

## КОМУНІКАЦІЯ, ЯК СКЛАДОВА КОМПЕТЕНЦІЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Єременчук І.В.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Девід Габа (2004), професор Стенфордського університету, запропонував докладне визначення терміну, згідно з яким симуляція — це «техніка (а не технологія), яка дає змогу замінити або збагатити практичний досвід студента за допомогою штучно створеної ситуації, та відображає і відтворює ситуацію, що має місце в реальному світі». Девід Габа також доводив необхідність планування в організації освітнього процесу, він акцентував увагу на тому, що симуляція має стосунок насамперед до навчання, а не до технології, що лежить в основі симуляції [3].

Симуляційне навчання відіграє провідну роль, але водночас побудова заняття має базуватися, насамперед, на навчанні, а не виходити лише з можливостей, наявних у центрі манекенів та тренажерів. Із введенням у навчальний процес нових освітніх стандартів, зокрема й у Буковинському державному медичному університеті, змінюються також підходи до навчання.

Компетенція — інтегральна характеристика студента, тобто, динамічна сукупність знань, умінь та навичок, здібностей та особистісних якостей, які студент зобов'язаний продемонструвати після завершення частини або всієї освітньої програми. Для успішного проведення практичного заняття (тренінгу) потрібна готовність студентів до виконання мануальних дій. Основою, на якій будується тренінг — є знання, тому їх треба проводити після засвоєння теоретичного матеріалу на лекціях, семінарах, круглих столах та подальшої оцінювання рівня набутих знань (опитування, тестування). У традиційному розумінні симуляційний тренінг являє собою практичне заняття з використанням симуляційних технологій, що включає поглиблене вивчення теоретичного матеріалу на попередньому етапі і виконання прикладних практичних завдань із наступним зворотнім зв'язком, наприклад, розбором результатів заняття самими студентами спільно з викладачем на дебрифінгу.

Комунікативні навички, спілкування майбутнього лікаря з пацієнтом, їхня взаємна комунікація є важливою складовою симуляційного навчання. Для відпрацювання навичок спілкування, заснованих на принципах деонтології, вмілого розпитування пацієнта, комунікації з хворим та їхніми родичами в стані стресу, отруєння, наркотичного чи алкогольного сп'яніння використовуються стандартизовані пацієнти (СП). Під цим терміном мається на увазі людина (актор), навчений відтворити реального пацієнта в заданому

патологічному стані. СП здатний давати «правильні» (стандартні) відповіді, імітувати поведінку, симулювати хворобу [2].

Комунікативні навички — навички ефективного спілкування. Зазвичай до цього поняття належать легкість встановлення контакту, вміння підтримати розмову, здатність домовлятися. Ефективна комунікація з пацієнтом дає змогу більш точно зібрати скарги, анамнез, підвищує результативність діагностики захворювання, що в подальшому дасть можливість правильно призначити лікування [1, 2]. Вміння спілкуватися — це не просто особливість особистості, це набір компетенцій, яких студент набуває в процесі навчання та вдосконалює в подальшій симуляційній практиці.

На сьогодні в зарубіжній та вітчизняній літературі є велика кількість публікацій, присвячених процесу взаємодії з пацієнтом і тому, як цей процес та його різні компоненти впливають на результат надання медичної допомоги [3]. Згідно зі статистичними дослідженнями 71 % звернень пацієнтів до суду через труднощі в спілкуванні з лікарем. У 29 % випадків позивачі вказували на нехтування їхньою думкою або думкою їхніх родичів, в 13 % те, що лікар не взяв до уваги плани хворого чи його сім'ї [5, 12]. У 83 % випадків погана якість взаємостосунків лікар-пацієнт негативно позначилося на стані здоров'я пацієнтів [3].

Комунікація, як компетенція має бути відточена до деталей. Студенту необхідно навчитися самопрезентації, з використанням вербальної, невербальної комунікації, зорового контакту, уміння слухати, що допомагає пацієнту оцінити роль лікаря. Для здійснення уважного слухання студенту необхідно використати навичку часу очікування (пауз), даючи пацієнту час думати та активно говорити. Не менше значення має навичка фасилітації (підбадьорюючий відгук), на початковому етапі достатнє застосування таких фраз, як «продовжуйте», «так, я вас зрозумів(а)», «так, я слухаю», «як часто...?» тощо. Пропоновані фрази є для пацієнта сигналом для продовження його розповіді і викликають відчуття зацікавленості з боку лікаря в проблемі.

Скринінг — це процес усвідомленого з'ясування, чи все виявив лікар під час розмови з пацієнтом, у вигляді додаткових питань. Наприклад: «Отже, у вас останнім часом болить голова й запаморочення. А що ще вас турбує? Такий підхід спільного узагальнення дає можливість лікареві з'ясувати всі причини звернення за медичною допомогою та підвищити рівень довіри та відкритості в пацієнта. Це дозволить надалі встановити високу комплаєнтність лікар-пацієнт [3]. Варто усвідомити, що кожна консультація індивідуальна, оскільки немає двох однакових пацієнтів. Якщо

навіть пацієнти мають однакове захворювання, їх емоції, потреби, тривоги щодо захворювання будуть відрізнятися, крім того, вони можуть спочатку мати різний інтелектуальний рівень, що в сукупності призводить до різних очікувань від консультації.

Отже, важливим, але складним завданням для студента стає визначення, обсяг та характер інформації, яку потрібно отримати в конкретній ситуації від пацієнта. Для реалізації цього завдання студенту допомагає комунікативна навичка дозування. Навичка дозування полягає в наданні пацієнту інформації невеликими порціями, роблячи паузи та перевіряючи розуміння отриманої перед тим, як продовжити бесіду. Оцінюючи реакцію пацієнта студент визначає, яка інформація буде потрібна далі. Навичка дозування допомагає студенту визначитися з обсягом та характером необхідної інформації для пацієнта, а пацієнту — точно запам'ятати інформацію для досягнення повного порозуміння з майбутнім лікарем [1–3].

Наступною навичкою є залучення пацієнта до процесу прийняття рішень у питаннях діагностики та лікування. Згідно з дослідженням 24,4 % лікарів вважають, що при оптимальному спілкуванні з пацієнтом тільки лікар повинен приймати рішення за пацієнта та давати йому прямі однозначні вказівки; 10,1 % лікарів вважають, що надання пацієнту можливості прийняти самостійне рішення є найбільш ефективним; 65,4 % були переконані, що ефективність залучення пацієнта визначається клінічною ситуацією індивідуально з кожним [2]. Згідно з літературними даними більшість пацієнтів із метастазуючими формами пухлин хотіли від лікаря детальної прогностичної інформації, але при цьому воліли узгоджувати з лікарем обсяг, формат та час її надання. Понад 95 % пацієнтів хотіли знати про побічні ефекти препаратів, симптоми та варіанти лікування, 80 % — про ймовірність п'ятирічного виживання [3]. Важливо, щоби студент вмів докладно розглядати можливі для пацієнта варіанти лікування та надавав інформацію про ризик та користь кожного, включаючи варіанти відмови від терапії.

Наприкінці студент повинен оцінити розуміння пацієнта щодо отриманої інформації, використовуючи навик «зворотнього зв'язку». Для цього потрібно уточнити чи виникли питання під час обговорення терапії? Отже, ідеальним завершенням комунікації є повне взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом.

#### Список використаних джерел

1. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the doctor patient relationship. PrimCareCompanion CNSDisord 2015; 17 (5). DOI: 10.4088/PCC.15f01840.

2. Holmboe, Eric S. MD Faculty and the Observation of Trainees' Clinical Skills: Problems and Opportunities. // *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 9(1):21–32, February 2014.
3. Zolnierек K, Dimatteo M. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment A Meta-Analysis. *MedicalCare* 2009; 47 (8): 826–34. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

## **МОДЕЛЬ ВІДДІЛЕННЯ СТАНДАРТИЗОВАНОГО ПАЦІЄНТА ВІД ІДЕЇ ДО РЕЗУЛЬТАТУ**

**Загородня К.А.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Підвищення якості освітнього процесу випускників вищих медичних закладів відбувається через застосування своїх знань у клінічній практиці та відпрацювання практичних навичок на стандартизованих пацієнтах.

На сьогодні у всіх країнах світу активно використовують метод стандартизованого пацієнта з імітацією певного клінічного випадку, що розвиває в студентів здатність до критичного мислення, розширення комунікативних навичок. Розроблені спеціальні програми навчання на базах клінічних лікарень, симуляційних центрів, які спрямовані на оволодіння студентами певними компетенціями, які необхідні їм для надання хворим кваліфікованої медичної допомоги. Особливу увагу приділяють методам активного навчання та контролю, які є найбільш дієвими і результативними. Але потрібно пам'ятати, що вони не мають заміщати головні етапи клінічної підготовки студентів біля ліжка хворого, а навпаки тільки доповнювати їх. Тільки їхнє адекватне поєднання здатне реально підвищити освітній рівень випускників вищих медичних закладів, а також забезпечити ланки системи охорони здоров'я висококваліфікованими фахівцями.

Метод «Стандартизований пацієнт». Стандартизований пацієнт — це навчальний процес за участю лікаря (студента) і пацієнта (СП- спеціального навченого актора, або використання манекенів) дає можливість, з одного боку, розвинути практичні навички, з іншого — провести комплексне оцінювання знань і умінь студента, виробити командну взаємодію та координацію, підвищити рівень виконання складних медичних маніпуляцій та оцінити ефективність власних дій. Студенти поставлені в певні часові межі, як при реальних умовах кожного лікаря, мають можливість самостійно діагностувати захворювання на основі збору анамнезу, скарг, загального