами. Всё это позволяет организаторам pilotной станции оптимально выстроить подготовительную работу, скорректировать содержание контактной работы с аккредитуемыми, сделать выводы, направленные на дальнейшее совершенствование формирования коммуникативных навыков будущих врачей на всех этапах обучения в медицинском вузе.

Выводы

Ранжирование мотивов участия обучающихся в

pilotном проекте показало, что ведущими мотивами участия является возможность получить новые знания и опыт, а также оценка своих коммуникативных навыков для последующей коррекции, интерес к проекту.

Все ожидания от участия в проекте в основном связаны с приобретением новых знаний и опыта в области коммуникации в процессе сбора жалоб и анамнеза на первичном приеме врача. Удовлетворенность участием в эксперименте очень высокая (94,7%), а степень совпадения ожиданий до и после проекта – удовлетворительная (60%). Для повышения данного показателя аккредитуемые предлагают больше внимания на практических занятиях уделять правильному общению с пациентом, проигрывать ситуации «врач-пациент», готовить будущего врача к общению с пациентом с 1 курса обучения в медицинском вузе.

ИНТЕГРАЦИЯ НАВЫКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ В ПРОГРАММУ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Беришили М.В., Серкина А.В., Агеев М.Б.,
Шубина Л.Б., Беришили Т.З., Красильщиков И.М.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ
(Сеченовский Университет), Москва

Актуальность

Навыки профессионального общения позволяют врачу более эффективно справляться с задачами повседневной врачебной практики. Мировой опыт обучения студентов медицинских университетов этим навыкам показывает, что для того, чтобы студентам было проще в дальнейшем перенести навыки из учебной аудитории в практику, обучение навыком общения должно быть интегрировано с обучением клиническим дисциплинам. Это позволяет формировать у студентов целостное видение деятельности врача, где коммуникация с пациентом тесно сплетена с использованием всех остальных клинических навыков.

Цель

Сформировать у студентов целостное видение деятельности врача, где коммуникация с пациентом тесно сплетена с использованием всех остальных клинических навыков.

Материалы и методы

Начиная с 2015-2016 учебного года кафедра акушерства и гинекологии №1 Сеченовского Университета совместно с центром непрерывного профессионального образования Сеченовского Университета на протяжении 3 лет проводят интегрирование навыков общения (сбор анамнеза; обсуждение результатов обследования и их разъяснение; конфликтный пациент; внебольничные роды) в ходе изучения тем по учебному плану курса акушерства на 4 курсе лечебного факультета. Ежегодно данные учебные модули проводятся с 16 группами в общей сложности охвачено 300 студентов. Несколько студенческими группами в 2018 учебном году были продемонстрированы фильмы, как мультимедийный материал в помощь восприятия коммуникативных навыков, где были представлены симулированные пациенты и сценарий, соответствующий теме настоящего занятия по акушерству. Темы под навыки общения специально создавались преподавателями в виде клинических задач и после прохождения навыков общения студенты продолжали, не прерываясь, решать клинические задачи по заданной теме. Занятие строится на основе разбора учебных видео, на которых показаны разные варианты ведения консультации врачом в следующих ситуациях, например: 1. Сообщение пациентке об обнаруженной патологии плода 2. Обсуждение с пациенткой вариантов дальнейших действий. Для каждой из ситуаций внима-

нию студентов предлагаются учебные видео, на которых продемонстрированы разные варианты ведения врачом консультации – таким образом, у студентов есть возможность сравнить разные тактики ведения консультации, их влияние на состояние пациента и общий результат консультации. Важно, что во время работы с видео студенты учатся замечать и тщательно анализировать все, что происходит в общении врача и пациента.

Результаты

На занятиях рассматриваются коммуникативные задачи, стоящие перед врачом и навыки (конкретные коммуникативные действия), через использование которых эти задачи могут быть решены. Ключевая задача занятия – формирование у студентов установки на совместное с пациенткой принятие решения, например, о прерывании или сохранении беременности. Преподаватель знакомит студентов с результатами исследований, с интервью с пациентками, оказавшимися перед подобным выбором, помогая, таким образом, увидеть ситуацию глазами пациентки, понять, что в такой ситуации нет однозначно правильного с клинической точки зрения решения и выбор, в конечном итоге, остается за женщиной. После этого разбирались алгоритмы действий, которые возможно интегрировать в любое занятие. Совместно с тренерами по навыкам общения, обучение студентов правильному поведению в той или иной ситуации, проводилось на повторе сценария с указанием допущенным ошибок.

Обсуждение

Данные занятия по навыкам общения с пациентами вызывают живой отклик у студентов, поскольку отвечают их собственным образовательным потребностям: студенты признаются, что необходимость общения с пациентками в сложных ситуациях вызывает у них тревогу, без специального обучения навыкам профессиональной коммуникации они не чувствуют себя достаточно компетентными. Мы получили обратную связь от студентов. Подобные формы проведения занятий очень приветствуются обучающимися. На примере студентов – выпускников 6 курса, во время прохождения итоговой аттестации, им было легче справляться с заданиями по навыкам общения, после прохождения обучения на 4 курсе. Эти навыки закрепляются у них и об этом свидетельствует мировой опыт.

Выводы

Максимальное погружение студентов, при подобной модели обучения, в наиболее реалистичные ситуации врачебного приёма позволяет изучить детали и выявить сложные моменты в работе с пациенткой, с которыми они могут столкнуться. Современное, уважительное, пациенториентированное и партнерское взаимодействие с пациентом – это то, к чему стремится медицинский работник в сегодняшних реалиях. И это не простая задача даже для врача – профессионала. Изучение навыков коммуникации в любой клинической дисциплине помогут начинающему доктору чувствовать себя уверено при общении с пациентом.

ИЗУЧЕНИЕ НАВЫКОВ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ «СБОР ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА НА ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА-УЧАСТКОВОГО» Галиахметова Н.П. 1, Данилова К.А. 1, Мухаметова А.И. 1,2

1) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ 2) БУЗ МЗ УР «Первая РКБ», Ижевск

Актуальность

Одной из задач современных реформ в системе здравоохранения является замена патерналистской модели взаимодействия медицинского персонала с пациентом на партнерскую. Так, по мнению Р.Витча,

патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние. В партнерской же модели реализуется принцип равноправия, что предоставляет пациенту право на свободу выбора. Реализация такого перехода возможна путем обучения студентов медицинских вузов навыкам пациенториентированного общения. В 2018 году изъявили желание пройти первичную аккредитацию по специальности «лечебное дело» в ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» 291 выпускник. Методический центр аккредитации предложил для прохождения аккредитуемым пилотную станцию «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача терапевта-участкового».

Цель

Оценить уровень сформированности коммуникативных компетенций у аккредитуемых.

Материалы и методы

В пилотном проекте приняли участие 30 выпускников лечебного факультета. Аккредитуемые ранее не проходили специальных обучающих тренингов и семинаров по тестируемой теме. Предварительно им была доступна информация исключительно из содержания паспорта соответствующей станции. Рабочая зона станции была оборудована и приближена к реальной обстановке кабинета участкового врача-терапевта согласно установленным требованиям и методическим рекомендациям. В качестве симулированных пациентов выступили сотрудники ИГМА из числа профессорско-преподавательского состава, успешно прошедшую специальную обучающую подготовку по коммуникативным навыкам в Центре непрерывного профессионального образования г. Москва, имеющие доступ к конфиденциально установленному сценарию станции.

Для оценки коммуникативных навыков были использованы соответствующие показатели в чек-листиках станции, а также переработанная нами «Карта наблюдений и оценки развития коммуникативных навыков», имеющая 10-балльную шкалу.

Результаты

На стадии установления контакта, аккредитуемые успешно справились с самопрезентацией, позаботились о комфорте пациента, идентифицировали личность пациента. Но ряд выпускников (27,1 %) не получили предварительного согласия на расспрос. Переход к стадии расспроса, доверительному диалогу врача и пациента, наиболее важен как в сборе анамнеза, постановке диагноза, так и в формировании удовлетворенности пациента общением с врачом. Большинство аккредитуемых (77,3 %) начали диалог с использованием открытых фраз, лишь (23,4 %) задавали закрытые вопросы. Визит к врачу не всегда обусловлен жалобами пациента, возможна консультация, проведение диспансеризации и другие вопросы. При этом в начале расспроса (в 97,1 % случаев) задан традиционный вопрос о наличии жалоб. На стадии выстраивания отношений в процессе общения наиболее сложной позицией для аккредитуемых явилось комментирование и оценивание поведения пациента (47,0 %). 30,6 % аккредитуемых не продемонстрировали исчерпывающий список проблем пациента как итог завершения коммуникации, что затрудняет формулирование верной диагностической гипотезы.

Обсуждение

При обработке «Карты наблюдений и оценки развития коммуникативных навыков» нами выявлено: наличие достаточно широко распространенных ошибок общения «врача» с «пациентом», при этом субъективная оценка аккредитуемыми своих коммуникативных компетенций оказалась на высоком уровне. Высоко были оценены такие компетенции, как знание норм и правил профессионального общения (8,4 балла), знание

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 КОММУНИКАТИВНЫМ 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 современно-го молодежного социума: pragматичность 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, развитие 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. Основополагающие понятия, такие как честь, совесть, профессионализм врача, со-страдание 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 «срп». 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 «срп» 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 «срп». 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» являются уникальной возможностью для индивидуального и высокоеффективного 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., Головко 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, что врач будет давать возможность пациенту высказаться, не перебивая его. Большинство участников исследования 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, придерживаться 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 СПЕЦИ- АЛИСТА - 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 компетентности не всегда достаточно только информации о правилах взаимодействия, необходимо осознанная практика. Тем не менее оценить наличие таких навыков можно у любого специалиста системы здравоохранения в реальных условиях его взаимодействия с пациентом либо в симулированных условиях с использованием специально подготовленных симулированных 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 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 вузов (основание: письмо Минздрава РФ 16-5-15/69 от 28.03.18). Организованы 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.

Стандартизованные пациенты, выбранные вузами, прошли очно-заочное обучение на базах Сеченовского и Уральского медицинских 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 симптоматике 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-листе и оценкой в позитивных баллах впечатления стандартизованного пациента

(Спирмен: $r=-0,46 \dots -0,27$).

Вывод: чем выше 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-листе 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.

Выходы

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:

- методологически выверенные и согласованные с профессиональным и образовательным стандартами клинические кейсы с презентативной, однозначно трактуемой экспертами системой чек-листа;
- специально подготовленные, валидные предметы оценки стандартизованные пациенты;
- прошедшие тематическое обучение экзаменаторы-эксперты.

ВЫВОД Результаты pilotирования станции представляют статистические убедительные основания, что данная станция может быть включена в процедуры аттестации медицинских работников.

Впечатления от первого опыта «стандартизированного пациента» на станции ОСКЭ «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме».

Потемина Т.Е., Горох О.В., Шония М.Л., Дубровина О.О., Павелко А.Н.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, Нижний Новгород

Актуальность

В 2018 департаментом медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении было предложено Образовательным Организациям принять участие в试点ном проекте станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме» при проведении первичной аккредитации специалистов на этапе ОСКЭ. Руководством Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) было принято решение об участии в данном试点ном проекте.

Материалы и методы

Весной 2018г., на базе Методического центра аккредитации учебно-виртуального комплекса «Mentor Medicus» Сеченовского университета были организованы семинары на тему «Стандартизованный пациент для оценки коммуникативных навыков ОСКЭ – 2018». Обучение в рамках данного семинара прошли два представителя ПИМУ (студентка 5 курса лечебного факультета и ординатор 2-го года обучения). По окончании тренинга были подготовлены актеры на роль «Стандартизированного пациента».

Результаты

По возвращению в Нижний Новгород, актеры играли сценарий под контролем тренера коммуникативных навыков. Во время репетиций试点ной станции, первоначально, от актеров не требовалось отображения «обратной связи», так как знание сценария демонстрировалось на хорошем уровне. Однако, мы сталкивались с недопониманием актерами некоторых эмоциональных окрасок персонажа, когда перед «стандартизованным пациентом» появлялся новый образ врача. Это приводило к тому, что актеры поддавались «привокациям». К примеру: врач энергично проходил мимо пациента, вопросительным взглядом окидывал его, затем переводил свой взгляд на свободный стул и обратно на пациента. Данное действие воспринималось актером, как необходимость самому без приглашения последовать за врачом и присесть на стул, что по сценарию категорически запрещается. Применив навык «обратной связи» актеры рассказывали, что после такого волевого поведения врача, персонаж «стандартизированного пациента», доверяющий медицине и врачам, должен последовать за ним.

В ходе первичной аккредитации试点ная станция была развернута в течение 3х рабочих дней, и по случайной выборке аккредитуемым выпадала возможность продемонстрировать свои коммуникативные навыки. Всего станцию прошли 37 кандидатов (10% от общего количества окончивших лечебный факультет). Оба актера участвовали в работе станции ежедневно.

Основываясь на опыте тренировочных дней, нами было принято решение о смене актерами друг друга после каждого 3-го испытуемого кандидата. Оценка навыков коммуникации осуществлялась экспертом по чек-листву паспорта станции. Однако, и сами стандартизованные пациенты принимали участие в оценке определенных навыков обеспечивающих удовлетворённость пациента беседой, что в определенной мере являлось обратной связью. Стандартизованный пациент не был удовлетворён беседой с врачом в 13 из 37 случаев (3,5%).

Во время работы на станции у актеров возникли затруднения с соблюдением сценария, а именно, отвечая на вопросы с чем пациент связывает снижение аппетита, не давали размышлений самого персонажа. Это объяснялось тем, что жалоба на снижение аппетита не являлась основной, а вопрос был конкретизирован, забывая при этом, что персонаж ранее предполагал наличие связи с определенными обстоятельствами. Так же допускались ошибки в ответ на демонстрацию навыка «выдергивание паузы» врачом. Стандартизованный пациент не «вознаграждал» врача, ожидая продолжения активного опроса. Данная ошибка, объяснялась тем, что актеры во время паузы ожидали дополнительного зрительного контакта от врача, но не получив этого продолжали молчать.

Так же, необходимо отметить, что в ходе самой аккредитации, отмечалась эмоциональная усталость актеров ближе к концу рабочего дня, не смотря на, возможность менять друг друга по мере необходимости. Нарастала неудовлетворенность беседой с врачом и увеличивалась эмоциональная реакция, если навыки не применялись, наблюдалось зеркальное отображение эмоций врача (демонстрация безразличия, напряженности), что приводило к отклонениям от сценария и наибольше было выражено в последний день работы试点ной станции.

Однако, было и много продемонстрировано черт персонажа, в ситуациях не предусмотренных сценарием. При ускорении врачом темпов беседы демонстрировалась усталость пациента, утяжеление дыхания при быстром разговоре, что являлось сигнализацией врачу о состоянии пациента. В ходе игры актеры дополняли образ стандартизированного пациента и сам сценарий деталями. Так на вопрос о болезнях родственников, спрашивалось не о родителях, а о бабушках и дедушках, в ответ последовала информация о гибели последних во время войны и в голодные послевоенные годы. После описания жалоб по сценарию при ответе на закрытые вопросы, уточняющие основные жалобы, ответы давались соответственно основной легенде.

Выводы

При подготовке к роли «стандартизированного пациента» для оценки коммуникативных навыков на базе методического центра аккредитации актерами был приобретен высокий первоначальный уровень владения сценарием и навыкам коммуникации. Однако, однодневный курс оказался насыщен большим количеством новой информации, необходимостью быстро адаптироваться к впервые исполняемой роли «стандартизированного пациента», что привело к искажению некоторых деталей сценария.

В ходе тренировок могут возникнуть затруднения в сохранении эмоциональной составляющей персонажа «стандартизированного пациента» описанного в сценарии, если не давать полноценную обратную связь.

Имея небольшой опыт игры «стандартизированного пациента» и непривычный поток «врачей» возникают трудности в сохранении примененного актером образа в целом.

РАЗВИТИЕ «МЯГКИХ» НАВЫКОВ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

Черныш А.А., Маликов А.Я., Топанова А.А., Пармон Е.В.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Перед современными врачами стоит задача не только быть хорошими специалистами в своей области, но и владеть навыками напрямую не связанными с их профессией, однако крайне необходимыми в повседневной жизни. К таким навыкам относятся лидерство, управление коллективом, распределение времени, работа над собственной эффективностью, правильное взаимодействие в социальных ролях, таких как начальник – подчиненный. Молодые ученые и молодые специалисты, делая свои первые шаги в профессиональной среде, испытывают проблемы в этой сфере.

Конечно, в современное время мы не имеем недостатка в источниках информации. Ежегодно на русском языке выходят сотни книг по менеджменту и саморазвитию, тысячи статей в интернете, зачастую самого разного качества и ценности. Не профессионал в большинстве случаев не способен систематизировать и применить в практике работающие технологии управления, как собой, так и другими. Профессиональной подготовке технологиям саморазвития нет ни в школе, ни в медицинских ВУЗах.

Цель

Помочь молодым врачам в систематизации знаний в области базового менеджмента и самоуправления, задать вектор саморазвития в этом направлении и заложить основу, на которую в будущем можно было бы наслаждаться информацией, грамотно ее систематизируя.

Материалы и методы

Целевая аудитория – молодые врачи Центра Алмазова. Мы использовали базовые педагогические методы, такие как наблюдение, изучение опыта, педагогический эксперимент и методы изучения коллективных явлений.

Перед проведением программы обучения и после ее завершения было проведено анонимное анкетирование, направленное на выявление потребностей и удовлетворенность полученными знаниями. Использовалась авторская анкета полузакрытого типа.

Программа обучения была выстроена на базе книг по базовому менеджменту и саморазвитию. В основе труды В.К. Тарасова, А.С. Фридмана, Ч. Духигга, К. Макгонигал. Ситуационные задачи авторские.

Результаты

В вводном анкетировании приняли участие 20 человек. Основное внимание на себя обращали следующие пункты: 60% называли планирование «жизненно важным», 75% отмечали своим приоритетом проработку силы воли, 65% говорили о том, что «жизненно важно» проработать управление привычками, регламентация в 70% случаев была важна исключительно для работы, половина опрошенных отмечала делегирование и координацию также «жизненно важными», контроль больше половины опрошенных считали важным для работы, 50% оценивали мотивацию крайней высокой, а такие пункты как лидерство и борьба набрали более 70% сторонников. В графе «актуальные задачи со свободным ответом» получены следующие данные: задавать вопросы, уметь генерировать и воплощать идеи, убедительно выступать перед большой аудиторией, уметь действовать, коммуникация, лидерство, уметь брать ответственность, расставлять приоритеты и планировать.

В первый день тренинга был дан исключительно лекционный материал по основам менеджмента и саморазвития. Были расшифрованы такие понятия как лидерство, сила воли, привычка, разобраны виды взаимодействия внутри коллектива, задачи руководителя и

подчиненного, отличия лидера от руководителя. Во второй день обсуждались вопросы рационального распределения времени, делегирования, умения выстраивать приоритеты в текущих делах. Навыки были отработаны в командах на примерах из ситуационных задач.

На тренинге присутствовало 20 человек. 95% составили клинические ординаторы по разным специальностям, 5% молодые ученые, аспиранты. Все присутствующие были вовлечены в активную работу во время тренинга. Для решения ситуационных задач формировались команды, которые изменялись на каждом новом задании, что позволяло участникам разнообразить технологии коммуникации и адаптации к новым коллективам.

В качестве обратной связи было принято решение предложить слушателям сформировать анонимную анкету с заполнением фиксированных разделов: общее впечатление, польза, информационное наполнение, желания.

100% участников сочли тренинг полезным. 30% сочли, что тренинг нужно расширить более чем на 2 дня. 60% нашли тренинг интересным, познавательным. 20% написали, что тренинг превзошел их ожидания. 30% отметили, что используют полученные знания в повседневной жизни, а 40%, что тренинг помог структурировать свое время и научиться выставлять приоритеты. 70% опрошенных хотели бы увеличить количество ситуационных задач и добавить такую форму обучения в первый день. 70% опрошенных сказали, что хотели бы, чтобы тренинг имел продолжение с более подробным разбором отдельных тем.

Обсуждение

Полученные отзывы, а также количество запросов на участие, как повторное, так и первичное, заинтересованность от представителей разных уровней, говорит о том, что поднятая нами тематика актуальна и нужна. Мы планируем проведение данного тренинга на постоянной основе.

К непрогнозируемым результатам курса стоит отнести отклик и просьбу проведения подобного тренинга от профессорско-преподавательского состава Центра Алмазова, которые узнали о тренинге от своих младших коллег и учеников.

Безусловно, в плане дальнейшего развития, стоит отдаленное анкетирование с целью оценки реализации полученной информации в повседневной практике.