

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ





Булатов

Сергей Александрович

Булатов Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Казанского государственного медицинского университета. Родился 28 ноября 1961 года. Симуляционным обучением занимается с 2002 года, руководит центром практических умений Казанского государственного медицинского университета.

По этой тематике опубликовано более 50 работ, 6 электронных руководств, имеется авторское свидетельство на «Способ профессиональной подготовки студентов». Став пионером внедрения в России метода «стандартизированный пациент», впервые в России разработал концепцию сквозной учебной программы на базе ЦПУ для студентов с I по VI курс. В настоящее время является постоянно действующим членом международного оргкомитета ASPE (Association of Standardized Patient Educators), членом РОСОМЕД (Российского общества симуляционного обучения в медицине).

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ

Недостаточно обладать мудростью,
надо уметь пользоваться ею
ЦИЦЕРОН

Игры дают такую практику, которую
ничто другое дать не может
Р.Г. ГРЭМ, К.Ф. ГРЕЙ

Уважаемый читатель!

Две цитаты, приведенные выше, как нельзя более точно отражают суть того, о чем пойдет речь в настоящей главе. Одной из основных проблем, о которых говорят сегодняшние выпускники высших медицинских школ, является высокий уровень теоретической подготовки и низкий уровень владения практическими навыками будущей профессии. Оно и понятно. Можно десять раз прочитать об инъекциях, запомнить детально последовательность действий, но так и не научиться их делать. В последнее время существенно повысились требования к качеству профессиональной подготовки медицинских специалистов. Приход страховой медицины, развитие рыночных отношений в сфере здравоохранения существенно изменили подход общества к вопросам лечения и профилактики заболеваний.

Традиционная система обучения в ее нынешнем выражении основана, прежде всего, на получении знаний, тогда как в профессио-

нальной среде оценка специалиста ведется по критериям умений и навыков. Напомним, что по определению академика С.Я. Батышева, **умения** – это знания в действии, а **навык** – автоматизированное звено этого действия.

Это логично. Чем больше знаний и умений врач превратит в автоматизированные навыки, не требующие раздумий для безупречной деятельности, тем больше он освободит свою голову для решения сложных проблем пациента: подбора оптимальной программы обследования или выбора наиболее рационального метода лечения.

Таким образом, на первый план в высшем медицинском образовании выходят не количественные, а **качественные показатели**. Идет поиск, разрабатываются различные методы и средства повышения качества обучения. Однако, если говорить о большом, государственном масштабе, то радикальных изменений высшая школа только ожидает.

Здесь уместно обратить внимание на опыт наших зарубежных коллег, прежде всего, ведущих медицинских школ Америки и Европы. Те процессы, которые так бурно сегодня переживает наше общество, там прошли чуть раньше и значительно спокойнее. Относительная стабильность общества позволяла вести поиск новых методов обучения более планомерно и поступательно. И тем не менее, общим в работах зарубежных исследователей, работающих в сфере методологии медицинского образования, является мысль, что обучение будущего врача следует начинать не у постели больного, а с получения определенных умений на **доклиническом этапе**.

На младших курсах это достигается проведением обучения и тренингов в специальных центрах с использованием в качестве пациентов тренажеров, муляжей и манекенов. На старших курсах большое внимание уделяется имитационным играм, как форме обучения и контроля за качеством освоения профессиональных навыков.

Показателен в этом плане опыт Высшей медицинской школы Броуди (университет Восточная Каролина, США). Начатые 17 лет назад исследования в области оптимизации учебного процесса воплотились в методику «стандартизированного пациента», которая в настоящее время является общенациональной государственной учебной программой. Все студенты, врачи любой специальности, намеревающиеся иметь врачебную практику в США, сдают экзамен у постели пациента, роль которого играет профессионально подготовленный актер. И поверьте, сдать такой экзамен ничуть не проще, чем любой другой.

И еще одно. Разговор идет о будущей профессии – о великом мастерстве врачевания. Объем знаний, которые получает студент в университете так велик и многогранен, что не позволяет буквально все из них доводить до высшей категории обучения – творчества. Как вычленил наиболее главные, имеющие прикладное значение в будущем? И в этом вопросе обучающемуся следует помочь, четко определив круг задач и выделив практически все самое важное.

Целью настоящего руководства является стремление активизировать у студентов процесс обучения врачебному мастерству, вызвать

интерес к развитию самостоятельного клинического мышления и умению обосновывать свою точку зрения. Достигается это, прежде всего, развитием умений работы с пациентом. Неслучайно разделы методического руководства посвящены основам деонтологических взаимоотношений врача и пациента, методике сбора анамнестических данных, проведению объективного обследования и оказанию лечебной помощи в конкретных клинических ситуациях.

Мы надеемся, что данная разработка найдет понимание у студентов и преподавателей клинических дисциплин.

Методика «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ»

Аксиома рыночных отношений – спрос рождает предложение. Именно так можно охарактеризовать причины возникновения методики «стандартизированный пациент» и ее популярность в настоящее время во всем мире.

Россия пока является исключением из этого правила, но, как показывает небольшая, менее десятилетия, опыт вступления в рамки рыночной экономики, эта исключительность -

лечебных манипуляций. В сегодняшней клинике для получения разрешения на проведение инъекций или любых других лечебно-диагностических процедур студенту необходимо иметь персональную медицинскую книжку, получить разрешение заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения, «понравиться» постовой медицинской сестре, заслужить доверие пациента, и вот только тогда... Не правда ли, слишком

цинских манипуляций. Активное меньшинство путем «измора» или «подмазывания» ночных сестер, дежурных бригад все же получают «доступ к телу». Однако, никто не может поручиться, что освоили они именно правильную методику, а не ее подобие. Вот поэтому, как своеобразная альтернатива, и появился Центр практических навыков, где студенты в соответствии с учебной программой осваивают навыки будущей специальности,

В сегодняшней клинике для получения разрешения на проведение инъекций ... студенту необходимо иметь персональную медицинскую книжку, получить разрешение заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения, «понравиться» постовой медицинской сестре, заслужить доверие пациента

дело временное. Действительно, с приходом в отечественную систему здравоохранения страховой медицины существенно изменились взаимоотношения между врачом и пациентом. Пациент, оплачивающий свое лечение, пусть в настоящее время это пока виртуальные деньги, имеет право потребовать соответствующего отношения к себе как личности, отказаться от услуг одной медицинской сестры и «допустить к телу» другую, более опытную. Что говорить в этой ситуации о традиционной форме обучения студентов – вечерних дежурствах, когда и осваиваются основные приемы проведения

длинный путь, для того чтобы проходить его среднему студенту? И не единичны случаи, когда искреннее желание студента научиться основам будущей профессии сталкивается с нежеланием или опасением администрации лечебного учреждения иметь от этого неприятности. Отказать, сославшись на положения, правила, приказы и внезапные проверки службы санитарно-эпидемиологического надзора, всегда проще. Как поступать в этой ситуации? Большинство идет по линии наименьшего сопротивления – ограничиваются теоретическим знанием последовательности выполнения меди-

широко используя в качестве учебных пособий тренажеры, муляжи, а порой и своих товарищей. На сегодняшний день разработаны учебные программы на весь период обучения в университете, позволяющие достаточно быстро и эффективно научиться оказанию первой помощи, уходу за тяжелым больным, большинству сестринских и фельдшерских манипуляций. Для студентов старших курсов на первый план выступает проблема обучения самостоятельному клиническому мышлению, умению делать обоснованные умозаключения, правильно и последовательно строить систему обследования и лечения пациента.

Сергей Булатов

Попытки использовать в учебном процессе ситуационные задачи, иллюстрирующие наиболее типичные заболевания, не новы и предпринимаются уже более ста лет. Выпущено большое количество сборников, учебно-методических рекомендаций, которые широко применяются в процессе обучения. Их польза и целесообразность неоспоримы. Однако все они построены примерно по одной схеме и рассчитаны или на индивидуальное решение студентом, например, принятие каких-либо организационных решений, или на коллективный разбор вместе с преподавателем. А как же быть с формированием так называемого «клинического мышления»? Считается, что лучшая форма обучения – практика или, другими словами, кураторство реальных больных. Это классическая система. Однако, в ней слишком много допусков. Как встретит больной, захочет ли делиться своим сокровенным с незнакомым человеком, как будут строиться взаимоотношения врач - пациент, насколько качественно студент будет собирать анамнез и проводить объективное обследование. На все эти вопросы однозначных ответов нет.

И остается только надеяться, что многократное повторение упражнения приведет студента, зачастую обучающегося методом «проб и ошибок», к верному решению.

А если не приведет? Тогда приходится добирать знания и умения, уже имея на руках диплом. Сделать это бывает далеко не просто, поскольку идет уже реальная работа с дефицитом времени, отпускаемого на прием каждого больного, и прямые функциональные обязанности, которые надо выполнять во время рабочего дня. Вот и растет раздражение, грубость, за маской которых в большинстве случаев скрывается незнание очевидных, простых профессиональных приемов.

Вывод простой – умению общения с пациентами необходимо учить, сопоставляя эти вопросы по значимости с вопросами изучения самой науки лечения заболеваний.

Поэтому закономерно, что следующим уровнем решения ситуационных задач и примеров послужили попытки их инсценировки с привлечением актеров. Сейчас этой методикой пользуются во многих медицинских университетах, на многих клинических кафедрах. В нашем университете на кафедрах нервных болезней, общей хирургии разработаны целые сценарные планы проведения тематических занятий с привлечением актеров. Примечательно, что, даже заканчивая 6 курс, многие студенты помнят все ситуационные задачи, которые они разыгрывали во время занятий на этих кафедрах. Недостаток один – все задачи расчи-

таны на групповую, а не индивидуальную работу студентов. А раз студент не несет персональной ответственности, активное участие в решении задач принимает только небольшая, наиболее подготовленная часть группы, а остальные остаются созерцателями процесса. Имеющийся исторический и собственный преподавательский опыт послужили основанием для определения основных параметров, которым должен отвечать метод обучения с привлечением актеров:

1. студент должен работать самостоятельно, полагаясь только на свои силы и знания;
2. актер не должен импровизировать, а выдавать только отработанную, «сценическую» роль, предоставлять четко сформулированную, доступную информацию, позволяющую студенту разобраться с характером демонстрируемой патологии;
3. в распоряжение студента должна быть предоставлена вся дополнительная информация по демонстрируемому клиническому случаю, включающая данные лабораторных и инструментальных исследований, позволяющая подтвердить свои умозаключения;
4. весь процесс должен быть объективно документирован, чтобы в последующем иметь возможность объективной оценки и разбора ошибок.

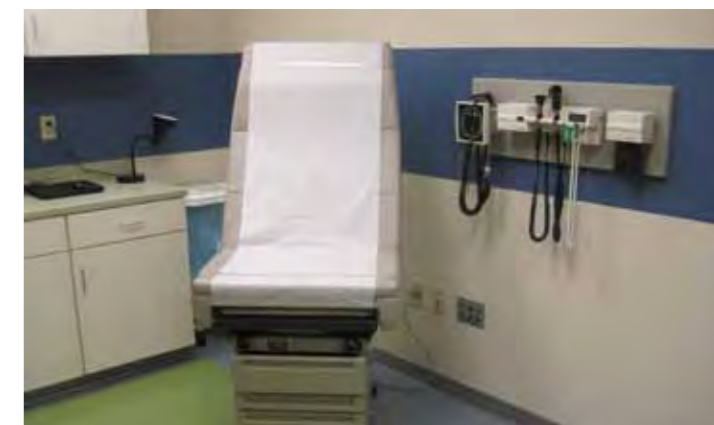
Так, были определены четкие требования к учебному процессу, где бы актеры разыгрывали перед студентом одну из типичных (стандартных) ситуаций. Именно с этим и связано название метода – «стандартизированный пациент».

Это международное название, принятое во всем мире. Предложили его специалисты из медицинской Школы Броуди (университет штата Восточная Каролина, США).

Подход к материально-техническому обеспечению учебного процесса по методике «стандартизированный пациент» тоже универсален во всех странах. Прежде всего, подготовка рабочего места для студента (куратора) и актера (пациента). Это должно быть отдельное, хорошо освещенное, теплое (24-25° С) помещение, с хорошей звукоизоляцией. Обстановка учебного бокса максимально прибли-

жена к реальной палате – кровать, прикроватная тумба, шкаф для белья и одежды, один-два стула и необходимый набор медицинских приборов: тонометр, медицинский термометр, сантиметровая лента, фонендоскоп, шпатель. Основной «изюминкой» данной категории помещений служит то, что и у куратора и у пациента создается полное ощущение уединенности, что позволяет снять неизбежный стресс перед началом работы, вести себя более раскованно и естественно и, в то же время, надеяться только на свои силы и знания. Вместе с тем, установленная видеочкамера и чувствительный микрофон позволяют наблюдать и слышать все происходящее в боксе, а также делать качественную видеозапись. О том, что будет производиться видеозапись предупреждаются заранее и актеры и кураторы, однако «эффект камеры» пропадает, как правило, уже через 2-3 минуты.

Аудио- и видеоинформация поступает в «операторскую», где сосредоточена записывающая техника, а также имеются видеомониторы, которые позволяют в режиме реального времени следить за происходящим в боксах. Таким образом, оставаясь «один на один» с пациентом, студент находится под перекрестным контролем: с одной стороны за его действиями наблюдает «эксперт» (это может быть товарищ по группе), с другой стороны - приглашенный специалист или экзаменатор. Как правило, куратор не знает, кто его инспектирует. Это сделано для того, чтобы исключить какие бы то ни было претензии куратора к эксперту и обвинения его в необъективности. Наблюдая шаг за шагом все происходящее на экране, эксперт заносит свои замечания в специальный лист – «оценочный лист эксперта». В Таблице 1 (см. ниже) представлен образец такого документа.



Типовое оснащение палаты для проведения занятий со стандартизированными пациентами Центр Медицинского Обучения и Инноваций Клиники Риверсайд, Огайо, США

Таблица 1

№	Этап экспертизы	Критерии оценки	Замечания
1	Анамнез	Последовательность сбора анамнеза и полнота: а - все сделал правильно; в - выполнено большей частью; с - есть существенные недочеты. Ключевые вопросы анамнеза: а - все заданы; в - заданы большей частью; с - не позволяют сделать вывод о характере патологии.	
2	Объективное обследование	Последовательность выполнения объективного обследования: а - проведено правильно; в - выполнено большей частью; с - имеются серьезные отклонения.	
3	Деонтологические аспекты взаимоотношений «врач – пациент»	на Ваш взгляд: а - построены должным образом; в - имеются принципиальные погрешности; с - имеются существенные недочеты.	

Как видно из таблицы, эксперт оценивает куратора по основным параметрам клинической работы врача: полнота и последовательность сбора анамнеза, объективное обследование и деонтологические аспекты взаимоотношений «куратор – пациент». Деятельность эксперта также находится под контролем – у преподавателя имеется возможность наблюдать по своему монитору, что происходит в боксах, и результаты своей оценки сравнивать с оценкой эксперта. С другой стороны, видеозапись процесса курации позволяет провести комиссионный просмотр и разбор ошибок куратора. Поэтому эксперт заинтересован в объективной оценке работы куратора, поскольку его труд также оценивается и он набирает баллы, которые входят в его общую рейтинговую оценку.

Оценку деятельности куратора осуществляет еще и актер, демонстрирующий симптомокомплекс одного из заболеваний. После завершения этапа сбора анамнеза и объективного обследования актер заполняет листы контроля. В них отражается его мнение о качестве работы студента.

Первоначально имевшие место опасения, что актер не сможет оценить умения студента, уже проучившегося 4 года, на практике не подтвердились. Совпадение оценок качества работы и умений студента, выставленных преподавателем и актером, достигало 95-97%. В качестве примера приводим ниже контрольные листы актера, используемые в ситуационной задаче «Острый панкреатит».

Контрольный лист 1. Оценка навыков сбора анамнеза у пациента

№ Ключевые вопросы сбора анамнеза

Выполнено
да нет

1. Возникновение боли связано с нарушением в диете.
2. Приступы боли провоцирует прием жирной, жареной пищи.
3. Работа в основном имеет малоподвижный, сидячий характер.
4. Боль снималась приемом препаратов Но-шпа, Аллохол.
5. За обедом съела кусок жирного пирога.
6. Боль носит опоясывающий характер.
7. Боль отдает в правое подреберье, в правое плечо и лопатку.
8. Имеется тошнота, была рвота.
9. Рвота имеет примесь желчи.
10. Рвота облегчения не приносит.
11. Алкоголь не употребляет. Не курит.
12. Выяснил аллергологический анамнез.
13. Выяснил семейный анамнез: без особенностей.

Контрольный лист 2.

Навыки проведения объективного обследования пациента

№ Этапы объективного обследования пациента

Выполнено
да нет

1. Осмотрел кожу, слизистую ротовой полости, язык, склеры.
2. Определил наличие отеков (стопы и передняя поверхность голени, одутловатость лица, «мешки» под глазами).
3. Провел пальпацию щитовидной железы.
4. Провел пальпацию регионарных лимфатических узлов.
5. Оценил состояние опорно-двигательного аппарата.
6. Провел осмотр грудной клетки, определил частоту дыхания.
7. Определил голосовое дрожание.
8. Провел топографическую перкуссию легких.
9. Провел сравнительную перкуссию легких.
10. Провел аускультацию легких.
11. Определил частоту пульса.
12. Определил пальпаторно верхушечный толчок сердца.
13. Провел перкуссию его относительных и абсолютных границ.
14. Провел аускультацию сердца по 5 точкам:
 - 1 - область верхушечного толчка,
 - 2 - 2 межреберье у правого края грудины,
 - 3 - 2 межреберье у левого края грудины,
 - 4 - основание мечевидного отростка,
 - 5 - место прикрепления 4 ребра к левому краю грудины.

Контрольный лист 2. (Продолжение)

Навыки проведения объективного обследования пациента

№ Этапы объективного обследования пациента	Выполнено	
	да	нет
15. Провел аускультацию сосудов (сонная и бедренная артерии).		
16. Измерил артериальное давление.		
17. Провел осмотр полости рта (зубы, десны, язык).		
18. Произвел осмотр живота в целом.		
19. Произвел поверхностную пальпацию живота.		
20. Определил симптом перкуторной болезненности.		
21. Определил напряжение мышц брюшной стенки.		
22. Определил симптом Щеткина-Блюмберга.		
23. Определил симптом Мерфи.		
24. Определил симптом Кера.		
25. Определил симптом Ортнера.		
26. Произвел пальпацию нижнего края печени.		
27. Определил перкуторные границы печени.		
28. Провел глубокую пальпацию брюшной полости.		
29. Провел пальпацию селезенки.		
30. Провел перкуссию селезенки.		
31. Произвел осмотр поясничной и надлонной областей в целом.		
32. Определил пальпаторно границу дна мочевого пузыря.		
33. Провел бимануальную пальпацию почек.		
34. Проверил симптом Пастернацкого с обеих сторон.		

Несколько слов о регламенте работы куратора.

Первый этап - сбор данных анамнеза и объективного обследования пациента. Для студентов IV курса это время составляет 45 минут. Времени, с учетом тематики подготовленных случаев, вполне достаточно.

Однако, хотелось бы обратить внимание студентов и предостеречь от наиболее типичных ошибок и недочетов на этом этапе работы. «Стандартизированный пациент» тем и отличается от реального, что не спешит «выплескивать» на куратора всю информацию, касающуюся разыгрываемой ситуации. Он следует правилу, что следует отвечать только на конкретно поставленные вопросы. Поэтому куратору не следует торопиться перескакивать с одного раздела к другому или вести расспрос поверхностно.

Кроме того, по условиям разыгрываемой ситуации у пациентов могут быть свойства характера, присутствующие больному человеку – раздражительность, плаксивость, сварливость, негативизм, многословие. Для преодоления этих осложняющих работу моментов предлагается воспользоваться деонтологическими приемами, позволяющими расположить к себе пациента, добиться его взаимности, откровенности, направить разговор в нужное русло.

После сбора необходимой информации и завершения объективного обследования, позволяющего предположить предварительный диагноз, куратор приступает ко **второму этапу** работы, цель которого - подтвердить предварительный диагноз данными лабораторно-инструментальных обследований. Поле для творческой работы здесь тоже имеется. Куратору предстоит самостоятельно выбрать и запросить те данные, которые, по его мнению, достоверно подтвердят выставленный им предварительный диагноз. Времени на этот этап отпускается также 45 минут, поэтому не стоит торопиться и перечислять все известные, малоизвестные и совсем неизвестные методы в надежде, что количество «названных» заменит качество «необходимых».

Поскольку в реальной жизни никто не подтверждает предварительный диагноз только компьютерной томографией или данными парамагнитного резонанса тканей, то на этом этапе работы студенту следует показать свои знания и эрудицию в области практического применения общепринятых методов лабораторной диагностики и инструментальных методов исследования. К ним относятся: общие анализы крови, мочи и мокроты, реакция Григгерсена на скрытую кровь в кале, анализы мочи по Нечипоренко и Зимницкому, микро-

биологический анализ биологических жидкостей, биохимические анализы крови, электрокардиография, ультразвуковое обследование сегментов человеческого тела, обзорная и прицельная рентгенография, ирригоскопия, ирригография, фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия и ряд других. О стандартах в обследовании пациентов мы поговорим в соответствующей главе нашего руководства. Следует помнить, что методика обучения «стандартизированный пациент» предусматривает подготовку всего комплекса лабораторно-инструментальных исследований на каждого пациента. Однако, не все исследования информативны и имеется риск, что на свой запрос, охватывающий слишком широкий, дублирующий и малоинформативный комплекс исследований, куратор получит такой объем информации, что разоб-

попросту не хватит времени. Поэтому, следует выбирать только те анализы и исследования, которые достоверно помогут подтвердить диагноз. Кроме того, получаемые материалы анализов и инструментальных исследований не содержат заключений, оценить их и выявить имеющиеся отклонения предстоит студенту самостоятельно.

Заключительный этап работы – защита клинического случая в индивидуальном общении с преподавателем. Студент обосновывает выставленный клинический диагноз, выбранную программу обследования и лечения пациента. Преподаватель, в свою очередь, оценивает работу куратора, используя при этом заключения эксперта и самого актера, а также видеозапись курации. По результатам собеседования выставляется итоговый рейтинговый балл, отражающий знания и умения студента.

Контрольный лист 3. Деонтологические навыки

№ Поведение студента при осмотре больного	Выполнено	
	да	нет
1. Поздоровался, когда вошел в палату.		
2. Представился сам и поинтересовался именем пациента.		
3. Объяснил цель своего прихода.		
4. Помыл руки перед началом обследования.		
5. Внимательно и терпеливо выслушивал все жалобы пациента.		
6. Помогал пациенту, задавая наводящие вопросы.		
7. Доступно объяснил пациенту проблемы с его здоровьем.		
8. Корректно вел себя при сборе объективных данных.		
9. Не пытался уклониться от вопросов, задаваемых пациентом.		
10. Обсудил с пациентом свои первые диагностические впечатления по данному заболеванию.		
11. Обсудил план дальнейшего обследования и лечения.		
12. Завершил свою беседу некоторыми рекомендациями, позволяющими облегчить состояние пациента.		
13. Вежливо попрощался с пациентом перед уходом.		

Гридерная для стандартизированных пациентов СМАТ, Гранада, Испания



Критерии оценки студента по методике «СП»

Оценить самостоятельную работу студента по методике «стандартизированный пациент» задача непростая. Существует несколько методик, каждая из которых имеет свои плюсы и минусы. В своей работе мы стараемся использовать наиболее простые и объективные, суть которых раскрывается ниже. Первый вариант оценки – «**экзаменационный**». Этот вид оценки используется, если этап работы с пациентом входит в состав экзамена по клинической дисциплине. Экзаменатор оценивает студента, наблюдая по видеомонитору за его действиями во время проведения сбора анамнеза и объективного обследования пациента. Метод позволяет избежать случайных ошибок, выявить знания студента и владение практическими приемами работы с пациентом.

Основной недостаток подобного подхода – большое количество времен затрачиваемого на одного экзаменуемого. Поэтому, в повседневной работе, во время учебного процесса, используется иная форма оценки работы студента – так называемая **рейтинговая оценка**. Суть этого подхода заключается в том, что итоговая оценка складывается из большого количества субъективных оценок, которые выставляют эксперт, актер и преподаватель. Этим достигается определенная объективность оценки знаний и умений обучающегося. Во время прохождения учебного цикла, участвуя в обсуждении, принимая активное участие в работе группы, студент тем самым набирает в свою «корзину» баллы (положительные очки). Схема представлена справа в таблице 2.

Как следует из представленной таблицы, за время прохождения цикла занятий студент имеет возможность набрать максимально 100 баллов. Итоговая оценка (пятибалльная) выставляется исходя из следующих критериев:

- 100–91 балл соответствуют оценке «отлично»;
- 90–71 – «хорошо»;
- 70–51 – «удовлетворительно»;
- <50 – «неудовлетворительно».

Несколько слов, почему мы выбрали именно рейтинговую систему оценки качества работы студента. Исходя из того, что, как правило, студент IV курса владеет навыками самостоятельной работы с пациентом недостаточно уверенно, первый день цикла целиком посвящен повторению пройденного материала на клинических кафедрах. Студенты проводят коллективный разбор одной аналогичной ситуационной задачи, совместно с преподавателем разрабатывают план обследования и лечебную программу. В этот же день студенты имеют возможность на тренажерах освежить свои практические умения обследования молочных желез, проведения ректального и вагинального пальцевого обследования. Преподаватель, в свою очередь, оценивает базисные практические знания студента.



Экзамен по методике «стандартизированный пациент» в Казанском государственном медицинском университете

Таблица 2

День цикла	Этап работы	Оцениваемая часть	Баллы	Кто оценивает
Первый	Коллективный разбор примера задачи с использованием методики «стандартизированный пациент»	Базисные знания и практические умения обучающегося	1 - 5	Преподаватель
Второй	Работа в качестве куратора	Навыки сбора анамнеза	1 - 5 1 - 5 1 - 10	Актер Эксперт Преподаватель
		Навыки проведения объективного обследования	1 - 5 1 - 5 1 - 5	Актер Эксперт Преподаватель
		Коммуникативные умения	1 - 5 1 - 5	Актер Эксперт
		План обследования пациента	1 - 5	Преподаватель
		Дифференциальная диагностика	1 - 5	Преподаватель
		План лечения с обоснованием	1 - 5	Преподаватель
Третий	Работа в качестве эксперта	Оценка навыков сбора анамнеза	1 - 10	Преподаватель
		Оценка навыков объективного обследования	1 - 5	Преподаватель
		Оценка коммуникативных навыков	1 - 5	Преподаватель
Четвертый	Реанимационная помощь на месте происшествия	Навыки сердечной реанимации	1 - 5	Преподаватель
		Навыки легочной реанимации	1 - 5	Преподаватель
		Владение инструментальными и техническими средствами	1 - 5	Преподаватель
ИТОГО			100	

Максимальное количество баллов, которые может «заработать» студент в первый день цикла, варьирует от 2 (ничего не помнит и не умеет) до 5 (хорошо помнит пройденный ранее материал и имеет начальные практические навыки). Расчет строится таким образом, чтобы постараться в первый день, за счет совместной работы в группе, оживить имеющиеся у студента знания, установив определенные акценты в предстоящей самостоятельной работе с пациентом и поставить всех в одинаковые условия. Усердно поработав в первый день, студент, по сути, получает полный алгоритм самостоятельных действий в течение всего цикла, что позволяет набрать необходимое количество баллов для итоговой оценки проведенной работы.

Начиная со второго дня цикла, работа студента индивидуально оценивается уже более разносторонне. Для объективности и достоверности итоговых результатов ее проводят: преподаватель, анонимный эксперт (назначаемый преподавателем из числа студентов этой же группы) и подготовленный актер, играющий роль пациента. Оценка качества работы осуществляется на основе выполнения студентом действий, предусмотренных в разделе «сбор анамнеза», «проведение объективного обследования», «деонтологические навыки».

На заключительном этапе работы студент проводит защиту своего клинического случая у преподавателя. При этом, несмотря на возможно допущенные в ходе проведения обследования ошибки, он имеет возможность в очном диалоге с преподавателем доказать обоснованность своих суждений и умозаключений. Наличие логики в рассуждениях, общая эрудиция и обоснованность диагностической и лечебной программы позволят студенту получить дополнительные баллы и улучшить свой результат.

Завершая обзор критериев оценки работы студента по методике «стандартизированный пациент» и учитывая его методическую направленность, необходимо отметить, что решающим критерием для получения положительной оценки служит посещение всех занятий и активная работа самого студента во время цикла.

Пропуск первого занятия, как показывает опыт, влечет за собой низкий уровень организованности в самостоятельной работе во время второго и третьего дней.

Симулированный пациент – это субъект, обученный реалистично изображать больного: воспроизводить его жалобы, характерную моторику, психоэмоциональное состояние.

Стандартизированный пациент – это симулированный пациент, воспроизводящий болезненное состояние стандартизированным способом.



Группа профессиональных актеров драматического театра, работающих в качестве стандартизированных пациентов в Казанском государственном медицинском университете

Пропуск последующих дней, даже одного, уже не даст возможности набрать достаточного количества баллов для положительной оценки в итоге.

И еще один, чисто практический совет. Для работы по данной методике привлечены профессиональные актеры, получающие определенную заработную плату за свою работу. Поэтому отработка пропущенных занятий, а соответственно и привлечение на время отработок актеров осуществляется за счет финансовой нагрузки на самих студентов.

Из всего вышесказанного в настоящей главе следует сделать один практический вывод – успех, а соответственно и хороших оценок при использовании методики обучения «стандартизированный пациент» добьется студент, добросовестно посещающий и прилежно работающий во время всех занятий цикла.

Деонтологические аспекты взаимоотношений с пациентом

Вопросам взаимоотношений врача и пациента посвящено множество научных и околонучных исследований. Не вызывает сомнений факт, что общечеловеческие взаимоотношения врача и пациента оказывают большое влияние на самочувствие, настроение, а в конечном итоге, на процесс выздоровления больного человека.

Выполняя свои профессиональные обязанности, врач обязан соблюдать высокие этические нормы поведения с пациентом, его родственниками, коллегами по работе. Он всегда обязан помнить о том, что отзывчивость, доброта, внимание к страдающему человеку являются основой построения доверительных отношений в системе «врач-пациент». Особого терпения, выдержки, такта требует общение с тяжелыми, нередко обездвиженными больными. Многократность повторения вопросов, неадекватность пациента, неточность и расплывчивость ответов, а зачастую и «недобрые» высказывания в адрес медицинских работников, не должны раздражать врача, провоцировать его на грубый, некорректный ответ. Всегда следует помнить библейскую истину «слово может лечить, а может и убивать». Нередко врачу приходится иметь дело с одинокими, покинутыми родственниками, пожилыми паци-

ентами. В подобной ситуации, врач становится единственным близким человеком, которому доверяется все самое сокровенное. Такой пациент нуждается в милосердии не менее чем в лечебных процедурах и медикаментах.

Не секрет, что грубость, раздражительность, равнодушие к жалобам больного человека, корыстолюбие имеют место среди медицинских работников. Все это – проявления недобросовестного исполнения служебного долга. Но, как и в любой ситуации, следует понимать, какие ошибки связаны с личностными характеристиками медицинского работника, его хамством, а в каких случаях имеет место непонимание всей важности ситуации, заблуждение молодого специалиста, попытка под маской грубости спрятать недостаток знаний.

Многолетний опыт показывает, что знания по деонтологическим подходам в общении с больным человеком, психологические основы взаимодействия «врач-пациент» должны закладываться и отрабатываться во время обучения в институте. Причем, практические приемы должны быть не только теоретически озвучены и заучены, но и отработаны на практике.

Представляемая вашему вниманию методика «стандартизированный пациент» в этом плане является уникальной, поскольку позволяет актеру симулировать не только определенный симптомокомплекс заболевания, но и демонстрировать определенные, наиболее типичные черты характера больного человека. В свою очередь, на студента это накладывает определенную ответственность,



Симуляционное занятие со стандартизированным пациентом по специальности гинекология Университет Портленда, США



Занятия с группой иностранных студентов в Центре практических навыков Казанского государственного медицинского университета

ведь перед ним хоть и профессиональный актер, но это, прежде всего, пожилой человек, ждущий от него помощи. Поэтому очень важно, чтобы приступая к общению с пациентом, врач сразу задавал правильный тон беседе, делал общение обоюдно приятным и информативным. В качестве рекомендаций мы позволим себе дать несколько советов практического плана, следование которым облегчит установление психологического взаимопонимания между врачом и пациентом.

1. Врач должен быть всегда опрятным, чисто одетым. Белый халат – принятая в России униформа медицинских работников – должен быть чистым, выглаженным, застегнутым на все пуговицы. Длина халата, фасон, материал, из которого он изготовлен, определяется

индивидуальными особенностями самого студента или студентки, но, безусловно, он не должен напоминать ни курточку бармена, ни рясу священнослужителя.

2. Медицинская шапочка является обязательной для отделений хирургического профиля и мест, связанных с контактом с особо опасными инфекциями. Если Вы используете данную деталь туалета, то относится к ней стоит соответственно. Она должна быть чистой, выглаженной, а не напоминать колпак клоуна. Волосы аккуратно убирают под шапочку.

3. Женщины составляют 75% медицинских работников в нашей стране и олицетворяют, прежде всего, нежность, сострадание и материнскую заботу о больном человеке. Милые дамы, начиная

свой профессиональный путь в медицине, постарайтесь правильно подобрать для себя наиболее подходящий имидж. Наиболее оправдано, в повседневной деятельности, использовать мягкие тона в косметике. Хорошее впечатление и у пациентов, и у коллег оставляет маникюр с нежно розовым или бесцветным лаком для ногтей. При этом ногтевые пластинки не должны выступать за кожные края пальцев. В противном случае, при пальпации или выполнении каких-либо лечебно-диагностических процедур можно причинить боль пациенту, поцарапать его. Весьма осторожно следует применять парфюмерные средства, избегая духов и лосьонов с резкими, возбуждающими запахами. Они могут стать причиной развития аллергической реакции у пациента, спровоцировать приступ бронхиальной астмы.

4. Задержитесь на минуту перед тем, как войти к пациенту. Взгляните на себя глазами пациента и придайте лицу соответствующее выражение. Больному приятно видеть внимание, доброжелательность, спокойствие, слышать дружелюбный негромкий голос. Даже если перед встречей с пациентом Вы поругались с любимой девушкой, вас обрызгал проезжающий автомобиль, лишили стипендии на месяц – пациент не должен заметить Ваших переживаний.

Рейтинговая оценка складывается из большого количества субъективных оценок, которые выставляют эксперт, актер и преподаватель, за счет чего повышается ее объективность

5. Войдя к пациенту, не начинайте общение с расспроса, со сбора анамнеза, даже если у Вас имеется дефицит времени. Дайте пациенту привыкнуть к Вам и сами настройтесь на работу. Представьте, вымойте руки, выберите удобное для себя место в общении с пациентом. Никогда не садитесь к пациенту на кровать и не заставляйте его подстраиваться под Вас. Оптимально расположиться на стуле справа от пациента, в непосредственной близости от кровати, лицом к ее головному концу. Постарайтесь одним взглядом видеть всего пациента, для того, чтобы можно было оценить и местные симптомы проявления заболевания, и мимическую реакцию лица пациента на проводимое обследование.

6. Настроение и поведение больного человека в значительной степени определяются его само-

чувствием. Он может быть раздражительным, легко возбудимым, вспыльчивым, обидчивым, конфликтным, подавленным. При общении с такими пациентами важно проявлять максимум терпения, успокаивая их своей уверенностью, давая понять в ходе разговора, что будет сделано все возможное и необходимое для улучшения их состояния. Надо дать понять пациенту, что в свою очередь многое зависит от него самого, тщательного выполнения

7. Никогда не берите на себя больше, чем вы можете дать пациенту в конкретной ситуации. Если Вы не уверены в диагнозе, не спешите объявлять, что это «ерунда», «это быстро пройдет». Пациент ценит не «панибратское похлопывание по плечу», а вдумчивость и серьезность в общении с ним. Не стесняйтесь говорить свои суждения, но последнее слово оставляйте за более опытными коллегами. Не следует загружать сознание пациента излишними

им всех предписанных правил лечения, терпения и веры врачу и в полное выздоровление. В ряде случаев, предусмотренных программой «стандартизированный пациент», пациент будет задавать куратору провокационные вопросы, сознательно уводить в сторону, быть многословным. Нужно уметь и достойно выходить из подобных ситуаций.

подробностями и медицинской терминологией – он их наверняка не усвоит, но получит «благодатную почву» для домыслов и фантазии.

Авторы данного труда надеются, что Вы с определенной долей юмора и здорового скептицизма воспримите наши рекомендации. В конце концов, в каждой шутке есть доля шутки.

Казанский государственный медицинский университет

