

Критерій «під час іспиту забуваю те, що знав» реєстрували понад 2/3 опитаних обох груп (72,1 % та 74,3 %, $p_{\phi} > 0,05$ відповідно). Впевненість перед іспитом у власних силах відчували лише третина опитаних респондентів (32,4 % та 31,4 %, $p_{\phi} > 0,05$ I та II груп відповідно). «Емоційні переживання не вплинули на успішність» вважали 45,7 % студентів 6 курсу та лише 37,1 % ($p_{\phi} > 0,05$) лікарів-інтернів. Думка «Хороший результат на одному іспиті — не збільшує впевненості в наступному» навідувала 44,2 % студентів та 48,6 % ($p_{\phi} > 0,05$) лікарів-інтернів. Відчуття, що здав би краще, було присутнє в 13,2 % опитаних I групи та 28,6 % ($p_{\phi} < 0,05$) II групи відповідно, що свідчило про виразнішу критичну самооцінку лікарів-інтернів. Відчуття серцебиття під час іспитів відмічалось у майже 82 % респондентів обох груп.

Висновки. За опитувальником тестової тривожності (Сарасон І.Г., 1980) не виявлено суттєвих відмінностей на до- та післядипломному етапах підготовки лікарів. Лікарі-інтерни, за результатами самооцінки, були більш зосереджені на іспиті, відкидаючи сторонні думки, відповідальніші та самокритичні.

Список використаних джерел

1. Волосовець О.П., Виговська О.В., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я. Дистанційне навчання як інформаційно-комунікативна технологія додипломної підготовки лікарів із педіатрії в умовах сучасних викликів// Медична освіта. 2020. № 3. С. 9–12
2. Іванькова Н.А., Рижов О.А. Модуль педагогічної системи електронного дистанційного навчання на базі хмарних сервісів// Медична освіта. 2020. № 3. С.34–40.
3. Jiang Z., Wu H., Cheng H. Twelve tips for teaching medical students online under COVID-19 // Medical education online. 2021. 26 (1). P. 1854–1866.

РОЛЬ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК ЯК СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ СИМУЛЯЦІЇ

Телекі Я.М., Оліник О.Ю., Федів О.І., Коротун О.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Відомо, що вербальні та невербальні аспекти спілкування, а також емпатія мають важливий вплив на співпрацю між лікарем та пацієнтом [4]. Якісні комунікативні практики — не лише інструмент порозуміння між пацієнтом і лікарем, не лише мотиваційний фактор їхньої результативної співпраці, а й важливий чинник у профілактиці емоційного вигорання лікаря

[1]. Комунікаційна експертиза може змінити ставлення пацієнта до всього медичного втручання, ставлення пацієнта до клінічного результату [3].

Основна частина. Існує велика кількість способів узагальнення та спрощення медичних інтерв'ю, але деякі, якщо такі є, практичні та легко запам'ятовуються. Хотілося б звернути увагу на п'ятиетапний протокол медичної комунікації CLASS, що легко запам'ятовується та використовується на практиці [2].

Отже, перший компонент С — Context (Setting) — оптимально облаштувати простір, правильно визначити мову тіла. Важливо звертати увагу на зоровий контакт, на те, чи корисний дотик, і на знайомство. Кілька секунд, витрачених на встановлення цих особливостей початкового налаштування бесіди, можуть заощадити багатьох вилин розчарування та непорозуміння пізніше для фахівця та пацієнта.

Необхідно зробити все, щоби забезпечити конфіденційність. В офісних умовах крісло лікаря треба перемістити поруч із кріслом пацієнта. Це може створити відчуття, що лікар більш доступний і більш пов'язаний із пацієнтом. Безлад і папери варто перемістити подалі від найближчої до пацієнта частини стола, а лікар не повинен говорити під час читання діаграми. Якщо будь-яка з цих дій здається незручною, можна сказати: «Нам може бути легше говорити, якщо я посуну стіл/якщо ви на мить вимкнути телевизор». Найголовніше правило — лікар повинен сісти. Це майже непорушний орієнтир, який вказує на те, що лікар готовий вислухати, економить час і підвищує ефективність. Після медичного огляду пацієнту треба дати час одягнутися, відновити почуття особистої скромності. Важливо сидіти на зручній відстані від пацієнта. Висота, на якій сидить лікар, також може бути важливою; зазвичай його очі мають бути приблизно на одному рівні з очима пацієнта. Якщо пацієнт уже засмучений або розлючений, корисною технікою є сидіти так, щоб очі лікаря були нижче очей пацієнта. Це часто зменшує гнів. Лікар має намагатися виглядати розслабленим, навіть якщо він або вона цього не відчуває. Важливо виглядати розслабленим і неквапливим, зручно присівши обидві ноги на підлогу, плечі розслаблені й опущені, пальто чи куртку роздягнуті, а руки поклали на коліна — у психотерапії часто називають «нейтральною позицією». Треба звернути увагу на невербальну поведінку, оскільки це може означати, що лікар слухає і стурбований. Наприклад, слухання зі складеними руками може означати для пацієнта, що лікар уже вирішив, і що подальші дискусії не заохочуються.

Більшу частину часу, поки пацієнт розмовляє, треба підтримувати зоровий контакт. Якщо бесіда стає напруженою або емоційно насиченою —

особливо, якщо пацієнт плаче або дуже злий — це корисно для пацієнта в цей момент для

Наступним є L — Listening skills, навички слухання. Будьте активним слухачем. На початку діалогу професіонал має показати, що він чи він перебуває в «режимі прослуховування». Починати треба із відкритих запитань — це просто запитання, на які можна відповісти будь-яким способом чи будь-яким способом. Під час збору анамнезу, звичайно, більшість запитань, відповідно, є закритими: «Чи є у вас набряки гомілок?» «Чи було у вас підвищення артеріального тиску?» У терапевтичному діалозі, коли клініцист намагається стати частиною системи підтримки пацієнта, відкриті запитання є важливим способом з'ясувати, що переживає пацієнт, як спосіб адаптувати для нього підтримку. Отже, відкриті запитання: «Як ви думали, який діагноз?» «Що ви відчували, коли вам це сказали?» «Як це викликало у вас відчуття?» є обов'язковою частиною «неісторичного» терапевтичного діалогу. Дуже корисною фразою, яку можна використовувати, коли незрозуміло, що хоче сказати пацієнт, є «розкажіть мені більше», яка пропонує пацієнту розповісти про свої думки чи почуття.

A — Acknowledge emotions. Визнання емоцій — аналізуйте, ідентифікуйте та відповідайте на емоції. Емпатична реакція є надзвичайно корисною технікою під час емоційно насиченого інтерв'ю, проте студенти та слухачі її часто неправильно розуміють. Реакція емпатії не має нічого спільного з особистими відчуттями лікаря. Смуток у пацієнта не вимагає від лікаря сумувати в цей момент. Це просто техніка для підтвердження пацієнту того, що емоція, яку вона відчуває, спостерігається.

S — Strategy. Стратегія — запропонуйте план, зрозумілий пацієнту. Подумки оцініть або уточніть у пацієнта його очікування від лікування та його результатів. Розкажіть про плани в лікуванні його патології, тактику подальшого ведення. Нехай він вирішить, який медичний план буде найкращим у конкретному випадку. Оцініть відповідь пацієнта, узгодьте план із ним.

S — Summary, підсумок, тобто завершення опитування. На цьому етапі підсумуйте дискусію чітко та стисло, перевірте розуміння сказаного пацієнтом, спитайте, чи залишились інші питання. На завершення візиту сплануйте дату наступного та питання, які хочете обговорити.

Отже, комунікативна компетентність лікаря — мистецтво, яке починає формуватися ще в процесі навчання в медичному закладі, інструмент, який виступає інтегрально значущою якістю майбутнього лікаря, яку можна й необхідно розвивати в студента-медика, що сприятиме професійному

становленню та вдосконаленню, запобіганню емоційному вигорянню, гармонійному функціонуванню в соціумі.

Список використаних джерел

1. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід, 2020. — 72 с.
2. The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice. <https://www.mdanderson.org/documents/education-training/icare/pocketguide-texttabscombined-oct2014final.pdf>
3. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2017 Nov;24(9–10):681–698. doi: 10.1111/jpm.12410. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28665512/
4. Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ.* 2018 Jul 3;18(1):157. doi: 10.1186/s12909-018-1260-9. PMID: 29970069; PMCID:PMC6029273.

СИМУЛЯЦІЙНИЙ ЦЕНТР: ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ

**Тимошук А.В., Смандич В.С., Хухліна О.С., Мандрик О.Є.,
Сокорська В.О., Лучик Є.Р.**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

За підтримки проекту Erasmus+ KA2 CBHE № 618812-EPP-1-2020-1-GE-EPPKA2-CBHE-IP SAFEMED+ «Simulation in Undergraduate MEDical Education for Improvement of SAFETY and Quality of Patient Care» / «Симуляційне навчання в медичній освіті для підвищення безпеки та якості обслуговування пацієнтів»

Симуляційні технології дають змогу постійно навчатися, запобігаючи виникненню непередбачуваних ситуацій у процесі, а також забезпечуючи впевненість на практиці з реалістичними сценаріями моделювання. Було показано, що моделювання в клінічному навчанні надає чудові можливості для безпечного та ефективного набуття досвіду.

Слово «симуляція» походить від латинського слова «simulare», що означає «копіювати, представляти». Його можна розглядати як метод, що дає змогу навчатись та навчати за допомогою відтворення «реальних» клінічних