

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ «СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ»	9
РОЗДІЛ 2 ІСТОРІЯ МЕТОДУ	11
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕРМІНОЛОГІЯ	13
РОЗДІЛ 4 КЛАСИФІКАЦІЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З УРАХУВАННЯМ РЕКОМЕНДАЦІЙ ASPE І АМЕЕ	16
РОЗДІЛ 5 ОСНОВНІ СТАНДАРТИ ФОРМУВАННЯ БАЗИ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ АМЕЕ І ASPE	21
РОЗДІЛ 6 ПІДБІР КАДРІВ СИМУЛЬОВАНИХ УЧАСНИКІВ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПРОГРАМИ	32
РОЗДІЛ 7 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ ПРОГРАМИ «СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ»	36
РОЗДІЛ 8 ВИДИ СИМУЛЯЦІЇ ІЗ ЗАДІЯННЯМ СИМУЛЬОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ	41
РОЗДІЛ 9 РОЗРОБКА СЦЕНАРІЮ СИМУЛЯЦІЇ ТА РОЛІ СИМУЛЬОВАНОГО ПАЦІЄНТА	54
РОЗДІЛ 10 ПСИХОТИПОВАНИЙ СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ. НАБУТТЯ НАВИЧОК ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ТА SOFT SKILLS	57
Фрагменти сценарію та ролі підозрілого пацієнта	67

РОЗДІЛ 11. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ	73
РОЗДІЛ 12 ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ	78
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	81
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	83
ДОДАТКИ	87
Додаток А. Додаткові засоби симуляції при задіянні симульованого пацієнта	87
Додаток Б. План створення стимуляційного сценарію	94

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- HBK – Навчально-виробничий комплекс
- OСKI – Об'єктивний структурований клінічний іспит
- AMEE – Association for Medical Education in Europe (Європейська асоціація медичної освіти)
- ASPE – The Association of Standardized Patient Educators (Асоціація викладачів стандартизованих пацієнтів)
- ASPiH – Association for Simulated Practice in Healthcare (Асоціація симульованої практики в охороні здоров'я)
- GEPP – Gynecological Educational Professional Pacient (гінекологічний освітній професійний пацієнт)
- GTA – Gynecological Teaching Associate (гінекологічний викладач)
- INACSL – The International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning (Міжнародна асоціація медсестер клінічного та симуляційного навчання)
- NBME – The National Board of Medical Examiners (Національний перелік екзаменів з медицини)
- PI – Patient Instructor (пацієнт-інструктор)
- SESAM – Society for Simulation in Europe (Спілка симуляції в Європі)
- SOBP – Standards of Best Practice (стандарти кращої практики)
- SP – Standardized Patient (стандартизований пацієнт)
- SSH – Society for Simulation in Healthcare (Товариство з моделювання в охороні здоров'я)
- USMLE – United States Medical Licensing Examination (іспит на медичну ліцензію Сполучених Штатів)

ВСТУП

Сьогодні проблема якісного оволодіння практичними навичками та професійними компетентностями є однією з найгостріших у системі вищої медичної освіти в Україні. Юридичні та етичні аспекти значно обмежують доступ студентів до пацієнтів на клінічних базах. Студент не має можливості опанувати складні компетентності в реальних умовах медичного закладу – його допуск до важкого хворого є ще більш обмеженим з об'єктивних причин. З інтернами ситуація дещо краща, проте обмежень в опануванні складними навичками та спілкуванні зі «складними пацієнтами» досить багато.

Роботодавці ж при прийомі на роботу, як й пацієнти, бажають бачити професіонала, який в повній мірі володіє необхідним обсягом навичок, а не молодого недосвідченого лікаря, який продовжує навчання на робочому місці, більшість маніпуляцій бачить вперше та якого треба навчати ще кілька років після закінчення інтернатури. Тому не має жодних сумнівів в тому, що симуляційні технології повинні бути невід'ємною складовою сучасної підготовки висококваліфікованого лікаря.

Відпрацювання навичок на манекенах, роботах, симуляторах та віртуальних пацієнтах, безумовно, значно підвищує рівень підготовки. Проте обмеження можливостей фінансування потужної бази медичних симуляторів, які при інтенсивному використанні швидко зношуються та потребують постійного оновлення, неможливість повністю замінити процес спілкування та обстеження реального пацієнта навіть найскладнішими, найреалістичнішими роботами, змушує шукати нові шляхи і підходи до методології та дидактики освітнього процесу в медицині.

Навіть при вирішенні питання щодо доступу студентів-медиків до реальних пацієнтів в університетській клініці викладач не може забезпечити стовідсотковий контроль правильності виконання навичок у всіх студентів. Це неможливо практично:

- не вистачає пацієнтів, які дають згоду на спілкування зі студентами;

- непереборні етичні перепони при спілкуванні реальних пацієнтів зі студентами (переважна більшість пацієнтів, навіть надавши згоду, не готові розкритися перед студентами в окремих питаннях);
- не вистачає кількості запланованих академічних годин на окрему роботу викладача з кожним студентом;
- викладач не має достатньо академічного часу для проведення повного клінічного розбору кожного пацієнта.

Враховуючи, що сьогодні всі освітні програми мають компетентнісний підхід, є студентоцентричними й орієнтовані, в першу чергу, на набуття якісних професійних компетентностей та зважаючи на світовий досвід, вирішення питань набуття професійної компетентності молодими лікарями, зокрема навичками спілкування, загального огляду та фізикального обстеження, одним з найефективніших шляхів є впровадження в освітній процес на всіх рівнях (від медичних сестер до лікарів-курсантів) інституту симульованих пацієнтів.

Хоча використання симульованих пацієнтів має певні недоліки, головні з яких вартість (методика потребує спеціального персоналу та фінансових ресурсів) і «несправжність», ці недоліки є подоланими й принципово не впливають на соціальну значущість переваг і позитивний кінцевий економічний ефект (значне зниження витрат часу та фінансів на підготовку кваліфікованого фахівця). За світовим досвідом, вартість створення та підтримки функціонування інституту симульованих пацієнтів значно нижча, ніж постійне оновлення необхідної кількості високореалістичних роботів-симуляторів. Що стосується «несправжності», то багато досліджень демонструють, що добре навчених стандартизованих пацієнтів практично не можна відрізнити від справжніх. Наприклад, Veullens (1997) описав дослідження, які виявили, що стандартизовані пацієнти, які інкогніто прийшли на прийом до лікаря разом зі справжніми пацієнтами, були виявлені лише у 0–18 % випадків. При цьому в більшості випадків виявлення відбувалося лише при уточненні номера страхового поліса або деяких паспортних даних вже наприкінці прийому.

У цьому навчально-методичному посібнику визначені основні поняття методики «Симульований пацієнт», надано рекоменда-

ції щодо її впровадження, описані основні кроки створення бази симульованих пацієнтів, їхньої підготовки до роботи, використання методики в освітньому процесі та під час іспитів, критерії оцінювання якості надання послуг симульованими пацієнтами, оволодіння здобувачами освіти практичними навичками та набуття ними професійних компетентностей з використанням цієї методики на прикладі імплементації її в Одеському національному медичному університеті (ОНМедУ). Методика «Симульований пацієнт» є складовою частиною освітнього процесу та Об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) в ОНМедУ, зокрема під час дії карантинних заходів і гібридного навчання в умовах воєнного стану.

Методика «Симульований пацієнт» – це сучасний та ефективний інструмент опанування та оцінювання певних знань-умінь студентами-медиками, що надає можливість перевірки повноти набуття ними професійної компетентності та цілісності клінічного мислення, які неможливо оцінити іншими традиційними формами оцінювання, зокрема: комунікативні навички, навички фізикального обстеження та загального огляду хворого, відтворення поширених, нестандартних і складних клінічних кейсів.

Ми в жодному разі не применшуємо значення медичних симуляторів, роботів й манекенів, застосовуваних для навчання медичних фахівців. Метою цього видання є пошук гідного місця для стандартизованого пацієнта в системі симуляційного навчання в медицині, який не протиставляється симуляторам, а значно доповнює їх й усуває їхні недоліки.

Автори сподіваються, що рекомендації, викладені у навчально-методичному посібнику, допоможуть організувати програму «Симульований (стандартизований) пацієнт» якнайкраще.

Розділ 1

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ «СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ»

1. Закон України № 2145-VIII «Про освіту» від 05.09.2017 року.
2. Закон України № 1556-VII «Про вищу освіту» від 01.07.2014 року.
3. Постанова КМУ від 29.04.2015 року № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти (зі змінами і доповненнями)».
4. Постанова КМУ від 20 січня 1998 року № 65 «Про затвердження Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)».
5. Постанова КМУ № 302 від 27.03.2018 року «Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів освітнього ступеня магістра за спеціальностями галузі знань «Охорона здоров'я»».
6. Державні стандарти вищої освіти.
7. Наказ МОЗ України від 24.02.2000 року № 35 «Про затвердження положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 26.06.2000 року за № 370/4591).
8. Наказ МОЗ України від 19.02.2019 року № 419 «Про затвердження порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 20.03.2019 року за № 279/33250).
9. Накази та інструкції МОН України.
10. Кваліфікаційні стандарти.
11. Освітньо-професійні програми ОНМедУ.
12. Положення про організацію освітнього процесу в ОНМедУ.
13. Положення про стандартизованих пацієнтів ОНМедУ.
14. Рекомендації Європейської асоціації медичної освіти (AMEE).
15. Рекомендації Асоціації викладачів стандартизованих пацієнтів (Association of Standardized Patient Educators, ASPE).

16. Рекомендації Загальнонаціональної медичної екзаменаційної комісії (The National Board of Medical Examiners, NBME).

17. Стандарти Міжнародної асоціації медсестер клінічного та симуляційного навчання (The International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning, INACSL).

Розділ 2

ІСТОРІЯ МЕТОДУ

Використання в медичній освіті заздалегідь підготовлених акторів як «пацієнтів» веде свій початок ще з 60-х років ХХ ст. Піонером та справжнім «гуру» такого підходу став відомий сьогодні в усьому світі Говард Берроуз (H.S. Barrows), викладач неврології Університету Південної Кароліни (США). Запропоновані ним рольові ігри для навчання та оцінки клінічних і комунікативних навичок студентів, в яких були задіяні звичайні громадяни, зробили справжню революцію в медичній освіті того часу. За останні шістьдесят років методика значно еволюціонувала від імітації актором окремих симптомів захворювання до моделювання цілих «спектаклів» з кількома учасниками (пацієнт, його близька людина, інший медичний працівник тощо), чому також сприяли ентузіазм і творчий підхід Г. Берроуза.

Перші такі актори-пацієнти були названі самим Г. Берроузом «запрограмованими пацієнтами» (programmed patients). Перший підготовлений ним в 1963 р. запрограмований пацієнт моделював анамнез і результати обстеження пацієнта з розсіяним склерозом, ускладненим параплегією. Крім здійснення клінічної симуляції, пацієнт оцінював роботу студента за так званим контрольним списком (чек-листом), який також був розроблений Г. Берроузом в межах запропонованої методики. Завдяки відносній простоті та великій інформативності цей метод набув швидкого розповсюдження та багато прихильників.

Вже у 1970 р. в Університеті Арізони доктор Паула Стілман (P.L. Stillman) створила групу, яку назвала симульованими пацієнтами (simulated patients). Підготовлені нею місцеві актори моделювали клінічні ситуації від імені матерів вигаданих хворих дітей. Основними навичками, які давала змогу опанувати та проконтролювати її методика, були: вміння побудувати бесіду з матір'ю хворої дитини, зібрання всіх складових анамнезу з подальшим їхнім інтерпретуванням, проведення диференційної діагностики.

З 1984 р. деякими медичними школами на північному сході США використання акторів-пацієнтів, які були названі «стандартизованими»,

було впроваджено в кваліфікаційні іспити після закінчення програм ординатури. З того часу термін «стандартизований пацієнт» (SP) прийшов на зміну «запрограмованому» та «симульованому» пацієнтам у багатьох освітніх закладах.

Слідом за медичними школами США Медична рада Канади в 1993 р. першою в світі впровадила стандартизованих пацієнтів у офіційні кваліфікаційні іспити на отримання медичної ліцензії. Ця практика була швидко поширена в багатьох країнах, включаючи й США. З 1998 р. Освітня комісія США для підтвердження диплома випускниками іноземних закладів освіти ввела іспит з оцінкою клінічних навичок з використанням стандартизованих пацієнтів. Згодом цей іспит трансформувався в іспит на медичну ліцензію (USMLE) Step 2 Clinical Skills і став обов'язковим для отримання медичної ліцензії в США й для американських студентів.

Що стосується термінології, то з 90-х років найбільш поширеною назвою акторів (аніматорів), які брали участь як пацієнти в освітньому процесі та оцінюванні, став термін «стандартизований пацієнт», який позначався аббревіатурою SP. Таке позначення стандартизованого пацієнта сьогодні прийнято в більшості країн світу, тому ми пропонуємо його використання й в Україні. Ми використовуємо обидва терміни («стандартизований» та «симульований» пацієнт»), що пояснимо в наступних розділах.

Через 30 років після першого застосування актора як пацієнта, в 1993 р., Говард Берроуз на підставі власного досвіду та досвіду інших медичних шкіл, сформулював переваги SP щодо реальних пацієнтів: доступність, гнучкість, стандартизованість моделювання клінічної ситуації, можливість багаторазово й однаково відтворювати стандартний клінічний випадок, абсолютна безпечність навчального середовища для пацієнта і студента, зворотний зв'язок від SP, який не може бути наданий реальним пацієнтом.

Головний загальний висновок, якого дійшли всі дослідники медичних шкіл Європи, США, Канади, які працюють у сфері методології медичної освіти, це те, що навчання майбутнього лікаря слід починати не біля ліжка хворого, а з отримання певних умінь на доклінічному етапі, який сьогодні неможливо уявити без участі акторів-пацієнтів.