

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ

Навчально-методичний посібник

За редакцією професора В. Г. Марічереда

ОЛДІПІЮС  
2023

**Рецензенти:**

**Юрій Петрович Вдовиченко** – доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, заслужений лікар України, перший проректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;

**Ігор Васильович Геруш** – доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи Буковинського державного медичного університету;

**Кестутіс Петриконіс** – доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи Литовського університету наук про здоров'я

**Автори:**

**О. П. Рогачевський, М. П. Первак, О. С. Єгоренко, Ю. Є. Белозерцева-Баранова, В. І. Онищенко, Д. Ф. Караконстантин, А. Л. Добровольський, Н. В. Кривцова**

*Рекомендовано до друку Вченою Радою  
Одеського національного медичного університету  
(протокол № 2 від 22.12.2022 р.)*

С37 **Симульований пацієнт** : навчально-методичний посібник /  
О. П. Рогачевський, М. П. Первак, О. С. Єгоренко та ін. ; за ред. проф.  
В. Г. Марічереда – Одеса : Олді+, 2023. – 100 с.

ISBN 978-966-289-651-0

У навчальному посібнику висвітлено основні принципи й методику організації освітнього процесу із задіянням стандартизованих пацієнтів.

Для керівників середніх і вищих медичних закладів освіти, навчально-педагогічного персоналу та робочих груп з впровадження методики «Симульований пацієнт».

УДК 616-052-048.63(075.8)

© Колектив авторів, 2023

© Олді+, 2023

ISBN 978-966-289-651-0

## 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 1. Додаткові засоби симуляції при задіянні симульованого пацієнта .....	87
Додаток 2. План створення стимуляційного сценарію .....	94

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

HBK	– Навчально-виробничий комплекс
OSKI	– 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.

## Розділ 3 ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕРМІНОЛОГІЯ

Найбільш поширеним і загальноприйнятим у всьому світі терміном, який позначає актора або аніматора, що виконує роль пацієнта, є «стандартизований пацієнт». Проте є деякі особливості термінології, пов'язані з класифікацією симульованих пацієнтів, на яких ми хочемо зупинитися для запобігання подальшому непорозумінню.

Симуляційне навчання стало невід'ємним компонентом сучасної високоякісної професійної підготовки лікаря. Симуляційні технології дають змогу відтворити модель професійної діяльності з наданням можливості кожному здобувачу освіти опанувати та виконати окремих її елемент або їхню сукупність відповідно до професійних стандартів надання медичної допомоги без ризику для пацієнта. Методика «Симульований пацієнт» є однією з найважливіших складових сучасного симуляційного навчання в медицині.

Під «симульованим пацієнтом» ми розуміємо здорову людину, яка має акторські здібності та навчена відтворювати хворобливий стан (скарги, характерну моторику, психоемоційний стан, окремі симптоми захворювання тощо) реалістичним способом.

Під «стандартизованим пацієнтом» ми розуміємо симульованого або реального пацієнта, який навчений відтворювати хворобливий стан стандартизованим способом.

За загальноприйнятим розумінням, «симуляція» – це спроба відтворити реальність. У медичній освіті симуляція відтворює деякі важливі аспекти клінічної ситуації для полегшення їхнього розуміння та опанування алгоритму керування цією ситуацією в реальній клінічній практиці. Термін «симуляція» у цьому навчально-методичному посібнику – це один випадок спілкування пацієнта зі студентом або курсантом.

Що стосується термінології, наше розуміння термінів методики узгоджується з визначеннями в Словнику медичної симуляції (Healthcare Simulation Dictionary) Товариства медичної симуляції

(Society for Simulation in Healthcare's, SSH). Відповідно до цього Словника, всі учасники моделювання клінічної ситуації є «симульованими учасниками»: як актор, який зображує пацієнта, так і його партнер та сам студент, який грає роль лікаря або медичної сестри.

Крім того, сьогодні в «індустрії» стандартизованих пацієнтів, залежно від покладених на них функцій, виділяють:

- стандартизованих пацієнтів (безпосередньо моделює всі типи пацієнтів);
- партнерів пацієнтів, або «симульованих учасників» (актор імітує маму хворої дитини, члена сім'ї дорослої хворої людини, медичного працівника, адвоката незадоволеного пацієнта та ін.);
- гримерів пацієнтів – допомагають актору імітувати окремі симптоми, які потребують додаткового гриму, як-от: набряки, синці, висип на шкірі, гнійні виділення тощо (приклади подано в дод. А);
- менеджерів пацієнтів (які беруть участь у відборі претендентів на роль стандартизованого пацієнта, складають розклад роботи та координують застосування окремих пацієнтів у окремих сценаріях);
- методистів (досвідчені викладачі закладу освіти, які формують клінічні кейси для навчання та роботи стандартизованих пацієнтів, партнерів пацієнтів, гримерів);
- викладачів (тих, хто безпосередньо проводить заняття у студентів та курсантів із задіянням стандартизованих пацієнтів, працює над розвитком методології SP і відповідає за адміністрування симуляції на основі SP);
- інструкторів SP (співробітники закладу освіти, які займаються відповідною належною підготовкою акторів);
- екзаменаторів (експертів) SP, які мають спеціальні навички оцінювання іспитів з участю SP.

Реалістичність симуляції – це точність імітування реальності. Реалістичність симуляції розподіляється за рівнями:

- Симуляція з низькою точністю (Low fidelity simulation): симуляції в цій категорії є найменш реальними. Щодо застосування симульованих пацієнтів, до цієї категорії включають просту симуляцію для опанування студентами техніки пропедевтичних навичок

(загального огляду, пальпації, перкусії, аускультативу) без визначення окремих симптомів.

- Симуляція середньої точності (Mid-fidelity simulation): ці симуляції більш реальні. Щодо практики симульованих пацієнтів, їх використовують переважно в методології «гібридний пацієнт» із додатковим задіянням манекенів і симуляторів. Прикладом можуть бути такі процедури, як використання руки-симулятора для внутрішньовенного введення препарату, або симулятора внутрішньом'язової ін'єкції, або введення катетера Фолея.

- Симуляція високої точності (High fidelity simulation): така симуляція є найбільш реалістичною з максимальною взаємодією студента (курсанта) з пацієнтом у середовищі, яке дуже нагадує реальність. Є кілька правил для симуляції високої точності:

1. «Якщо Ви думаєте, що Ви там – Ви там». Вашому мозку все одно, ситуація відбувається в реальному житті або симульована – він видає одні й ті самі реакції, емоції та відчуття, з однією й тією ж швидкістю, в одній й тій самій послідовності, з одною й тою ж силою.

2. У симульованій ситуації кожний учасник завжди повинен діяти так, як би він діяв у реальному житті.

3. Комунікація в симульованій ситуації завжди повинна бути такою ж, як і в реальному житті.

4. Відтворення навколишнього середовища для ситуації повинно бути максимально реалістичним за освітленням, звуками, візуальними образами:

- якщо навколишнє середовище для даного випадку гучне (автомобільна траса, бойові дії) у реальному житті, зробіть його гучним й у симуляції;
- якщо ситуація відбувається вночі, вимкніть світло;
- якщо в ситуації присутній вогонь – зробіть імітацію запаху диму;
- якщо сценарій потребує постійного моніторингу вітальних показників – забезпечте наявність монітора-симулятора.



## Розділ 4

# КЛАСИФІКАЦІЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З УРАХУВАННЯМ РЕКОМЕНДАЦІЙ ASPE І AMEE

Оптимальний розподіл «ролей» пацієнтів має принципове значення для забезпечення найбільшої якості освітнього процесу із застосуванням симульованих пацієнтів. Активні дискусії щодо цього питання тривають й досі в усьому світі. Для імплементації найсучасніших досягнень методики ми використали досвід найбільш досвідчених фахівців Асоціації викладачів стандартизованих пацієнтів (ASPE) та Європейської асоціації медичної освіти (AMEE).

Існує кілька підходів до класифікації стандартизованих пацієнтів. Для більш детального розуміння розглянемо їх усі.

За обсягом моделювання розрізняють:

- стандартизованих пацієнтів (усі функції стосуються виключно здібностей людини-актора);
- гібридних пацієнтів (комбінування моделювання симптомів актором і використання симуляторів для додавання окремих клінічних даних, наприклад гінекологічний огляд);
- псевдопацієнтів (актор імітує здорову людину з пограничними психічними розладами або пацієнта-симулянта);
- імітованих («нестандартизованих») пацієнтів (актори задіяні для опанування окремими навичками у випадках, коли є необхідність відійти від жорстких стандартів поведінки та створення більш гнучких й автентичних сценаріїв).

*«Імітовані» та «стандартизовані» пацієнти*

Найбільш поширене визначення SP запропоновано Wind et al. (2004) і використовується AMEE: «Це неспеціаліст, який пройшов навчання, щоб реалістично зобразити пацієнта з певним станом». При цьому одну з найважливіших вимог до SP сформулював Norman (1983): «Якщо SP пройшов якісну підготовку, досвідчені клініцисти не повинні відрізнити його від реального пацієнта, який має ту саму проблему».

Наприкінці 90-х років Collins і Harden (1998) надали опис різних типів SP, який було рекомендовано AMEE для використання. Цей опис враховував не тільки обсяг підготовки SP, а й етапність набуття навичок студентом/курсантом протягом навчання:

1. SP для опанування найпростішими навичками студентами молодших курсів. Таким SP надається лише схема того, що від них очікується (наприклад, у таких ситуаціях, як фізичний огляд або окрема маніпуляція фізикального обстеження, коли взаємодія між учнем і пацієнтом мінімальна).

2. SP для опанування комплексними навичками (для студентів старших курсів). Таким SP надають короткий опис або сценарій, з яким вони повинні ознайомитися, але за межами якого вони можуть вільно відповідати, як хочуть (моделювання адаптується до власного досвіду пацієнта). SP такого типу може представляти певний набір симптомів та історію хвороби, але його професійні й соціальні/сімейні обставини можуть бути його власними. Приклад такого типу ролі наводимо з керівництва AMEE.

3. SP для відтворення повного клінічного кейсу (для студентів 6-го курсу, інтернів, лікарів-курсантів). Це людина, що пройшла інтенсивну підготовку, кожна відповідь якої ретельно продумана та відрепетирувана.

*Приклад простої ролі SP, де пацієнти використовують власну історію для доповнення «змодельованої» медичної інформації (за матеріалами AMEE)*

Ви звернулися до лікаря через таку проблему:

- Шкіра на ваших руках червона, свербить, суха і болить, особливо на ділянках суглобів, де шкіра зараз тріскається.
- У вас траплялося таке періодично протягом кількох останніх років, але раніше симптоми швидко зникали після застосування кремів, які вам надавали знайомі.
- Цей спалах триває протягом кількох місяців і не зникає при застосуванні кремів, якими користувалися раніше. Також симптоми не відреагували на новий крем Vetnovate, який ви позичили у друга.
- У вас немає інших симптомів або проблем зі шкірою в іншому місці.

## Фон

- Ви (використовуйте своє ім'я та вік).
  - Ви бербер/перукар. Це передбачає використання хімічних речовин, таких як фарба для волосся та лосьйон для хімічної завивки.
  - Будинок і сім'я – користуйтеся своїми власними даними.
  - Здоров'я та інші ліки – користуйтеся своїми власними даними.
- З психологічної точки зору, вас нічого особливо не напружує: ви маєте багато друзів і задоволені життям.
- Ви не курите і не вживаєте наркотики, але випиваєте певну кількість алкогольних напоїв у компанії друзів у вихідні дні.

## Якщо запитують:

- У дитинстві у вас були легкі проблеми з «екземою», проте про жодну проблему з контактною алергією ви не пам'ятаєте.
- Ви часто миєте руки на роботі, але завжди робили це і вдома. Ви не носите гумові рукавички.

## Занепокоєння

- Ви збентежені, коли відчуваєте, що ваші руки виглядають «нечистими».

Виходячи з вказаних поглядів, Norman запропонував перші два типи SP називати «симульованими пацієнтами», а останній тип – «стандартизованим пацієнтом». Хоча більшість авторів терміни «симульований» і «стандартизований» пацієнт використовують як синоніми, на наш погляд, для запобігання «введення в оману» на етапі початку активної імплементації методики в освітній процес такий розподіл є доцільним для внутрішнього використання. В такому випадку, щоб розрізнити ці два аспекти, корисно розглядати «симульованого пацієнта» як такого, що робить наголос на моделюванні окремих симптомів і ознак реального пацієнта, а «стандартизованого пацієнта» – на послідовності та жорсткій стандартизації процесу моделювання.

Таким чином, стандартизовані пацієнти навчаються давати послідовну презентацію, яка не змінюється від студента до студента та не відрізняється від стандартизованого пацієнта до стандартизованого пацієнта; тимчасом симульований пацієнт (представляючи той самий випадок) цілком може показувати варіацію.

Adamo (2003) розглядає стандартизованого пацієнта як одну зі складових симульованого пацієнта: «стандартизована зустріч з пацієнтом є зустріччю з симульованим пацієнтом, але зустріч із симульованим пацієнтом не обов'язково є стандартизованою».

На думку експертів AMEE, кращим описом для «стандартизованого пацієнта» може бути «стандартизований симульований пацієнт». «Стандартизовані пацієнти» належать до третьої категорії, представленої Коллінзом і Харденом вище. Стандартизовані пацієнти використовуються здебільшого для оглядів і досліджень у сфері охорони здоров'я, де є потреба у високому ступені відтворюваності.

Проте питання щодо оптимальної назви SP у усьому світі залишається дискусійним. Завдяки міжнародному дослідженню експертів AMEE використання SP, було виявлено, що азіатські та європейські викладачі зазвичай називають усіх SP «симульованими», тимчасом як у США все навпаки: симульовані та стандартизовані пацієнти класифікуються разом як «стандартизовані». На думку Коллінза і Хардена, викладену в їхньому ранньому посібнику AMEE щодо реальних пацієнтів, симульованих пацієнтів та симуляторів у клінічних обстеженнях, термін «стандартизований пацієнт» сам по собі може вводити в оману, оскільки він не вказує на те, чи є пацієнт справжнім чи симульованим: люди можуть зображати свої власні проблеми або проблеми інших пацієнтів (Дослідники з оцінки клінічних навичок, 1993). Однак досвід AMEE показує, що термін «стандартизований пацієнт» нині зазвичай використовується для опису людей без фактичного захворювання, які навчені зображати випадок у послідовний спосіб. Людей з реальною хворобою, які зображають власний випадок, зазвичай називають реальними пацієнтами.

При адаптації методики до наших умов і можливостей для запобігання плутанини та помилок ми поєднали досвід та рекомендації провідних світових фахівців з власними поглядами та досвідом.

Усі учасники цього типу навчання є *симульованими учасниками*:

*Студент/курсант* – симульований лікар або медична сестра.

*Актор (аніматор)* – симульований пацієнт або симульований партнер пацієнта.

*Викладач* – симульований учасник-експерт.

*Студент-експерт* – симульований учасник-експерт (може бути введений в окремі сценарії).

Симульовані пацієнти розділені нами на кілька категорій:

*Імітований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний в опануванні окремими навичками огляду та фізикального обстеження студентами 2-го та 3-го курсів без застосування додаткових засобів симуляції. Такий пацієнт не має жорстких обмежень стандарту поведінки.

*Пацієнт-інструктор* – окрема субкатегорія імітованого пацієнта. Такий актор/аніматор, крім виконання функцій імітованого пацієнта, ще виконує обов'язки інструктора, який виправляє помилки та надає інструктаж протягом навчальної симуляції.

*Простий симульований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний в коротких клінічних сценаріях при опануванні окремими компетентностей студентами 4–6-го курсу без застосування додаткових засобів симуляції. Такий пацієнт має певні рольові стандарти в окремих частинах сценарію.

*Стандартизований симульований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний в клінічних сценаріях і має чіткі рольові стандарти протягом проходження сценарію без застосування додаткових засобів симуляції.

*Реальний стандартизований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний в моделюванні того захворювання, на яке насправді страждає.

*Гібридний комплексний симульований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний в коротких клінічних сценаріях при опануванні окремими компетентностями студентами 4–6-го курсу із застосуванням додаткових засобів симуляції (муляж, симулятор, «симуляційна накладка» та ін.). Такий пацієнт має певні рольові стандарти в окремих частинах сценарію.

*Гібридний стандартизований симульований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний у клінічних сценаріях і має чіткі рольові стандарти протягом проходження всього сценарію із застосуванням додаткових засобів симуляції.

*Психотипований стандартизований симульований пацієнт* – актор/аніматор, який задіяний у сценаріях з опанування комунікативними навичками або soft skills з чіткою стандартизацією як невербальних ознак психотипу, так і всіх вербальних етапів ролі.

## Розділ 5

# ОСНОВНІ СТАНДАРТИ ФОРМУВАННЯ БАЗИ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ АМЄЕ І АСПЕ

Стандарти практики стандартизованого пацієнта були вперше запропоновані експертами у галузі методології SP Асоціації викладачів стандартизованих пацієнтів (ASPE) та опубліковані в керівництвах Європейської асоціації медичної освіти (АМЄЕ) № 13 та № 42.

У навчально-методичному посібнику надаються стандарти, які за чотири роки застосування цієї методики нами адаптовано до наших умов.

1. Стандартизовані пацієнти є одним із найефективніших ресурсів матеріального та методичного забезпечення освітнього процесу в медицині на всіх рівнях як для опанування, так й для оцінки навичок, які пов'язані зі спілкуванням і фізикальним обстеженням пацієнта.

2. Стандартизовані пацієнти є невід'ємною частиною освітньої команди, зосередженої на досягненні практичних результатів навчання.

3. На переконання самого Г. Берроуза, «стандартизований пацієнт – це людина, ретельно підготовлена симулювати реального пацієнта настільки точно, що симуляцію не може помітити навіть досвідчений клініцист».

4. Крім того, що усі SP бездоганно грають ролі «реальних» пацієнтів, вони повинні бути навчені надавати зворотний зв'язок (фідбек) під час навчання та додавати експертну оцінку ефективності дій під час проведення іспитів.

5. Формування ефективного ресурсу SP та економії часу персоналу потребують чітких алгоритмів створення «банку» SP та управління «банком» SP, а також чітко сформованої методології навчання SP.

6. Не кожний може бути SP: критично важливим для виконання програми SP є набір, відбір, навчання та утримання здатних, відповідних, відповідальних і надійних SP.

7. Усі методи навчання і алгоритми моделювання клінічних ситуацій повинні бути стандартизовані й проходити постійну перевірку реалістичності, валідності та надійності.

8. Стандартизовані пацієнти повинні завжди поводитися у високо повторюваний спосіб, що передумовлює об'єктивність та стандартність з кожною особою, яка навчається (або атестується), для створення справедливих умов і рівних шансів.

Дуже важливим для розробки власних стандартів організації та задіяння в освітньому процесі інституту стандартизованих пацієнтів для нас стали базові Практичні стандарти Європейської асоціації стандартизованих пацієнтів (SOBP ASPE). Це «живий документ, що періодично переглядається та змінюється під керівництвом Комітету стандартів практики ASPE, оскільки методологія SP постійно покращується та адаптується до практик симуляційного моделювання, що розвиваються».

Ці стандарти розроблені за п'ятьма блоками (напрямами):

**1. Безпечне робоче середовище.** Безпека є основною мотивацією для використання клінічного моделювання. Симуляція має проводитися безпечним способом, який мінімізує ризик для всіх зацікавлених сторін, незалежно від діяльності.

**2. Розробка та постійний розвиток кейсу.** Необхідно встановлювати і дотримуватися стандартів передового досвіду в освіті, навчанні та дослідженнях. Співпраця потребує обміну кращими практиками з колегами на місцевому та глобальному рівнях.

**3. Обов'язкове навчання SP за трьома ключовими категоріями:** рольове зображення; зворотний зв'язок з особою, яка навчається; участь в остаточному оцінюванні як стандартизовані інструменти.

**4. Менеджмент SP.**

**5. Професійний розвиток.** Якість означає забезпечення та прагнення до постійного вдосконалення. Професіоналізм означає, що ми є частиною спільноти професіоналів і діємо відповідно до загальної етики, цінностей і стандартів.

Кожний блок стандартів розділений на певні принципи із супровідними ключовими практиками. Проте не всі практики можуть бути застосовані до кожної ситуації. Ми наводимо всі запропоновані SOBP ASPE принципи з додаванням деяких власних поглядів і коментарів.

## Блок 1. Безпечне робоче середовище

Менеджери SP разом з викладачами зобов'язані забезпечити безпечне психологічне та фізичне середовище навчання для всіх зацікавлених сторін: SP, студентів/курсантів, викладачів, партнерів пацієнтів та іншого задіяного в симуляції персоналу (*Стандарт INACSL: Професійна чесність*). Спільнота педагогів SP Європейської асоціації стандартизованих пацієнтів сформулювала три принципи, пов'язані зі створенням і забезпеченням безпечного робочого середовища: безпечні методи роботи, конфіденційність і повага.

1.1. Безпечні методи роботи	<p>1.1.1. Забезпечення безпечних умов праці під час планування діяльності (наприклад, кількість чергувань, кількість перерв, фізичні, когнітивні та психологічні проблеми під час зображення ролі).</p> <p>1.1.2. Передбачення та розпізнавання потенційних професійних небезпек, включаючи загрози безпеці SP у навколишньому середовищі (наприклад, алергенні речовини, вплив гострих предметів, якість повітря, активні дефібрилятори).</p> <p>1.1.3. Перевірка відповідності SP ролі, яку вони виконують (зокрема, відсутність конфлікту інтересів та психологічної небезпеки).</p> <p>1.1.4. Дозвіл SP відмовитися від будь-якої певної діяльності, якщо вони вважають, що їхня участь недоцільна.</p> <p>1.1.5. Обов'язкове надання короткого опису роботи SP, щоб вони чітко розуміли вказівки та параметри моделювання.</p> <p>1.1.6. Надання SP стратегії пом'якшення потенційних несприятливих наслідків зображення ролі та запобігання фізичним травмам або втомі.</p> <p>1.1.7. Інформування SP і студентів/курсантів про критерії та процеси припинення симуляції, якщо хтось з них вважає її шкідливою.</p> <p>1.1.8. Структуризація часу та розробка вимог і процесу скасування ролі та/або дебрифінгу.</p> <p>1.1.9. Обов'язкова розробка алгоритмів відстеження та реагування на негативні наслідки участі SP в симуляції.</p> <p>1.1.10. Розробка для симульованих учасників процедури повідомлення про несприятливі наслідки симуляції (наприклад, документація та дії щодо вирішення ситуації).</p> <p>1.1.11. Підтримка SP, які діють відповідно до визначених програмних очікувань, якщо на них подано скаргу.</p> <p>1.1.12. Керування очікуваннями студента/курсанта щодо можливостей і обмежень при роботі з SP.</p> <p>1.1.13. Постійна робота з SP та студентами/курсантами щодо чіткого визначення очікуваного обсягу участі SP у виконанні робочих завдань</p>
-----------------------------	---



1.2. Конфіденційність	1.2.1. Розуміння конкретних принципів конфіденційності, які застосовуються до всіх аспектів кожної події симуляції. 1.2.2. Впевненість у розумінні та дотриманні SP принципів конфіденційності, пов'язаних із конкретними подіями моделювання клінічної ситуації. 1.2.3. Захист конфіденційності особистої інформації всіх зацікавлених сторін, зокрема й тієї, яка може бути розкрита під час моделювання
1.3. Повага	1.3.1. Повага меж, які визначені SP (наприклад, скромність, обмеження фізичного дотику, вплив на людину). 1.3.2. Надання SP повної інформації в належному вигляді для прийняття обґрунтованого рішення щодо участі у виконанні робочих завдань. 1.3.3. Переконавання, що SP чітко розуміють, яким чином й коли вони отримуватимуть компенсацію за виконану роботу (наприклад, може включати оплату навчання і час роботи, витрати на відрядження, ваучери на харчування, подарункові карти)

## Блок 2. Розробка та розвиток кейса

Як освітні та програмні цілі принципово керують освітньою діяльністю, так і розробка й розвиток симуляційних кейсів є критично важливими для викладача SP. Матеріали кейсу повинні містити всі документи з описом випадку, будь-які супровідні документи (наприклад, діаграми, фотографії, навчальні матеріали для пацієнтів), інструменти оцінки, навчальні ресурси для студентів (курсантів) (наприклад, посилання та відео), а також усі алгоритми дій SP, за якими йому потрібно підготуватися до викладання або оцінювання.

Таким чином, симуляційні кейси для SP мають містити кілька компонентів, які призначені для різних користувачів кейсу: викладачів SP; студентів/курсантів; екзаменаторів; партнерів SP; самих SP; гримерів SP; менеджерів (адміністраторів) SP; екзаменаторів (експертів) SP.

Розробка цих матеріалів повинна бути оптимізована за допомогою спільного багатоетапного процесу з використанням набору найкращих практик для проектування симуляцій (*Стандарт INACSL: Симуляційний дизайн*), а також інструкцій, що стосуються професійного контексту (національних і локальних медичних протоколів, законів та ін.). Враховуючи важливість матеріалів, пов'язаних із кейсами, для роботи SP, досвід у розробці навчальних та оцінювальних

матеріалів має вирішальне значення для педагогів. Є два принципи, якими керується діяльність SP з розробки кейсу: підготовка та компоненти кейсу.

2.1. Підготовка	2.1.1. Відповідність кейсів вимірним цілям навчання. (Стандарт INACSL: Результати та цілі). 2.1.2. Визначення та залучення відповідних експертів з дисципліни для допомоги у створенні матеріалів. 2.1.3. Впевненість, що кейси базуються на автентичних проблемах, а їхні матеріали дотримуються принципу поваги до осіб, які представлені у кейсі, для запобігання упередженості або стереотипного моделювання маргінальних груп населення. 2.1.4. Процес розробки кейсу повинен мати достатньо часу для розробки, перегляду та редагування матеріалів кейсу до його впровадження. 2.1.5. Усі зміни, які виникли в результаті пробних прогонів або інших пілотних процесів, повинні бути розглянуті та враховані до впровадження кейсу.
2.2. Компоненти кейсу	2.2.1. Чіткі цілі та завдання, які можна оцінити. 2.2.2. Цілі та завдання, які визначають запланований рівень учнів. 2.2.3. Дизайн моделювання, який відповідає меті. 2.2.4. Імітаційний дизайн, який можна повторити. 2.2.5. Інформація для SP (наприклад, ситуація та передісторія, історія, вплив і поведінка, ознаки та симптоми для моделювання, підказки). 2.2.6. Навчальні ресурси (наприклад, реквізит, муляж, відео, інструктор). 2.2.7. Зворотний зв'язок щодо конкретних випадків або рекомендації для підбиття підсумків. 2.2.8. Інструктаж SP, викладача, здобувачів освіти. 2.2.9. Часові рамки. 2.2.10. Інструменти оцінювання та показники ефективності (наприклад, чек-листи та рейтингові шкали, оцінювання учасників та фасилітаторів). 2.2.11. Протоколи навчання для оцінювачів (SP або інших). 2.2.12. Дані для менеджменту документації та найму SP (наприклад, інформація про автора, дата розробки, расова та національна належність пацієнта, критерії типу тіла).

## Блок 3. Навчання SP

Навчання акторів (SP) повинно готувати їх до виконання ролей, надання фідбеку та формування інструментів оцінювання. Ці три сфери є окремими навичками, але не виключають одна одну. Обов'язком викладача SP є інтеграція розвитку цих навичок

у навчання стандартизованих пацієнтів відповідно до навчальних цілей діяльності та досвіду самих акторів. Навчання може проводитися в будь-якому форматі (очному, онлайн або змішаному).

#### Підготовка до навчання SP

Контекст, у якому повинні працювати SP, визначає ступінь стандартизації (послідовність і точність) їхньої поведінки як у межах проведення симуляції окремим SP, так і між SP, які виконують однакову роль. Педагоги SP повинні застосовувати однакові принципи навчання під час підготовки всіх симульованих учасників, включаючи SP, для всіх видів симуляції (гібридної, змішаної модальності та ін.).

#### Зображення ролі

Очікується, що викладачі SP повинні забезпечити послідовність і точність виконання SP. Оскільки SP часто просять брати участь у ролях, які потребують принаймні певної фізичної та емоційної вразливості, викладачі SP повинні забезпечувати сприятливе і безпечне освітнє середовище та середовище навчання SP (див. Блок 1. Безпечне робоче середовище).

#### Зворотний зв'язок

Зворотний зв'язок має вирішальне значення для навчання. Тим часом як учні можуть отримувати відгуки з багатьох освітніх джерел, включаючи клініцистів і однолітків, зворотний зв'язок SP забезпечує унікальну перспективу. Як зазначають Беренсон і співавтори (2012): «SP можуть надати учням унікальну та цінну інформацію про те, як їхні дії та поведінка вплинули на емоційний досвід учня, довіру SP до учня та розуміння SP інформації, якою обмінюються. Таким чином, зворотний зв'язок SP виконує критично важливу навчальну роль у міжособистісній та емоційній сферах». Завдяки належній підготовці, SP також можуть надати відгук про комунікативні, клінічні або процедурні навички учня. Ефективний зворотний зв'язок потребує знання моделей або протоколів, прийнятих кожною установою, і педагоги SP можуть навчати SP стратегій усного та письмового зворотного зв'язку.

#### Інструменти оцінювання

Стандарти освітнього та психологічного тестування визначають оцінювання як «будь-який систематичний метод отримання

інформації з тестів та інших джерел, який використовується для висновків щодо характеристик людей, об'єктів або програм».

3.1. Підготовка до навчання	<p>3.1.1. Перегляд мети, цілей та результатів (див. Стандарт INACSL: Результати та цілі), логістики та матеріалів кейсу щодо діяльності.</p> <p>3.1.2. Усунення власних прогалин у знаннях, якщо такі є.</p> <p>3.1.3. Створення навчального плану, який відповідає контексту та формату кожної діяльності (наприклад, групове навчання стандартизації, перегляд створеного навчального відео, практика з симуляційним обладнанням).</p> <p>3.1.4. Збирання навчальних ресурсів для доповнення навчання.</p> <p>3.1.5. Збирання адміністративних документів та спеціальних інструкцій</p>
3.2. Тренування рольового зображення	<p>3.2.1. Перегляд разом із SP ключових цілей, обов'язків, контексту (наприклад, рівень підготовки студента, місце в навчальній програмі) і формату (наприклад, тривалість зустрічі, тип зустрічі) кожної діяльності.</p> <p>3.2.2. Залучення SP до обговорення та практики характеристик рольового зображення (наприклад, вплив, ознаки та симптоми, поведінка).</p> <p>3.2.3. Надання SP стратегії для вирішення непередбачуваних питань і поведінки студентів/курсантів.</p> <p>3.2.4. Забезпечення узгодженості та точності опису ролей для окремих SP, а також для групи SP, які зображують ту саму роль.</p> <p>3.2.5. Забезпечення готовності SP до симуляції шляхом повторної практики репетицій та цілеспрямованого зворотного зв'язку</p>
3.3. Навчання зворотного зв'язку	<p>3.3.1. Ознайомлення SP із основними принципами зворотного зв'язку, які стосуються запланованої діяльності.</p> <p>3.3.2. Інформування SP про цілі зворотного зв'язку та рівень учнів, з якими вони навчатимуться.</p> <p>3.3.3. Інформування SP про логістику та налаштування зворотного зв'язку (наприклад, зворотний зв'язок сам на сам з учнем, зворотний зв'язок у малих групах, підсумкове моделювання).</p> <p>3.3.4. Навчання SP використовувати свої спостереження, відповіді та знання для надання зворотного зв'язку щодо спостережуваної та модифікованої поведінки учнів.</p> <p>3.3.5. Забезпечення готовності SP шляхом повторної практики та цілеспрямованого зворотного зв'язку</p>



3.4. Навчання заповненню інструментів оцінювання	<p>3.4.1. Переконавання, що SP розуміють природу, контекст і цілі оцінювання.</p> <p>3.4.2. Переконавання, що SP розуміють формат інструменту оцінювання.</p> <p>3.4.3. Переконавання, що SP спроможні заповнити інструменти оцінки у відведений час.</p> <p>3.4.4. Практикування SP із заповнення інструментів оцінювання з різноманітними поведінками учнів.</p> <p>3.4.5. Переконавання, що ЗП розуміють як принцип, так і сприйнятливий досвід будь-яких маневрів фізичного обстеження, які вони оцінюватимуть.</p> <p>3.4.6. Забезпечення послідовного та точного заповнення під час формувального оцінювання інструменту оцінювання окремими SP та групами SP, які виконують одне й те саме завдання.</p> <p>3.4.7. Перевірка надійності, за якої учень отримає однаковий бал, якщо його буде оцінено різними SP, між оцінювачами під час оцінювання з високими ставками.</p> <p>3.4.8. Перевірка під час оцінювання високих ставок надійності внутрішнього оцінювання, у якому SP призначатимуть однаковий бал ідентичній продуктивності в різні моменти часу</p>
3.5. Рефлексія тренувального процесу	<p>3.5.1. Обміркування власної практики навчання для майбутнього вдосконалення (наприклад, форми оцінки, підбиття підсумків, перегляд відео). (Див. також пункт 4.6: Управління якістю)</p>

У багатьох контекстах оцінювання учні повинні демонструвати свою компетентність через поведінку, яку оцінюють спостерігачі. Часто SP зображують роль і спостерігають за поведінкою одночасно. Після зустрічі SP можуть задокументувати ефективність учня на інструментах оцінювання. Якщо це потрібно, навчання SP має також зосереджуватися на точному та послідовному виконанні інструментів оцінювання. Оцінювання SP може бути формувальним, підсумковим або високим, може набувати різних форматів (наприклад, одноразова зустріч, багаторазова зустріч, ОСКІ) і використовувати багато типів інструментів оцінювання (наприклад, контрольні списки, рубрики, розповідь). Очікування щодо продуктивності SP відрізняються залежно від типу або формату оцінювання. Існує

п'ять принципів, яких повинні дотримуватися викладачі, пов'язані з методологією навчання SP: підготовка до навчального процесу, навчання зображення ролі, надання зворотного зв'язку, завершення інструментів оцінювання та рефлексія процесу навчання.

#### Блок 4. Управління програмою

Програми SP надають підготовлену когорту SP, досвід у методології SP та процеси, які ефективно й економічно ефективно адмініструють послуги SP. Управління в програмах SP існує вздовж спектру. Деякі програми можуть мати одну особу, призначену для адміністрування програми SP, і кілька SP, тимчасом як інші можуть очолюватися спеціальним менеджером, який контролює роботу багатьох SP, викладачів і адміністраторів.

Незалежно від розміру, програми SP несуть відповідальність за практику управління якістю, включаючи планування якості, забезпечення якості, контроль якості та покращення якості (див. Стандарт INACSL: Професійна чесність). Чітко сформульована політика та процедури дають змогу програмі SP продемонструвати, що вона відповідає законодавчим, інституційним і практичним стандартам. Вони також визначають підходи до досягнення цілей програми, забезпечують підзвітність зацікавленим сторонам (SP, учням, викладачам, співробітникам) і заохочують постійне вдосконалення. Є шість принципів, на які слід звертати увагу при управлінні програмами SP.

4.1. Мета	<p>4.1.1. Формулювання місії програми.</p> <p>4.1.2. Розробка цілей програми.</p> <p>4.1.3. Визначення вимірюваних індикаторів для кожної цілі (за необхідності)</p>
4.2. Експертиза	<p>4.2.1. Володіння глибокими знаннями з методології SP.</p> <p>4.2.2. Пропагування інтеграції методології SP в освітню програму, де це необхідно.</p> <p>4.2.3. Визначення найліпшого моменту включення SP в симуляційну діяльність.</p> <p>4.2.4. Співпраця з експертами з предметних комісій для розробки кейсів SP, навчання та матеріалів для оцінювання.</p> <p>4.2.5. Навчання SP відповідно до сценарію або параметрів проєкту</p>

4.3. Політика та процедури	<p>4.3.1. Розробка та документування політики керівництва щодо діяльності програми SP.</p> <p>4.3.2. Розробка та документування політики, яка враховує доступ та інтеграцію людей з обмеженими можливостями.</p> <p>4.3.3. Розробка та документування бізнес-процесів та процедур, включаючи, але не обмежуючись, створення фінансового менеджменту, бізнес-планів і стратегічних планів.</p> <p>4.3.4. Забезпечення актуальності та доступності політик і процедур.</p> <p>4.3.5. Розповсюдження політики та процедур серед усіх зацікавлених сторін</p>
4.4. Ведення записів	<p>4.4.1. Співпраця з експертами з предметних комісій для розробки системи звітування про продуктивність учнів перед зацікавленими сторонами (наприклад, учнями, розробниками навчальних програм, викладачами, адміністрацією).</p> <p>4.4.2. Переконавання, що політика доступна для обміну справами та архівування.</p> <p>4.4.3. Розробка та документування методів безпечного зберігання, архівування та знищення конфіденційних даних (наприклад, записів SP, даних учнів, відеоданих, форм згоди, форм звільнення)</p>
4.5. Керівництво командою	<p>4.5.1. Отримання консультації фахівців з питань права, фінансів і кадрів, щоб переконатися, що статус SP (наприклад, працівник, незалежний підрядник, волонтер) та структура винагороди (якщо застосована) відповідають інституційним вимогам та чинному законодавству.</p> <p>4.5.2. Розробка процесів ідентифікації, перевірки, співбесіди, відбору, опитування та підтримки SP та іншого персоналу.</p> <p>4.5.3. Прийом на роботу та постійна підтримка когорти SP, яка відображає різноманіття людей, яких вони представляють у діяльності з моделювання.</p> <p>4.5.4. Встановлення політики та процедури щодо психологічної, фізичної та екологічної безпеки SP, учнів, персоналу і викладачів. (Див. Блок 1: Безпечні методи роботи).</p> <p>4.5.5. Пропагування можливості постійного професійного розвитку для всього персоналу, включаючи SP</p>
4.6. Управління якістю	<p>4.6.1. Регулярний збір даних для оцінки узгодженості програмної діяльності із законодавчою, інституційною та програмною політикою та процедурами.</p> <p>4.6.2. Регулярний збір відгуків (фідбек) від SP, учнів, викладачів та інших користувачів щодо якості послуг, що надаються програмою.</p> <p>4.6.3. Своєчасний аналіз даних та відгуків.</p> <p>4.6.4. Постійне впровадження змін для постійного вдосконалення.</p> <p>4.6.5. Постійне інформування зацікавлених сторін про зміни, які внесені на підставі їхніх відгуків</p>

## Блок 5. Професійний розвиток

Педагоги SP беруть участь у професійному розвитку, щоб сприяти досконалості у своїй власній практиці, у спільноті практиків і серед зацікавлених сторін. Професіоналізм визначено для багатьох професій, з якими взаємодіють педагоги СП, у т. ч. медицини та сестринської справи. Існують перетини з деякими із цих понять професіоналізму. Однак ми є новою неоднорідною практикою без процесу ліцензування. Ці SOBP є власною цілісною спробою сформулювати стандарти професіоналізму для нашої практики. Ми спираємося на модель розвитку викладачів Штайнерта, щоб сформулювати професіоналізм і професійний розвиток у зв'язку з нашим контекстом. Зокрема, ми зосереджуємося на трьох принципах: розвиток кар'єри, стипендія та лідерство.

5.1. Розвиток кар'єри	<p>5.1.1. Розвиток та сприяння розвитку знань, навичок і ставлень, пов'язаних із симуляційними технологіями SP.</p> <p>5.1.2. Розвиток та поширення досвіду у теорії, принципах і процесах освіти та оцінювання, що мають відношення до контексту вашої практики (наприклад, медична освіта, освіта сестринського персоналу, юридична та правоохоронна підготовка).</p> <p>5.1.3. Підтримка членства в професійних товариствах з симуляційного моделювання (наприклад, ASPE, ASPiH, INACSL, SESAM, SSH).</p> <p>5.1.4. Використання освітніх можливостей (наприклад, професійними конференціями, курсами, програмами отримання ступеня, сертифікатами).</p> <p>5.1.5. Розвиток навичок особистого менеджменту (наприклад, управління часом, стратегії здоров'я, планування кар'єри).</p> <p>5.1.6. Пошук можливостей для кар'єрного наставництва</p>
5.2. Винагороди	<p>5.2.1. Розвиток розуміння діапазону можливостей для винагород в програмі SP.</p> <p>5.2.2. Визначення та/або розробка нових контекстів для методології SP.</p> <p>5.2.3. Сприяння розвитку найкращих практик через інновації, дослідження та розповсюдження нових методів у різних напрямках (наприклад, публікації, презентації)</p>
5.3. Лідерство	<p>5.3.1. Сприяти розумінню та розвитку методології SP на місцевому, національному та міжнародному рівнях.</p> <p>5.3.2. Наставництво і підтримка SP та інших викладачів SP у своєму закладі та в спільноті практиків.</p> <p>5.3.3. Шукати та підтримувати розвиток лідерських навичок (наприклад, співпраця, створення команди, управління змінами, ефективність міжособистісного спілкування, вирішення конфліктів)</p>

## Розділ 6 ПІДБІР КАДРІВ СИМУЛЬОВАНИХ УЧАСНИКІВ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПРОГРАМИ

### Симульований пацієнт

Симульовані пацієнти можуть бути як професійними акторами, так і непрофесіоналами (аніматорами) або пацієнтами-волонтерами. При цьому світова практика демонструє, що кожна медична школа формує вимоги до претендентів на роботу SP самостійно: деякі школи використовують лише професійних акторів, інші – поєднання волонтерів і професійних акторів. Навіть описано досвід використання медичною школою виключно пацієнтів-добровольців. Найбільш важливим фактором для формування вимог до претендентів є фінансові можливості закладу на оплату заробітної платні та додаткових засобів симуляції.

Ті заклади, які використовують оплачуваних пацієнтів, встановлюють різні рівні заробітної плати в залежності від кваліфікації SP. Найбільш оплачуваними є професійні актори, які задіяні в психіатричних кейсах (Eagles et al., 2007), в оцінюванні складних комунікативних навичок (психотиповані стандартизовані симульовані пацієнти – за нашою класифікацією) та ті, які задіяні у випадках, де необхідний зворотний зв'язок зі студентом. Хоча досліджень з порівняння ефективності використання професійних акторів і непрофесіоналів не було, експерти АМЕЕ дійшли висновку, що «історичні та фінансові причини, а також місцеві переваги визначають, який тип SP використовуватиметься. Фінансові ресурси, ймовірно, найбільше впливають на те, чи будуть професійні актори використовуватися як SP».

У процесі впровадження та адаптації методики в нашому закладі ми використовували як професійних акторів, так й аніматорів-волонтерів, та дійшли висновку, що здебільшого немає принципової

різниці між цими двома групами симульованих пацієнтів у всіх випадках, крім психотипованих стандартизованих симульованих пацієнтів, коли задіяння професійних акторів має значні переваги.

Таким чином, при формуванні бази симульованих пацієнтів переважне значення має бюджет, який заклад готовий витратити на них, природні здібності самих претендентів і категорія симульованих пацієнтів, до якої відбувається набір.

### Пацієнт-інструктор

Враховуючи практичну відсутність власного досвіду застосування пацієнта-інструктора (PI), для розуміння особливостей цього типу SP ми користуємося детальним аналізом, який наведено у відповідному керівництві АМЕЕ.

Інструктор SP, або пацієнт-інструктор (PI), вперше був введений та описаний Stillman et al. (1976). «Роль» такого пацієнта передбачає як виконання певної ролі SP, так й навчання студента як більш ефективно керувати консультацією або ситуацією з подальшим повторним проходженням сценарію. Така послідовність в роботі PI вперше була описана Benbasset & Baupal (2002).

Ця роль дуже складна, коло претендентів дуже вузьке, тому таких пацієнтів завжди мало. В разі необхідності сценарій PI може бути замінений звичайним опитувальником для зворотного зв'язку, хоча корекція дій студента протягом самої симуляції, якщо є можливість це забезпечити, нам здається більш ефективною.

У світовій літературі (Kretzschmar, 1978; Beckmann & Meyers, 1988; Coleman et al., 2002) описані інші типи вузькоспеціалізованих пацієнтів-інструкторів: гінекологічний викладач (GTA), гінекологічний освітній професійний пацієнт (GEPP) та пацієнт зі статевими шляхами. Але ми не впроваджували такі види практики, а використовуємо для цих цілей гібридного стандартизованого пацієнта з одночасною участю викладача.

При підборі кандидатур на роль PI експерти АМЕЕ рекомендують користуватися такими ключовими факторами, як здібності (здатність), придатність, довіра, сумлінність і достовірність.

1. Здатність. Крім бажання виконувати роль пацієнта та наявності окремих позитивних якостей, відсутність здатності реалістично

й послідовно представляти роль є ключовим моментом для відмови претенденту. Роль SP, а тим паче PI, потребує не лише наявності високого (вище середнього) інтелекту, а й емоційної зрілості. Якщо основними якостями професійного SP є здатність запам'ятати свої ролі, зберігати зосередженість і концентрацію на виконанні своїх ролей протягом усього періоду симуляції та відповідально усвідомлювати важливість дотримання сценарію, то для PI до провідних вимог належать ще вміння працювати як член команди та як викладач. Крім повного володіння медичними та емоційними фактами для зображення пацієнта, необхідності багато разів розповідати одну й ту ж конкретну історію, відповідати певним чином і виконувати дії, стандартизовані з іншими SP, пацієнт-інструктор повинен запам'ятати ще величезну кількість фактів та інструкцій. Навіть якщо SP бере участь у наданні зворотного зв'язку учневі, він також повинен мати можливість спостерігати та запам'ятовувати вербальну й невербальну поведінку учня. Таким чином, SP повинні мати здатність керувати подвійним завданням виконання ролі і водночас запам'ятовувати роботу студентів для подальшого надання належного зворотного зв'язку. Крім того, багато ролей є емоційно складними та вимогливими. Тому при підборі кадрів для SP дуже важливо визначати психотипи, схильність до емоційної лабільності та рівень стресостійкості претендентів. Передусім це стосується претендентів на роль психотипованого стандартизованого симульованого пацієнта – ці ролі є найбільш складними, тому багато авторів рекомендують у таких випадках віддавати перевагу професійним акторам.

2. Ставлення. Було б великою помилкою найняти на роль SP людину, яка має негативне ставлення до професії лікаря або медичної сестри, яку SP допомагатиме навчати. При відборі також важливо визначити, чому особа хоче бути PI. Важливим пріоритетом в даному випадку повинен бути захист безпеки студентів, прагнення максимізувати їхній навчальний досвід і розвинути їхню впевненість.

3. Судимість. Для роботи зі студентами молодших курсів у багатьох країнах також заборонено залучати осіб з попередньою судимістю.

4. Сумлінність. Це необхідна риса для SP: людина, на яку витрачено багато часу на навчання і яка може несподівано без попередження не з'явитися, наприклад, на іспит, може значно нашкодити освітньому процесу. Однак незалежно від того, наскільки сумлінними можуть бути SP, експерти AMEE рекомендують організувати «резервних» SP, зокрема для оцінювання. Щоб підкріпити сумлінність, важливо, щоб обов'язки SP під час найму були чітко окреслені.

5. Достовірність. Вік. Симульовані пацієнти можуть бути будь-якого віку, але важливо, щоб SP виглядав якомога більше як реальний пацієнт, якого потрібно симулювати (наприклад, якщо на роль потрібен 18-річний пацієнт, молодий 23-річний SP викличе довіру). Багато авторів (Браун і співавт., 2005; Лейн і співавт., 1999; Вудворд, 1995) описували позитивний досвід використання дітей як SP, які були навчені представляти клінічний випадок і виявилися добрими рольовими гравцями. Одним із методів використання дітей як SP є залучення пари батьків і дітей, які грають самі, але батьки повідомляють про змодельовані симптоми у дитини. Крім того, описано дуже позитивний досвід використання у ролі SP підлітків, які пройшли спеціальну підготовку та моделювали клінічні ситуації для набуття студентами і лікарями комунікативних навичок для спілкування на такі теми, як ризикова діяльність і конфіденційність (Blake & Greaven, 1999; Blake et al., 2000; Blake et al., 2006). Проте хоча надзвичайно важливо прагнути до автентичності та достовірності, світовий досвід свідчить про те, що набагато легше залучити старших SP і SP, які є студентами, ніж людей віком від 20 до 40 років. Тому під час підготовки сценаріїв слід враховувати труднощі з набором SP, які охоплюють віковий діапазон.

6. Достовірність. Етнічна належність. Як і у випадку з віком, важливо забезпечити довіру з точки зору етнічної належності. Якщо роль залежить від належності пацієнта до певного етнічного походження, важливо залучати SP з цього походження.



## Розділ 7

# ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ ПРОГРАМИ «СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ»

Основними обов'язками менеджера SP є створення бази SP, її постійне оновлення в залежності від вимог освітньої програми та робочих програм кафедр, а найголовніше – утримання та постійна мотивація навчених SP. Для цієї посади краще підібрати не професійного лікаря або викладача, а спеціаліста з менеджменту кадрів.

Перше, з чим стикається менеджер SP, – створення бази SP. Що стосується пошуку претендентів на роль SP, наш власний досвід показує, що найліпшим методом є пошук «з вуст в уста». Майже такий досвід описано й експертами АМЕЕ. Крім того, вони впевнені, що після створення банку SP волонтери можуть бути набрані «з вуст в уста» через вже найнятих SP. Ми також мали досвід набору SP під час проведення школи пацієнтів в університеті третього віку. Допомогу в пошуку SP можуть надати лікарі університетської клініки та клінічних кафедр за рахунок залучення їхніх пацієнтів. Якщо є потреба у великій кількості SP та достатній бюджет, можливо доведеться звертатися до реклами. Проте незалежно від того, який метод набору використовується, ретельна перевірка претендентів на залучення до програми SP повинна бути обов'язковою.

Перед проведенням пошуку необхідно прийняти остаточне рішення про умови оплати: чи то будуть наймані особи, які отримуватимуть заробітну плату, чи то будуть волонтери. З нашого досвіду, наймані пацієнти значно відповідальніше ставляться до роботи та своїх обов'язків.

Співбесіду з SP під час найму краще проводити спільно менеджеру SP та викладачам.

Попередній скринінг потенційних SP є обов'язковим, бажано, щоб зустріч проводилася індивідуально, віч-на-віч, з визначенням передусім мотивів потенційного SP, які й нададуть першу інформацію щодо наявності провідних якостей для SP. Для вивчення придатності

претендента та зручності менеджера дуже корисним може бути опитувальник, або своєрідний чек-лист (протокол співбесіди).

При підборі пацієнтів до нашої бази ми користувалися чотирма кроками для залучення претендента, які були запропоновані АМЕЕ:

Крок 1: Відбіркова співбесіда, включно з такими запитаннями, як «Чому Ви зацікавлені в тому, щоб стати SP?», «Чи маєте Ви або член Вашої родини якийсь негативний досвід боротьби з хворобою?».

Крок 2: Надання кандидату інформації про те, що входить до обов'язків SP, включаючи можливість спостерігати як за процесом навчання самого SP, так і за його рольовою грою.

Крок 3: Досягнення спільної згоди щодо досягнення освітніх цілей вашої програми.

Крок 4: Узгодження випробувального періоду для оцінки здібностей та придатності кандидата, а також надання, у свою чергу, кандидатам можливості оцінити, чи подобається їм бути SP. Випробувальний період у випадку з SP є дуже корисним та допомагає відмовитися від послуг окремих претендентів, якщо під час початкового навчання виникнуть проблеми.

Після найму, навчання та затвердження SP настає найважливіший етап роботи всього інституту стандартизованих пацієнтів – їхня повсякденна праця. Це потребує дуже бережливого ставлення до SP, їхнього максимально ефективного використання й розробки засобів мотивації та утримання.

Важливими факторами для підтримки вмотивованості та професійності SP є:

1. Постійне залучення SP до освітнього процесу з недопущенням великих перерв у роботі.

2. Постійна підтримка зворотного зв'язку із SP із забезпеченням врахування їхніх побажань при формуванні графіка роботи на рік, місяць, тиждень.

3. Одними з найвпливовіших мотиваційних факторів для SP є гонорар (якщо він передбачений договором) і додаткове преміювання. Але це дуже суперечливе питання, бо, на думку деяких експертів АМЕЕ, низька оплата психологічно може бути сприйнята як низький рівень оцінки роботи SP, що призведе до значного

зниження вмотивованості. Тому при недостатній кількості коштів краще розробити мотиваційну програму для залучення волонтерів, яка б ґрунтувалася виключно на бажанні зробити внесок в освіту лікарів, отриманні задоволення від цього та розвитку відчуття власної цінності.

Експертами AMEE описано дуже позитивний досвід залучення волонтерів як SP. Люди, які добровільно беруть участь у програмі медичної допомоги, як основні мотиваційні критерії відмічають задоволеність соціальною значущістю SP й альтруїстичний аспект своєї допомоги у навчанні майбутніх лікарів. Вони із задоволенням обговорюють свої різні ролі, обмінюються досвідом з різних дисциплін та станцій Об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ), спілкуються з викладачами й екзаменаторами під час перерв. Цю соціальну взаємодію слід заохочувати як спосіб підтримки інтересу та зобов'язань.

Отже, визнання зусиль SP має вирішальне значення для збереження та поповнення бази SP. Таким визнанням можуть бути щорічні премії; щорічні святкові прийоми, на яких присутні ключові співробітники медичного факультету; сертифікати визнання; будь-який інший спосіб подяки (різдвяні листівки, «записки подяки»). Доброю практикою є зворотний зв'язок викладачів і студентів щодо доданої цінності SP для викладання та навчання, яким варто ділитися з SP публічно.

Безумовно, найважливішим для ефективної роботи SP є професійна організація їхньої діяльності, що впливає з головної мети використання SP: розвиток комунікативних навичок, soft skills та заміщення або збагачення практичного досвіду здобувачів освіти.

Навчання завжди проводиться за заздалегідь складеним розкладом, в якому необхідно врахувати побажання всіх SP. Навчання з використанням SP повинно проводитися на базі спеціально обладнаних приміщень. Залежно від рівня навичок умови обладнання можуть значно відрізнятися. Для опанування найпростіших навичок студентами молодших курсів достатньо навчальної кімнати, обладнаної столом лікаря, кушеткою та кількома стільцями. У цьому разі найліпше використовувати PI (пацієнтів-інструкторів).

Для відпрацювання складних сценаріїв навчальні кімнати можуть бути обладнані як палати стаціонару, палати інтенсивної терапії або будь-як інакше на вимогу сценарію. Проте завжди потрібно дотримуватись умови – робота студента з SP повинна проходити сам на сам (якщо інше не передбачено сценарієм). Лише при дотриманні цієї умови можливе якісне оволодіння навичками студентом та забезпечення бережливого ставлення до SP. Для оцінювання студента необхідно організувати процес спостереження за його діями, до якого можуть бути залучені інші студенти як експерти. У цьому разі приміщення, в якому працює студент, повинно мати вікно в сусідню кімнату або камеру спостереження.

Виходячи з власного досвіду, ми дійшли висновку, що найкращою формою організації освітнього процесу із задіянням стандартизованих пацієнтів є облаштування окремої симульованої клініки, в якій створено імітацію всіх видів приміщень, передбачених усіма задіяними сценаріями.

Такий центр може бути створено як Навчально-виробничий комплекс (НВК), яким керуватиме провідний фахівець з усіх типів симуляційного навчання в закладі.

До складу НВК можуть входити кілька підрозділів: підрозділ симульованих пацієнтів (керівник якого і є менеджером SP), підрозділ забезпечення симуляційного супроводження освітнього процесу, симуляційний центр, підрозділ підготовки та проведення ОСКІ, навчально-методичний підрозділ.

Що стосується посад для SP, то вони оформлені фахівцями підрозділу (інституту) симульованих пацієнтів. Виконання ролі SP вноситься до їхніх посадових інструкцій. Якщо SP – це волонтери, вони не потребують офіційного оформлення на роботу, проте підписують цивільні угоди про відмову від отримання будь-якого гонорару, належне виконання обов'язків SP та нерозголошення інформації, яка пов'язана з роботою SP, за межами освітнього закладу.

З метою зручної організації роботи менеджера SP є чимала кількість готових програм для створення власної електронної бази симульованих пацієнтів. Такі програми дають змогу швидко складати розклад роботи SP, вносити до нього зміни, шукати заміну SP та



виявляти «білі плями» для пошуку нових SP за необхідними критеріями (віком, статтю, етнічною належністю тощо).

Якщо заклад не має можливості створити НВК або подібну структуру, освітній процес із задіянням SP може бути проведений в навчальних приміщеннях кафедр. В умовах жорсткого карантину, а потім за військового стану ми організували дистанційну роботу SP. Навіть за окремими сценаріями SP були дистанційно задіяні в проведенні ОСКІ під час випускної атестації за допомогою платформи Microsoft Teams та власної програми, яка була розроблена для проведення дистанційного ОСКІ.

За нашим власним досвідом, у підрозділі, який відповідає за SP, необхідно створити такі посади:

1. Керівник підрозділу (менеджер SP). На цю посаду краще призначити фахівця з менеджменту або HR.

2. Методист (відповідає за створення бази клінічних кейсів і сценаріїв, методичне забезпечення освітнього процесу з використанням SP). На цю посаду найкраще призначити досвідченого викладача з клінічної кафедри (може працювати за сумісництвом).

3. Провідний фахівець з підготовки SP, викладачів SP та екзаменаторів. Цю посаду також повинен обіймати досвідчений викладач. Посади методиста і провідного фахівця SP краще не поєднувати у зв'язку з великою кількістю роботи, яку потрібно виконувати одночасно.

4. Інженер, який відповідатиме за роботу та удосконалення всіх електронних систем (електронної бази даних SP, електронної системи оцінювання, системи відеоспостереження, аудіосистеми, належний стан симуляторів і манекенів для гібридної симуляції).

5. Фахівці-SP (якщо керівництвом закладу прийняте відповідне рішення та виділені кошти на оплату SP). На цю посаду як симульованого пацієнта може бути прийнята особа з будь-якою середньою освітою, яка має відповідні здібності та пройшла відбір. Якщо буде прийняте рішення про необхідність введення посади гримера SP для більш реалістичного відтворення сценаріїв, його теж оформлюють на посаду фахівця.

## Розділ 8 ВИДИ СИМУЛЯЦІЇ ІЗ ЗАДІЯННЯМ СИМУЛЬОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Як вже повідомлялося раніше, симульованих пацієнтів можна використовувати як для навчання, так й для оцінки. Проте підготовка SP для цих видів симуляції значно відрізняється, хоча сценарії можуть бути використані одні й ті ж самі. Тому ми вводимо поняття клінічного кейсу, клінічного сценарію для SP та ролі SP.

*Клінічний кейс* – це дуже докладно описаний реальний випадок захворювання, який містить всі дані анамнезу, результати загального та фізикального огляду, результати всіх досліджень, опис всіх консультувань, усіх схем лікування та їхніх результатів.

*Клінічний сценарій* – пакет документів, розроблений на підставі клінічного кейсу. Такий пакет повинен містити:

- Загальний опис клінічного випадку.
- Докладні дані анамнезу життя та захворювання для SP (або інструкції з використання власного анамнезу).
- Опис усіх дій SP під час симуляції з дуже докладним описом зображення усіх симптомів, які SP необхідно буде відтворювати.
- Докладний опис алгоритму дій студента/курсанта під час симуляції.
- Інструкції SP щодо критеріїв оцінювання дій студента/курсанта.
- Чек-лист оцінювання симульованим пацієнтом студента/курсанта.
- Чек-лист оцінювання викладачем симульованого пацієнта.
- Чек-лист оцінювання викладачем студента/курсанта.

*Роль SP* – це інструкції з особливостей поведінки, дані анамнезу та опис усіх симптомів, які повинні бути відтворені SP. Роль SP може охоплювати як частину консультації (наприклад, збір анамнезу), так і відтворювати всі етапи повної консультації, включаючи фізикальне обстеження та обговорення плану лікування. Слід враховувати, що за одним клінічним сценарієм може бути розроблено

кілька ролей залежно від типу поведінки пацієнта або психотипу пацієнта (агресивний, незадоволений, мовчазний тощо). Крім того, SP може бути навчений бути досить пасивним (перевірятися учнем із невеликою взаємодією з боку SP); надавати відносно пряму, чітко визначену інформацію; виконувати роль «базікала», коли студенту доведеться досить багато попрацювати, щоб отримати необхідну інформацію. Для студентів старших курсів і курсантів пацієнти можуть бути навчені ставити складні запитання, демонструвати складні емоційні реакції (плач, гнів тощо) або зображати пацієнтів у стані алкогольного сп'яніння.

### Викладання

Моделювання клінічної ситуації можна розділити на чотири основні групи:

#### 1. Комунікативні навички та навички консультування.

Прості:

- Початок розмови, встановлення контакту з пацієнтом.
- Збір інформації про пацієнта. Збір анамнезу.
- Надання інформації пацієнту про план обстеження, результати обстеження, пояснення діагнозу, планування лікування, обговорення результатів лікування.

- Завершення консультації.
- Комунікація з іншими медичними працівниками.

Складні:

- Вміння правильно обрати алгоритм спілкування (зокрема, при встановленні першого контакту з пацієнтом) залежно від психотипу пацієнта.
- Збір сексуального анамнезу.
- Консультування пацієнта з ВІЛ.
- Повідомлення пацієнту поганих новин (вперше встановлений діагноз злоякісного новоутворення або ВІЧ, відсутність ефекту від лікування та ін.).
- Комунікативні навички в умовах надзвичайних ситуацій.
- Обговорення медичної помилки.
- Консультування при зверненні з приводу домашнього або сексуального насильства.

У всіх випадках моделювання, як простих, так і складних комунікативних навичок, головною метою є максимально реалістичне та чітко проілюстроване відтворення діапазону та тем, які задіяні в реальних консультаціях. Тому для ефективного опанування студентами/курсантами комунікативних навичок необхідно розробити чималу кількість різних сценаріїв і ролей.

#### 2. Фізикальне обстеження та навички виконання окремих маніпуляцій.

Що стосується огляду та обстеження пацієнта студентами на пропедевтичних дисциплінах, коли основною метою навчання є опанування саме техніки проведення обстеження або простої маніпуляції (наприклад, вимірювання артеріального тиску), зрозуміло, що SP повинен досконало знати цю техніку, але таке обстеження не потребує від нього ніяких варіантів симуляції – у цьому разі можна використовувати як здорового SP, так і SP з будь-якою патологією, однак без будь-якої стандартизації. Така симуляція є «простою».

Якщо метою є навчання та оцінка здатності студента визначати важливі симптоми або синдроми, то найкращим варіантом є наявність реального стандартизованого пацієнта з цими ознаками. У тих випадках, коли реального пацієнта задіяти неможливо, виникає необхідність реалістичної симуляції. Така симуляція називається «складною».

Barrows ще у 1999 р. наголошував, що «єдиним обмеженням для випадків, які моделюються SP, є їхня свідомість». Наочним зразком використання SP для моделювання більшості (понад 50) больових і неврологічних симптомів сьогодні в багатьох країнах є справжня «індустрія медичної симуляції».

Крім того, що SP можна навчити симулювати навіть пневмоторакс (щоразу, коли студент прикладає фонендоскоп до точки вислуховування легень, SP зупиняє дихання та знаходиться з опущеним плечем на «ураженій» стороні), сьогодні розроблено чималу кількість допоміжних засобів симуляції та імітації: особливий макіяж; силіконові накладки, які імітують опіки, рани, набряки; накладки, що деформують фігуру SP або імітують живіт вагітної (навіть з можливістю пальпувати частини плода та прослухати його серцебиття) тощо. Така симуляції належить до одного з різновидів «гібридної симуляції».

Одним з найсучасніших допоміжних засобів моделювання за участі SP, що знаходиться в активній розробці, є додаткова реальність, коли окремі симптоми моделюються завдяки окулярам доповненої реальності. Це все різновиди складної симуляції, яка на відміну від простої потребує високої кваліфікації тренера SP, досконалих клінічних сценаріїв, значних зусиль при навчанні та додаткових фінансових витрат. Проте більшість представників медичних шкіл впровадили складну та гібридну симуляцію.

Зрозуміло, що навчання SP для імітації фізичних ознак і симптомів є дійсно важкою справою. Тому багато медичних шкіл приймають рішення про використання для цього реальних стандартизованих пацієнтів, якщо їх можна організувати, або використовують реальних стандартизованих пацієнтів для одних навичок обстеження, а SP – для інших.

Хоча складна симуляція використовується у більшості медичних шкіл, найрозповсюдженішою є гібридна (або комбінована) симуляція. В цьому разі SP задіяний для комунікації, а сама маніпуляція (або проста – венепункція, або складніша – гінекологічний огляд, або навіть проведення віртуальної гастроскопії) виконується на симуляторі. Таким чином створюються найбільш реалістичні умови, а можливості обмежені практично тільки обсягом фінансування. Гібридна симуляція є однією з найбільш ефективних для опанування лікарської компетентності, тому що крім реалістичності, дає змогу задіяти головні види сприйняття – візуалізацію, дотик і звук, що надає студентам можливість інтегрувати всі необхідні професійні та комунікаційні навички з реальними пацієнтами. Саме поєднання кількох навичок в одній симуляції є цінним для студента, але складним для викладача.

Найбільш складним етапом гібридної симуляції є навчання SP, яке повинне включати знання ключових аспектів процедури для забезпечення належної відповіді (наприклад, якщо час дії місцевого анестетика, який застосував студент під час проведення маніпуляції, вичерпано, SP повинен поскаржитися на появу болю). Таке поєднання практичних і комунікативних навичок є складним для всіх симульованих учасників, але й ефективність такого навчання значно вища. Ця методика сприяє опануванню професії та розвитку

клінічного мислення набагато краще, ніж вивчення всіх задіяних у симуляції навичок окремо.

### 3. Комплексне проведення консультації пацієнта.

Такий вид моделювання включає елементи обох попередніх груп, дає змогу відтворити реалістичну картину взаємодії лікаря з пацієнтом і є базою для опанування не окремих навичок, а професійних компетентностей.

4. Моделювання клінічної ситуації під час відеозйомки навчальних фільмів та роликів.

### Навчання. Тривалість і кратність використання SP

Звичайною практикою освітнього процесу з використанням SP є одна симуляція – поодинокий контакт студента/курсанта зі стандартизованим пацієнтом з приводу конкретної ролі. Це допомагає опанувати (або перевірити) окрему навичку, проте не дає можливості сформувати повноцінну компетентність, що передбачає в реальному житті тривалий контакт лікаря з пацієнтом, який має хронічне захворювання. Для розв'язання цієї проблеми існує кілька підходів.

Один з них запропоновано ще в 90-х роках кількома медичними школами США та Великої Британії – це кілька повторів симуляцій з одним і тим же сценарієм, але з послідовно ускладненими завданнями на кількох послідовних курсах. Таким чином, студент з послідовним набуттям нових знань у кожному новому семестрі зустрічається з одним й тим же пацієнтом, отримуючи все більш складні завдання.

Альтернативну практику було запропоновано на початку 2000-х років, коли студенту надавали можливість спілкування з одним й тим самим SP, який виконував одну й ту саму роль протягом кількох днів з виконанням різних завдань, імітуючи весь процес ведення хворого від першого відвідування до обговорення результатів лікування та створення подальших рекомендацій щодо життя та планів майбутніх відвідувань.

На нашу думку, обидві методики дають змогу опанувати різноманітні навички та оволодіти певними компетентностями й можуть бути використані окремо залежно від цілей навчання на конкретній кафедрі, а також за наявності можливостей у закладі освіти можуть бути поєднані й використовуватися для набуття міждисциплінар-

них компетентностей і загальної лікарської компетентності протягом усього навчання.

Тривале багаторазове застосування SP з однією й тією ж роллю має багато позитивних сторін. За даними опитувань SP, що проводились різними експертами AMEE й ASPE, які активно використовують та вдосконалюють методики застосування симульованих пацієнтів (Slavin et al., 1995; Wilkes et al., 1998; Brown et al., 2003; Linssen et al., 2007; Linssen et al., 2008), було показано, що SP вважають повторні консультації прийнятними, реалістичними та досить ефективними. Крім більшої реалістичності симуляцій, PI відмітили значний прогрес в успішності студентів й зростання власної вмотивованості до подальшої роботи. Було відмічено й зміни якості зворотного зв'язку, який став більш детальним на тлі можливості порівняння консультацій.

До негативних сторін такого підходу належить, в першу чергу, складність організації освітнього процесу, яка потребує дуже детального планування з точки зору навчання, управління базами даних і логістики підбору SP для студентів. Другою негативною стороною є значне збільшення витрат на SP.

### Оцінювання

Участь SP в оцінюванні у більшості медичних шкіл світу переважно зводиться до задіяння в ОСКІ. Наш заклад не є винятком: для проведення ОСКІ ми розробили 12 станцій, 4 з яких обладнані для задіяння SP. Ці станції імітують кабінет сімейного лікаря, кабінет акушера-гінеколога, кабінет невідкладної допомоги приймального відділення. На цих станціях відбувається перевірка переважно клінічних компетентностей та окремих навичок: більшість завдань зводиться до очікування, що студенти проведуть медичний огляд або процедуру, або зберуть анамнез, або встановлять вірний діагноз і розроблять план лікування. Четверта станція ОСКІ розроблена як багатофункціональний кабінет, який може трансформуватися в кабінет терапевта, психіатра або будь-якого іншого фахівця й призначений для перевірки, крім комунікативних навичок, ще й таких soft skills, як поведінкова компетенція, вміння вірно та швидко визначити психотип пацієнта, своєчасно виявити симулянта, повідомити погані новини та ін.

Ми пропонуємо проводити ОСКІ кілька разів за період навчання: ОСКІ-1 після 3-го курсу, ОСКІ-2 як компонент випускної атестації студентів, ОСКІ-3 як компонент випускної атестації лікарів-інтернів та ОСКІп як атестація лікарів для отримання або підтвердження категорії.

Описані вище типи станцій для ОСКІ можуть бути застосовані при проведенні ОСКІ-2, ОСКІ-3 та ОСКІп. Для проведення ОСКІ-1 представлені вище станції з використанням симульованих пацієнтів можуть бути використані так:

- Станція 1 – терапевтична – перевірка навичок з пропедевтики внутрішньої медицини (навички фізикального обстеження, такі як перкусія, аускультация, пальпація та загальний огляд).
- Станція 2 – хірургічна (навички фізикального обстеження хірургічного хворого з виявленням окремих симптомів «гострого живота»).
- Станція 3 – педіатрична – перевірка навичок з пропедевтики педіатрії (навички фізикального обстеження за наявності в ролі SP підлітків або навички комунікації з батьками хворої дитини).
- Станція 4 – комунікативна.

Така етапність і регулярність контролю забезпечує систематичний, стандартизований і вимірний спосіб оцінки клінічних і комунікативних навичок та компетентностей лікаря, починаючи зі студентської лави та протягом усього професійного життя.

Для проведення оцінювання, особливо під час ОСКІ, найважливішим елементом симуляції є стандартизація. Тому SP необхідно навчити однаково представляти не тільки той самий випадок або симптоми, але й однакові емоційні реакції та ставлення до своєї хвороби, надавати чітко прописані в ролі послідовні вербальні та невербальні відповіді під час консультації та у відповідь на запитання і дії студентів. При цьому всіх стандартизованих пацієнтів, які виконують одну й ту саму роль, необхідно навчити виконувати її однаково, з лише невеликою похибкою вимірювання.

За формою організації освітнього процесу SP завжди використовували в очному форматі. Проте локдаун з приводу COVID-19 у 2020 р. та протиепідемічні заходи в 2020–2021 рр., воєнний стан під час російської агресії в 2022 р. сприяли розробці та впровадженню

здіяння SP в дистанційному форматі. На жаль, такий вид використання SP дав змогу відпрацювати й оцінювати лише комунікаційні компетентності та деякі компетентності soft-skills, проте в майбутньому набутий досвід сприятиме активному впровадженню даного виду симуляції для дистанційного опанування студентами окремих навичок в межах самостійної роботи. Такий вид симуляції також стане незамінним для набуття особливих навичок дистанційної комунікації лікар-пацієнт для роботи в метаклініках майбутнього, прототипи яких вже почали впроваджуватися в США.

Задіяння SP в іспитах також допоможе розв'язати проблему використання реальних пацієнтів, які хоча й можуть мати той самий стан і подібні ознаки захворювання, але їхній стан може швидко змінюватися на тлі лікування (як погіршитися, так й поліпшитись); а деякі ліки можуть перешкодити їм брати участь в іспиті. Ці фактори завжди роблять використання реальних пацієнтів дуже ненадійним і мінливим. Тому навіть при прийнятті рішення про використання в іспиті реальних пацієнтів, є сенс підготувати кількох симульованих стандартизованих пацієнтів «для підстрахування». На думку експертів ASPE, для більшості процесів оцінювання, залежно від мети обстеження та наявності відповідних реальних пацієнтів, ймовірно, найкращою є комбінація реальних пацієнтів і SP.

#### *Інкогніто, або неоголошені стандартизовані пацієнти*

У всіх описаних вище випадках участь SP в оцінюванні була «відкритою», але у відповідному керівництві AMEE описана дуже цікава практика використання SP, яка була запропонована Owen & Winkler (1974).

Вони описали використання SP для вимірювання продуктивності лікаря або інтерна на практиці інкогніто. Практикуючі лікарі, яких відвідують ці інкогніто стандартизовані пацієнти (ISP), не знають, що хворий, якого вони консультують, не є справжнім пацієнтом. При цьому дослідження проводилися у закладах як первинної медичної допомоги, так і вторинної ланки медичної допомоги. Було наведено приклад симуляції ревматичного захворювання, яка супроводжувалася фальшивими рентгенівськими знімками та фальшивими результатами лабораторних досліджень. Цікаве те, що ISP були ретроспективно ідентифіковані лише в 1% візитів.

Навчання ISP для такого використання дуже схоже на використання SP для оцінювання. Важливим компонентом є підготовка докладних чек-листів для пацієнтів.

#### **Зворотний зв'язок та оцінка успішності студентів**

##### Зворотний зв'язок

Сьогодні існує досить багато варіантів отримання зворотного зв'язку від SP. Як вже обговорювалося, найбільш ефективним є застосування пацієнтів-інструкторів. Але враховуючи певні труднощі у впровадженні даної методики, інші методи зворотного зв'язку теж значно розповсюджені. Нині активно впроваджено кілька варіантів отримання зворотного зв'язку, які можуть бути використані окремо або комбінуватися:

1. Заповнення симульованим пацієнтом чек-листа після кожної симуляції.
2. Заповнення симульованим пацієнтом експертного висновку.
3. Розбір симуляції викладачем і пацієнтом під час дебрифінгу за отриманими під час симуляції відеоматеріалами.
4. Використання пацієнта-інструктора.

Зворотний зв'язок для студента має принципове значення під час опанування навичок та компетентностей, тому навчання SP адекватного оцінювання дій студента та надання зворотного зв'язку є обов'язковими важливими компонентами підготовки симульованих пацієнтів. Більшість менеджерів SP і викладачів підтверджують дуже відповідальне ставлення самих SP до процесів оцінювання та надання зворотного зв'язку.

##### Критерії оцінювання

Як вже повідомлялося, сьогодні в світовій практиці задіяння SP в процесі оцінювання студентів існує кілька напрямів, які незалежні один від одного, проте можуть бути використані одночасно:

1. Оцінювання вміння студента виконувати окрему навичку.
2. Оцінювання вміння студента комунікувати з пацієнтом.
3. Оцінка поведінкової складової спілкування та інших soft-skills студента.
4. Оцінка дій студента за стандартизованим чек-листом.
5. Оцінка рівня компетентності студента.
6. Оцінка навчання.



Кожний з вказаних видів оцінювання потребує окремого навчання SP. Не обов'язково навчати всіх SP усіх видів оцінювання. Кожний SP може бути задіяний у своєму етапі навчання, який може потребувати одного або кількох видів оцінювання.

Оцінювання за стандартизованим чек-листом найчастіше використовують під час іспитів і атестацій, тобто для підсумкової оцінки. У таких випадках найчастіше використовують шкалу «виконано/не виконано» для кожного окремого пункту, а кількісне оцінювання є сумою балів позицій, які виконані.

Оцінювання окремих навичок, комунікативних здібностей та soft-skills зазвичай проводять на практичних заняттях, тобто така оцінка є формувальною. Формувальне оцінювання може бути поєднано зі зворотним зв'язком, що дає змогу значно покращити успішність студента й активно залучити його в процес формування власної професійної компетентності. Формувальна оцінка не завжди може відобразитися цифровим показником – це, наприклад, може бути опис загального враження SP від консультації студента. Якщо йдеться про комунікативні навички, SP може описати, чи був студент співчутливим, уважним, чи склалося у SP враження «легкого спілкування» тощо. Якщо кількісне оцінювання є обов'язковим, SP може присвоювати бали кожному з описаних вражень: наприклад, співчутливість може бути оцінена від 0 до 3 балів, а легкість спілкування від 0 до 5 балів.

Остаточне кількісне оцінювання завжди проводить викладач (або екзаменатор), проте врахування оцінки SP завжди повинно бути обов'язковим. Оцінка викладача або екзаменатора може значно відрізнитися від оцінки (або рейтингу) SP, тому що цілі оцінювання у них значно відрізняються.

Експерти АМЕЕ вважають, що одним із важливих факторів під час оцінювання є оцінка продуктивності роботи студента.

Оцінювання учасників симуляції також проводиться викладачем, який надає зворотний зв'язок не тільки студенту під час дебрифінгу (індивідуального або загального), а й самому SP. Оцінювання викладачем може проводитися у режимі безпосередньої присутності на симуляції як спостерігача, а також під час спостерігання за симуляцією дистанційно в онлайн або офлайн форматі.

Отже, студент отримує відразу дві оцінки – від SP і від викладача, що дає змогу побачити свій ступінь оволодіння професійною компетентністю набагато глибше.

Одним з важливих компонентів навчання є рефлексія, яку у разі симуляційного моделювання можна отримати під час перегляду відгуку SP у навчальному класі.

Дуже важливо також навчити SP оцінювати саме реакцію студента на роль, а не виходити з процесу симуляції для розв'язання будь-яких проблем, які можуть виникнути під час моделювання, наприклад, дискомфортна комунікація.

Таким чином, більшість медичних шкіл, які використовують симульованих пацієнтів, проводять багатокомпонентне оцінювання студента на практичному занятті. Багатокомпонентна оцінка має такі складові: оцінка викладача, оцінка актора, оцінка студента-експерта (якщо передбачена його участь), що сприяє значному підвищенню об'єктивності. Крім означених критеріїв, до багатокомпонентної оцінки можуть входити додаткові бали, які отримані студентом під час групового розв'язання клінічних завдань, додаткових відповідей на теоретичні питання тощо, залежно від цілей та завдань заняття. Ще однією складовою багатокомпонентної оцінки може стати оцінка за захист своєї роботи під час проведення дебрифінгу. Цікавою є практика, при якій за складовими оцінки виставляються не бали, а відсотки від максимально можливого. Остаточна багатокомпонентна оцінка в такому разі являє собою середню арифметичну всіх оцінок у відсотках. Після цього, на розсуд методистів закладу, остаточна оцінка може бути переведена в бали за традиційними шкалами.

Що стосується оцінювання під час іспиту, ми пропонуємо впровадити практику використання спеціальної форми – оціночного листа, або чек-листа.

Варіанти таких оціночних листів для звичайного заняття та іспиту можуть значно відрізнитися. Проте важливо, щоб в усіх випадках вони були стандартизовані. Наводимо приклади оціночних листів.



## Приклад оціночного листа на практичному занятті

Етап експертизи	Критерії оцінки	Зауваження
Анамнез	Послідовність та повнота збору анамнезу: а – все вірно; в – більша частина виконана вірно; с – більша частина не виконана або виконана невірно. Ключові питання анамнезу: а – всі запитання поставлено; в – більшу частину запитань поставлено вірно; с – немає можливості зробити висновок про патологію та/або її перебіг	
Об'єктивне обстеження	Послідовність виконання: а – дотримана вірно; в – дотримана здебільшого вірно; с – є принципові відхилення від алгоритму	
	Порушення у техніці виконання окремих навичок обстеження: а – усі кроки виконані вірно; в – усі кроки виконані здебільшого вірно, відхилення принципово не впливають на результат; с – є принципові відхилення від алгоритму	
Деонтологічні аспекти взаємовідносин «лікар – пацієнт»	а – повністю відповідають етичним нормам і алгоритмам професійної комунікації; в – є неprincipові помилки; с – є грубі порушення норм професійної комунікації	

## Приклад чек-листа екзаменатора станції ОСКІ

## «Внутрішня медицина. Комунікативні навички».

## Бесіда з донькою хворої, яка померла (з власного архіву)

Критерій оцінювання	Виконав	Не виконав	Бали
<b>1. Підготовка доньки пацієнтки до бесіди</b>			
Забезпечив проведення бесіди без сторонніх людей			
Встановив зоровий контакт			
Забезпечив можливість не відволікатися на інших пацієнтів і мобільний телефон			

Критерій оцінювання	Виконав	Не виконав	Бали
<b>2. З'ясування та уточнення інформації, яка вже відома доньці пацієнтки на момент бесіди</b>			
Запитав, що вже відомо родичці пацієнтки на момент бесіди			
Проаналізував інформованість родички та вирішив для себе, чи готова родичка продовжувати бесіду в конструктивному руслі (наголосив на цьому)			
<b>3. Оцінка необхідного обсягу та детальності інформації, які потрібно надати доньці пацієнтки</b>			
Запитав, чи готова/чи бажає родичка пацієнтки отримати повну достовірну інформацію щодо стану здоров'я			
<b>4. Повідомлення родичці інформації щодо втрати близької людини</b>			
Попередив, що збирається повідомити погані новини			
Використовує просту та зрозумілу термінологію при поясненні інформації			
Не використовує грубі формулювання протягом бесіди			
Не використовує формулювання, що додатково пригнічують, протягом бесіди			
Промовляє важливу інформацію з адекватною швидкістю			
Проговорює важливу інформацію не монотонно			
<b>5. Прояв емпатії (співчуття) до горя щодо втрати близької людини</b>			
Оцінив емоційний стан родички пацієнтки (наголосив на цьому)			
Надав можливість проявити та висловити емоції			
Виказав співчуття			
Висловив родичці слова підтримки			
<b>6. Підбиття підсумків співбесіди, інструктування щодо подальших необхідних дій</b>			
Підсумував надану інформацію			
Надав рекомендації щодо подальших дій			
Попрощався			
<b>Загальна кількість отриманих балів</b>			

## Розділ 9

# РОЗРОБКА СЦЕНАРІЮ СИМУЛЯЦІЇ ТА РОЛІ СИМУЛЬОВАНОГО ПАЦІЄНТА

Визначення навчальних цілей – перший крок у розробці сценарію симуляції. Поставлена ціль повинна відобразити, що необхідно оцінити, чого студент повинен навчитися в процесі симуляції (наприклад, збір ретельного анамнезу, створення плану обстеження, проведення диференційної діагностики). Сценарій симуляції може відповідати кільком освітнім цілям.

Ідеальний сценарій SP повинен включати перелік знань і навичок, які б дали змогу студентам продемонструвати свої здібності. Після визначення освітніх цілей визначаються очікування студентів щодо ефективності. Сценарій повинен вимагати від студентів демонстрації технічних навичок, навичок аналізу, міжособистісного спілкування та критичного мислення.

Другим кроком у розробці сценарію SP є створення шаблону для структуризації інформації щодо клінічного кейсу. Шаблон – це документ, у якому міститься стислий виклад інформації про роль. Такий шаблон забезпечує об'єктивність та узгодженість між оцінками, які отримали студенти. Шаблон сценарію, розроблений Association of American Medical Colleges (AAMC), яка першою запропонувала його створення, представлено нижче. У шаблоні викладено всю важливу інформацію для моделювання симуляції. Це своєрідний конспект сценарію.

Обов'язковим є призначення відповідального за розробку інформації для клінічного кейсу та сценарію симуляції. Відповідальний повинен бути досвідченим клініцистом з відповідного профілю.

Бажано, щоб сценарій симуляції максимально наближався до реального клінічного випадку, але з видаленням будь-якої інформації, яка може поставити під загрозу конфіденційність особою інформації про здоров'я пацієнта.

### Шаблон сценарію SP: Оцінка струсу мозку

Розділ сценарію	Інформація про пацієнта
Стать, вік	Чоловік, 20 років
Скарги	Різкий біль з боків голови, тупий ниючий біль у ділянці обличчя
Ключові терміни	Анамнез, спілкування з пацієнтом, оцінка голови/струсу мозку, рекомендації
Стислий анамнез	Під час гри в бейсбол минулого дня пацієнт зісковзнув на другу базу та зіткнувся з суперником (обличчям до коліна). Відразу відчув біль у скроневій ділянці та в обличчі (зберігся досі). Головний біль також виник негайно і все ще присутній. На момент надходження до приймального відділення запаморочення зменшилося, але пацієнт не здатний пригадати більшість подій, які відбулися після отриманої травми. Відзначається шум у вухах, порушень зору немає, неврологічних порушень немає. Приймає ліки – антиастматичний (бронходилатуючий) інгалятор; студент коледжу за спеціальністю бізнес
Диференційна діагностика	Струс головного мозку, субдуральна гематома, епідуральна гематома, забій мозку
Завдання для обстеження	Збір анамнезу, фізикальне обстеження, встановлення діагнозу, сповіщення результатів пацієнту та надання рекомендацій
Обладнання навчальної (екзаменаційної) кімнати	Лампа, ручка, шпатель, оглядові рукавички, отоскоп, офтальмоскоп, стерильні марлеві тампони, дезінфікуючий засіб, мило
Вимоги до актора	Молодий чоловік атлетичної статури
Автори сценарію	
Дата створення	

Третім кроком створення ролі SP є чіткий опис під час надання студентам завдання. Ми називаємо це вступне слово *брифінгом*. Брифінг є одним із найважливіших компонентів інформації про клінічний випадок SP. Необхідно створити умови для відчуття студентами справжності пацієнта, якого вони обстежуватимуть, й що дійсно переживає описуваний стан, хворобу або травму. Сценарій має бути максимально достовірним. Анамнез повинен бути поданий з точки зору пацієнта.

При створенні ролі розробник повинен розглядати ситуацію очима самого пацієнта, що, за досвідом багатьох медичних шкіл США, дає змогу наблизитися до максимальної реалістичності симуляції. Необхідно підкреслити основну скаргу пацієнта (наприклад, біль у лікті) та відповідні аспекти анамнезу хвороби й анамнезу життя. Компонентами сценарію та розробленої ролі повинні стати: механізм розвитку травми або шляхи патогенезу захворювання; подробиці появи перших симптомів; тривалість симптомів та особливості їхнього прогресування; частота появи симптомів (для хронічного захворювання); локалізація симптомів; детальний опис симптомів; наявність іррадіації болю та інших симптомів, їхня інтенсивність; якісні характеристики болю, його інтенсивність та локалізація; наявність факторів, які посилюють або полегшують симптоми; наявність факторів, що провокують загострення хронічного захворювання або спровокували гострий стан.

Обов'язковими компонентами сценарію та ролі SP повинні бути також психічний та соціальний анамнез; емоційний стан пацієнта; особливості ставлення до лікаря та іншого медичного персоналу; поведінка (наприклад, роздратування, тривога, незацікавленість). Важливо вказати й очікувані результати фізикального огляду: температура тіла, пульс, кров'яний тиск, частота дихання, нормальні та ненормальні показники загального огляду (наявність рубців, висипу, синців, колір шкіри або окремих її ділянок тощо), нормальні та патологічні ділянки пальпації: детально вказані ділянки локалізації болю, дефансу тощо, діапазон руху (наявність обмеження руху кінцівок, обмеження або посилення дихальних рухів), антропометричні показники, результати ручних м'язових тестів (м'яз/група та ступінь кожного м'яза/групи), позитивні та негативні результати спеціальних або стрес-тестів, результати дослідження кровообігу, висновки неврологічного огляду.

Необхідно розуміти, що чітко написані сценарій та роль допоможуть максимально реалістично підготувати SP та максимально ефективно провести навчання.

Повний план сценарію наведено в додатку Б.

## Розділ 10 ПСИХОТИПОВАНИЙ СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ. НАБУТТЯ НАВИЧОК ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ТА SOFT SKILLS

Навіть найдавніші медичні трактати стверджували, що взаємовідносини між лікарем і пацієнтом є ключовим фактором перспективності подальшого ведення та одужання пацієнта за рахунок впливу на настрій, самопочуття і сам перебіг процесу лікування.

Лікар повинен розвивати в собі такі якості, як чуйність, доброта, увага до людини, що страждає, милосердя, які є основою для довірливих відносин з пацієнтом. Необхідно набути навичок адекватної реакції на поведінку пацієнтів з різними психотипами: навчитися вірно реагувати на «недобрі» висловлювання на адресу медичних працівників, нечіткість і незрозумілість відповідей, багаторазовість повторення запитань, певну неадекватність пацієнта.

Лікар повинен витримувати певні норми поведінки та межі в спілкуванні. Проте недостатньо просто надати перелік таких норм і меж. Вони залежать від багатьох факторів, й одними з головних є особливості поведінки та характеру самого пацієнта. Тому студентів-медиків вже з молодших курсів необхідно навчати розпізнавати психотип пацієнта та всі особливості власної поведінки з кожним з тих типів у різних ситуаціях. Це дасть змогу не тільки підвищити якість наданої допомоги, а й запобігти лікарській помилці та стресу у пацієнта.

Методика «Симульований пацієнт» у цьому сенсі є унікальною, оскільки дає можливість симулювати не тільки симптомокомплекс захворювання, а й демонструвати певні риси характеру пацієнта. Спілкування з актором в таких сценаріях демонструє студенту весь обсяг відповідальності перед людиною, яка чекає на допомогу. Саме в таких сценаріях студенти відмічають, що нарешті зрозуміли

всю важливість вміння задавати правильний тон розмові з самого початку і робити спілкування приємним та інформативним.

Сьогодні запропоновано багато технік професійного спілкування лікар-пацієнт, найпоширеніші з яких наведено в попередньому розділі. З власного досвіду ми стверджуємо, що будь-яку з них студенти краще розуміють та опановують, якщо вони надаються у вигляді сценаріїв програми SP.

Будь-яке спілкування поза межами «комфортного простору» впливає на емоційний та психологічний стан. Якщо в звичайній ситуації такі реакції можуть минути непоміченими навіть для самої людини, то спілкування з лікарем як пацієнта в більшості випадків проявляє той особливий тип реагування людини, який в неї закладений. Важливо пам'ятати, що перебування пацієнта в медичному закладі завжди посилює будь-які емоції, турботи та стрес. Прояви таких емоцій можуть бути дуже різними, що залежить від характеру людини, життєвих обставин, особливостей виховання та погляду на життя. Все це формує відповідні психотипи пацієнтів. Дуже важливо при спілкуванні з пацієнтом враховувати та поважати його неповторну особистість, увесь можливий діапазон його психологічних та особистісних рис, а також поточний емоційний стан.

Лікар не може розв'язати усіх проблем пацієнта, однак може і повинен з'ясувати не тільки фізичні скарги, а й причини психологічного дискомфорту та надати ефективну допомогу. Тому для залучення пацієнта до ефективної співучасті в процесі одужання та отримання позитивного результату лікування дуже важливе розуміння лікарем основних законів людської психіки й володіння навичками, які допоможуть привести пацієнта в рівноважний стан, ефективно подолати його емоції та запобігти розвитку небажаних психоемоційних реакцій.

Навички спілкування є важливою частиною медичної освіти та життя лікаря в цілому. Використання SP в процесі навчання цих навичок є незамінною практикою оволодіння мистецтвом спілкування.

Виконання ролі певного психотипу особи – одне з найскладніших завдань навіть для досвідченого актора. Тому для впровадження занять з опанування навичок комунікації, для отримання

ефекту необхідно створити базу професійних акторів-пацієнтів. Такі SP є одними з найцінніших.

Для організації процесу навчання комунікативних навичок та навичок професійного спілкування з участю SP, по-перше, ми пропонуємо окреслити коло тих навичок, які необхідно опанувати. У своїй практиці ми виділили такі типи навичок, які можуть бути застосовані на всіх етапах консультації:

1. Навички змісту – зміст запитань і відповідей, зібрана інформація та її повідомлення.
2. Навички процесу – способи спілкування з пацієнтом, навички вербального та невербального спілкування.
3. Навички сприйняття – здатність лікаря до співчуття, поваги, уважності; здатність приймати рішення, володіння клінічним мисленням.

Після окреслення кола типів навичок необхідно прийняти рішення про ті стандарти, за якими буде проходити навчання. Для опанування обраних стандартів ми впровадили кілька окремих вибіркового дисциплін з психології спілкування та професійної комунікації:

1. «Професійна медична комунікація лікаря з пацієнтом» для студентів 4-го курсу: SP задіяні для опанування методу ефективних дій «триступінчаста ракета» (Нільса Гренстада) та протоколу C-L-A-S-S.

2. «Професійні комунікативні навички в умовах екстремальних ситуацій» для студентів 5-го курсу: SP задіяні для опанування протоколів C-O-N-E-S, E-V-E, B-U-S-T-E-R, асертивної поведінки, відпрацювання навичок менеджменту злості й алгоритми взаємодії лікаря з постраждалими в екстремальних ситуаціях.

3. Сповідання поганих новин пацієнту. Протокол SPIKES, 6-й курс.

Перед початком опанування студентами комунікативних навичок за сценаріями SP необхідно відпрацювати зі студентами такі особливі інструменти комунікації, як невербальні навички, навички ефективного спілкування, навички активного слухання, асертивне спілкування.

Важливість невербальної комунікації протягом усього спілкування лікаря з пацієнтом неможливо переоцінити. Невербальні сигнали пацієнта можна розпізнати за голосом, мімікою, емоціями

та позою. Важливо пам'ятати, що лікар через невербальні сигнали може активно впливати на перебіг консультації та надавати спілкуванню необхідний рух. Якщо вербальна інформація має чіткі межі, ми знаємо, коли повідомлення закінчилося, невербальна комунікація безперервна протягом усієї зустрічі. Всі наші органи чуття можуть сприймати ці сигнали. Слова більш ефективні для передачі певної інформації при повідомленні наших думок, а невербальна комунікація передає наші установки та емоції.

До найважливіших для лікаря невербальних сигналів належать:

- положення тіла та поза (сидячи, стоячи, прямо, розслаблено, напружено, відкрита або закрита позиція та ін.);
- відстань між співрозмовниками та їхнє взаємне розташування;
- характеристики фізичного контакту лікаря з пацієнтом (дотик, рукостискання, поплескування, тактильний контакт під час фізикального обстеження);
- «мова рухів тіла»: жестикуляція, посміювання, кивки, рухи рук та ніг;
- міміка (підняті або нахмурені брови, посмішки, сльози та ін.);
- погляд (зоровий контакт, пильний або розсіяний погляд та ін.);
- голос (висота звуку, швидкість мовлення, гучність, ритм, мовчання, паузи, інтонації, помилки та ін.);
- керування часом (рано, пізно, вчасно, затягування часу, поспіх, сповільнена реакція та ін.);
- зовнішній вигляд (статура, одяг, доглянутість та ін.);
- обстановка місця (розташування, розміщення меблів, освітлення, температура, колірна гама).

Навички асертивної поведінки необхідні для оволодіння *менеджментом злості*. Основними складовими менеджменту злості є:

1. Уникнення і тайм-аут: вихід із ситуації та зменшення контакту з тригером у ситуаціях, в яких злість починає зростати і наближатися до «точки вибуху».
2. Керування тілесним збудженням: *mindfulness*, релаксація.  
*Mindfulness* (практика обізнаності) включає кілька кроків:
  - 1) «сканування моменту»: дати собі кілька секунд на уважне спостереження як наглядача «зі сторони» за тим, що зараз відбувається;

2) розширення спектру уваги: що відбувається навколо в даний момент часу;

3) констатація і називання своїх емоцій та думок в даний момент часу;

4) «музика дихання»: спостереження за власним диханням, уявлення, що дихання відображає якусь мелодію та спроба її наслідувати; за наявності умов – додати до співу якісь рухи.

3. Робота з думками (дистанціювання).

4. Формування життєвих навичок асертивності та вміння вирішувати конфлікти.

5. Прощення.

Термін «асертивність» запропонований американським психологом Е. Солтером у 50-х рр. XX ст. Асертивна особа розуміє та виражає свої емоції та почуття, формулює і відкрито висловлює власну думку, захищає та відстоює власні права та інтереси, робить все це з повагою до прав та інтересів інших. Тому компонентами *асертивної поведінки* є:

1. Невербальний: зоровий контакт, положення тіла, жести, вираз обличчя, тон і темп мовлення, доброзичливість.

2. Підтвердження «Доброго часу для розмови».

3. Вираження почуттів з прийманням на себе відповідальності за них: «я сердита.., мені не подобається...».

4. Розмова з пацієнтом про його важливі потреби з проханням про щось: «я хочу попросити тебе, для мене є важливим...».

*Ефективне спілкування* характеризується такими принципами:

1. Засноване на взаємодії, а не на прямій передачі інформації. Дуже важливо знати, як повідомлення впливає на співрозмовника, метою спілкування стає досягнення взаєморозуміння.

2. Усуває невизначеність, яка відволікає увагу і заважає точності, ефективності відносин. Так, пацієнти не знають, чого їм очікувати від консультації, наскільки важливі ті чи інші питання, тому корисне відкрите обговорення вибору лікування.

3. Потребує планування та роздумів для досягнення результатів.

*Метод «триступінчаста ракета» Нільса Гренстада.* За допомогою цієї техніки можна навчитися відгукуватися на очевидне та бути коротким і конкретним, знаходячи відповідні слова.



1. На першій сходинці спостерігач («Я») зустрічається з об'єктом:	Я, спостерігач, сприймаю об'єкт, тобто бачу, чую, відчуваю, нюхаю, завдяки чому зустрічаюся із очевидністю, явністю. «Я бачу, що Ви насупилися, коли розповідаєте про стан свого здоров'я».
2. На другій сходинці з того, що я спостерігаю та сприймаю, я проєктую свої переїмання на цей об'єкт:	Я проєктую: «мені здається», «я припускаю» та ін. «Мені здається, що Вас це дратує».
3. На третій сходинці спостерігач («Я») дає особистісну відповідь, тобто відмічає, як цей досвід відгукується в ньому:	Я відповідаю особистісно, наприклад, «я здивований, «мені тривожно» та ін. «Я хочу Вам допомогти. Я призначаю Вам пройти обстеження. Зараз я докладно розповім, як і де це зробити».

Після засвоєння базових навичок спілкування опанування протоколів стане набагато зрозумілішим та ефективнішим.

Найпростішим протоколом, який використовується між лікарем і пацієнтом, та який ми пропонуємо прийняти за базовий стандарт, є протокол C-L-A-S-S.

### Протокол C-L-A-S-S

1. Context. Організація процесу спілкування	Організація простору: – тепле, світле приміщення; – звільнений від великої кількості паперів та іншого стіл; – запропонувати пацієнтові сісти з торця столу, щоб стіл не був бар'єром; – розміщення родичів або осіб, що супроводжують, трохи далі межі з пацієнтом; – бажана наявність серветок, питної води тощо Організація лікаря: – зовнішній вигляд лікаря (акуратний одяг, відкрита поза, зоровий контакт, доброзичливий тон голосу, який відповідає виразу обличчя); – зовнішні тригери (телефон на беззвучному режимі та ін.); – внутрішнє налаштування (повага, емпатія, неосудливість, компетентність); – попереднє повідомлення пацієнта про часові обмеження (якщо вони є)
---	---

2. Listening skills. Ефективне слухання для збору інформації	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Встановлення контакту.</li> <li>• З'ясування приводу для звернення.</li> <li>• З'ясування скарг пацієнта та причин звернення до лікаря «самого сьогодні».</li> <li>• Уважне слухання пацієнта, без перебивання, яке дасть можливість йому закінчити розповідь.</li> </ul> <p>Важливий компонент ефективного слухання – активне слухання (протокол E-V-E), уважна поведінка для побудови стосунків:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– відкрита поза тіла;</li> <li>– давати простір (відстань);</li> <li>– зоровий контакт;</li> <li>– тон голосу, вираз обличчя;</li> <li>– відповідний темп;</li> <li>– заохочення: вербально/невербально – кивання головою, відповідна міміка, жести, вживання вигуків «угу», «так»;</li> <li>– уточнення, підсумки отриманої інформації;</li> <li>– відображення емоцій/почуттів</li> </ul>
3. Acknowledge. Дослідження, ідентифікація реакції пацієнта. Відображення почуттів пацієнта	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Намагання зрозуміти думки пацієнта про хворобу, його ставлення до недуги. Очікування — яку він хоче отримати допомогу. Наслідки впливу проблеми на життя.</li> <li>• Використання невербальної мови: зоровий контакт, міміка, постава, поза, жести, темп, гучність голосу, інтонація.</li> <li>• Вербальна мова: перефразування, уточнення, пояснення.</li> <li>• Делікатність при огляді, залучення пацієнта у вигляді пояснення своїх дій при огляді.</li> <li>• Емпатія, доброзичливість, повага, уважність, важливість власної активності пацієнта</li> </ul>
4. Strategy. Пояснення і планування. Узгоджений з пацієнтом план обстеження та лікування	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надання необхідної інформації в потрібному обсязі та зрозумілій формі.</li> <li>• Запитання пацієнта, які ще відомості йому корисні.</li> <li>• Уловлювання слів, жестів пацієнта на рекомендації лікаря.</li> <li>• З'ясування думок, важливості рекомендацій лікаря для пацієнта.</li> <li>• Уникнення «професійного жаргону».</li> <li>• Надання письмової інформації, інструкції.</li> <li>• Інформування про побічні дії.</li> <li>• Докладне інформування про майбутні обстеження. Пояснення «зрозумілою мовою» їхньої необхідності та особливостей отримання результатів.</li> <li>• Перевірка розуміння пацієнтом даної інформації. Узгоджувати з пацієнтом план лікування. Вирішити, який план лікування буде найкращим для пацієнта</li> </ul>



5. Summary. Завершення консультації. Резюме	<p>Роль лікаря:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– володіння клінічним мисленням і технікою логічного надання інформації;</li> <li>– допомога пацієнту в самостійному виборі варіанта обстеження або лікування;</li> <li>– допомога пацієнту рухатися в напрямку бажаних змін</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Чітке та лаконічне підсумування обговорення.</li> <li>• Перевірка розуміння пацієнта.</li> <li>• З'ясування, чи не залишилися у пацієнта ще якихось запитань до лікаря.</li> <li>• Укладання чіткої угоди з пацієнтом про контрольні візити, якої пацієнт буде дотримуватися</li> </ul>
---	---

Стандартом спілкування при медичних помилках, погіршенні стану пацієнта на тлі лікування або для спілкування з родичами померлого пацієнта ми пропонуємо використовувати протокол C-O-N-E-S – «Гостра розмова».

#### Протокол C-O-N-E-S

1. Context. Організація процесу	<p>Організація простору:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– тепле, світле приміщення;</li> <li>– звільнений від великої кількості паперів та іншого стіл;</li> <li>– розміщення родичів або осіб, що супроводжують, трохи далі межі з пацієнтом;</li> <li>– бажана наявність серветок, питної води тощо</li> </ul> <p>Організація лікаря:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– зовнішній вигляд лікаря (акуратний одяг, відкрита поза, зоровий контакт, доброзичливий тон голосу, який відповідає виразу обличчя);</li> <li>– зовнішні тригери (телефон на беззвучному режимі та ін.);</li> <li>– внутрішнє налаштування (повага, емпатія, неосудливість, компетентність);</li> <li>– попереднє повідомлення пацієнта про часові обмеження (якщо вони є);</li> <li>– особлива увага на невербальні знаки (кивки, зітхання, сльози, жести, поза пацієнта) з метою оцінки емоційного стану пацієнта та його родичів;</li> <li>– зберігання спокою та «холодного розуму» лікарем за будь-яких обставин</li> </ul>
---------------------------------	--

2. Opening shot. Отримання дозволу на обговорення. Пояснення фактів	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Попередження пацієнта про необхідність розмови.</li> <li>• Повідомлення пацієнту та його родичам про наявність важливих новин.</li> <li>• Чітка класифікація та позначення намірів (попередження пацієнта, що не все так добре).</li> <li>• Пояснення фактів таким чином, щоб пацієнт їх зрозумів.</li> <li>• Дозування інформації з перевіркою повного її розуміння пацієнтом після кожної частини інформації.</li> <li>• Вербальні та невербальні навички (див. вище)</li> </ul>
3. Narrative Approach. Хронологія	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пояснення хронологічної послідовності подій.</li> <li>• Уникнення покладання провини або виправдань.</li> <li>• Наголос, що лікар з'ясовує, як сталася помилка.</li> <li>• Принесення вибачень (за потреби)</li> </ul>
4. Emotions Емпатична реакція	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здатність лікаря до доброзичливості, поваги, уважності, емпатії.</li> <li>• Звернення уваги на невербальні знаки (кивки, зітхання, позу, жести, сльози) для оцінки емоційного стану.</li> <li>• Надання пацієнтові часу для усвідомлення новини.</li> <li>• Співчутливе мовчання, прояв емпатії.</li> <li>• Стимулювання пацієнта ставити питання, прохання до пацієнта розповісти про його думки, почуття, які виникли у відповідь на новину.</li> <li>• Уникнення обіцянок, які неможливо виконати.</li> <li>• Уникнення запевнень пацієнта, що все буде добре, що шкоди не буде.</li> <li>• Повідомлення пацієнту, що ситуація є пріоритетною, що буде робитися все, що можливо</li> </ul>
5. Strategy Вибір конкретного плану дій	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Чіткі та лаконічні підсумки обговорення.</li> <li>• Перевірка розуміння пацієнта.</li> <li>• З'ясування, чи не залишилися у пацієнта ще запитань до лікаря.</li> <li>• Укладання чіткої угоди з пацієнтом про контрольні візити, якої він буде дотримуватися</li> </ul>
У разі смерті пацієнта	Прояв емпатії

Для успішного проведення складних емоційних розмов з пацієнтом та його родичами лікар повинен володіти протоколом B-U-S-T-E-R. Він включає кілька етапів.

## Протокол В-U-S-T-E-R

1. <u>Be prepared.</u> Простір для розмови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приділення уваги питанням зручності та невербальним навичкам, дуже важливі положення тіла та тон голосу лікаря.</li> <li>• Ведення розмови в тихому, спокійному місці.</li> <li>• Готовність до розмови і передбачення реакції пацієнта та членів його сім'ї.</li> <li>• Розміщення пацієнта сидячи з торця столу, щоб стіл не був бар'єром.</li> <li>• Розміщення родичів або осіб, що супроводжують, трохи далі межі з пацієнтом.</li> <li>• Бажана наявність серветок, питної води тощо.</li> <li>• Відповідний зовнішній вигляд лікаря.</li> <li>• Відключені або нейтралізовані зовнішні тригери.</li> <li>• Внутрішнє налаштування лікаря.</li> <li>• Практикування лікарем саморегуляції.</li> <li>• Зберігання лікарем власних емоцій під контролем.</li> <li>• Налаштування на перетворення конфронтації в розмову</li> </ul>
2. <u>Use non-judgmental listening.</u> Використовуйте неупереджене слухання	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розуміння, що йдеться не про Вас, а про чужі розчарування, страхи, тривоги, які лежать в основі гніву.</li> <li>• Підтримка зорового контакту.</li> <li>• Слухання пацієнта не перебиваючи, з перефразуванням у разі нерозуміння, уточнення</li> </ul>
3. <u>Six second rule.</u> «Правило шести секунд»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уникнення ескалації розмови.</li> <li>• Вичікування перед демонстрацією реакції 6 с або більше в ситуації, коли власні емоції починають «кипіти».</li> <li>• Mindfulness.</li> <li>• Уникнення оборонної позиції</li> </ul>
4. <u>Tell me more.</u> «Розкажи мені більше»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Користування методом: «Розкажи мені більше»</li> </ul>
5. <u>Empathize and validate.</u> Емпатична реакція та стабільність	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Звернення уваги на невербальні знаки.</li> <li>• Співчутливе мовчання.</li> <li>• Надання пацієнту часу для усвідомлення та прийняття ситуації.</li> <li>• Прояв емпатії.</li> <li>• Стимулювання пацієнта – ставити запитання.</li> <li>• З'ясування думок та почуттів пацієнта</li> </ul>

6. <u>Respond with a wish statement.</u> Завершення консультації й рекомендації. Важливі поради	<p>Уникнення фраз: «Все буде добре», «Я відчуваю ваш біль».</p> <p>Коли емоції загострюються і з'являється відчуття загрози: «Зараз я не почуваюся в безпеці і не можу продовжувати розмову»</p>
--	--

Сучасні підходи до розуміння й класифікації розладів особистості відображені в класифікаціях DSM-5, МКХ-10:

- Кластер А. Параноїдний, шизоїдний, шизотиповий.
- Кластер В. Антисоціальний, межовий, істеричний, нарцисичний.
- Кластер С. Унікаючий, залежний, обсесивно-компульсивний.

На підставі даної класифікації ми сформуваємо для навчання такі психотипи складних пацієнтів, для яких розробили кейси, сценарії та ролі:

1. Вороже налаштований пацієнт.
2. Тривожний пацієнт.
3. Іпохондричний пацієнт.
4. Сумний пацієнт.
5. Маніпулятивний пацієнт.
6. Підозрілий пацієнт.
7. Замкнутий пацієнт.
8. Балакучий пацієнт.

## Фрагменти сценарію та ролі підозрілого пацієнта

## Загальна інформація:

Під час спілкування – болісно уразливий, має загострене почуття справедливості. Характеризується надмірною чутливістю до невдач, нездатністю пробачати образи, підозрілістю і схильністю до неадекватного сприйняття дійсності через трактування нейтральних або дружніх дій оточення як ворожих або зневажливих. У таких осіб часто спостерігається зятята впевненість у власній правоті, завищена самооцінка і надмірна зарозумілість. Неохоче відкривається іншим через невиправданий страх, що це може бути використано проти нього. Спільними рисами є соціальна незграбність, а також викривлене мислення.

**Поведінка SP:**

Рухи цілеспрямованої, енергійної людини. Тверда мова, наполегливий голос, можливий скептицизм, надмірна зарозумілість. Свої підозри може озвучувати або замовчувати.

**Рекомендації для студента:**

- оберіть протокол спілкування;
- організуйте процес комунікації з пацієнтом відповідно до обраного протоколу;
- почніть спілкування, обов'язково попередьте пацієнта про конфіденційність даних;
- при емоційній напруженості пацієнта вербалізуйте його припущення.

**Роль (варіант для пацієнта):**

Пацієнтка, пані Марія, в якої тяжкий ускладнений цукровий діабет 2 типу. Лікар-ендокринолог запросив до палати хірурга на консультацію щодо необхідності ампутації частини стопи. Хвора лежить у ліжку, має охайний вигляд, читає медичний довідник, підкреслюючи щось в ньому олівцем, та недовірко дивиться на лікаря.

Лікар, заходячи в палату до пацієнтки, привітав її, в межах підготовки до розмови сів навпроти, прибрав усі можливі бар'єри (настільний календар, інше), перевів телефон у беззвучний режим, продемонстрував навички активного слухання.

**Лікар:** «Доброго дня, пані. Я лікар-хірург. Мене звати ... Я проконсультую Вас на проханням Вашого лікаря-куратора. Як я можу до Вас звертатися?»

**Пані Марія:** «Марія. Так, ендокринолог сказав мені, що необхідна Ваша консультація».

**Лікар:** «Пані Марія, будь ласка, розкажіть мені, що Вас турбує, що Ви думаєте про свій стан зараз?»

**Пані Марія (трохи роздратовано):** «Моя нога мене турбує, нічого не допомагає. Я гадаю, що лікування було неправильне!»

**Лікар:** «Я бачу, що Ви роздратовані, але я дуже хочу Вам допомогти. Розкажіть мені, що Ви зараз відчуваєте?»

**Пані Марія (насторожено):** «Ви такий молодий. Ви дійсно маєте достатньо досвіду та зможете мені допомогти? Мені також цікаво,

чи не будете Ви про мене з кимось розмовляти та розповідати про мене все, що я Вам скажу?»

**Лікар:** «Ця інформація конфіденційна, потрібна мені суто для того, щоб краще зрозуміти Вас і спробувати допомогти Вам. Ми будемо працювати разом, щоб подолати вашу проблему. Згодні?»

**Пані Марія (киває):** «Мій дід мав цукровий діабет, мав гангрену, його лікували неправильно, а потім він помер (пауза)».

**Лікар (невербальне вираження співчуття, пауза):** «Ми можемо продовжити розмову?»

**Пані Марія (киває).**

**Лікар проводить огляд стопи пацієнтки. Потім бере історію хвороби та відкриває результати попереднього обстеження.**

**Лікар:** «У мене є результати обстеження. Ви б хотіли отримати повну інформацію про результати обстеження або Вам коротко позначити результати та обговорити план лікування?»

**Пані Марія:** «Звісно, повну інформацію».

**Лікар:** «На жаль, у мене для Вас погані новини, цукровий діабет дав ускладнення, Вам потрібна операція. Треба видалити частину стопи у зв'язку з тим, що частина тканин є мертвою. У Вас почалася гангрена».

**Пані Марія:** «Лише частину стопи? Ви нічого не приховуєте від мене?»

**Лікар:** «Ні, я нічого не приховую від Вас. Є у Вас питання? Можете мені розповісти, що Ви зараз відчуваєте?»

**Пані Марія:** «Так (пауза)».

**Лікар (співчутливо та ствердно):** «Ви готові зараз обговорювати план операції та лікування? Якщо у Вас виникнуть питання, я відповім на них».

**Пані Марія:** «Так».

**Лікар розповідає пацієнтці про всі етапи підготовки до операції, коротко описує хід операції та можливі наслідки.**

**Пані Марія:** «Дякую, лікар, але я повинна трохи подумати та порадитися з деким».

Якщо два попередні протоколи досить прості для опанування студентами 3–4-х курсів, то в процесі навчання студентів 6-го курсу

та лікарів-інтернів ми використовуємо протокол SPIKES, який, безумовно, є більш складним для опанування та потребує від лікаря більшої майстерності, але він набагато детальніший, вважається в усьому світі «золотим стандартом» сповіщення поганих новин і має бути опанований. Протокол включає шість кроків.

Найкраще визначення поняття «погані новини» охарактеризував ще в 1975 р. дав Cassem: «Будь-яка інформація, яка серйозно та негативно впливає на уявлення індивіда про його чи її майбутнє».

### Протокол SPIKES

Крок 1. <b>S</b> — SETTING UP the interview. Налаштування розмови	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Організація спілкування з пацієнтом наодинці. Якщо розмова з пацієнтом в окремій кімнаті неможлива, бажано відгородити ліжко пацієнта за допомогою ширми.</li> <li>• Залучення до розмови значущих для пацієнта людей. Більшість пацієнтів бажать присутності у розмові когось ще, проте цей вибір має зробити пацієнт. Якщо членів сім'ї дуже багато, необхідно попросити пацієнта залишити одного або двох найближчих родичів.</li> <li>• Найкращою позицією лікаря при розмові є розміщення сидячи біля пацієнта (але не на ліжку). Це допоможе психологічно розслабити пацієнта, а також надасть невербальний сигнал, що лікар не поспішатиме у розмові.</li> <li>• Прибирання бар'єрів між лікарем і пацієнтом (наприклад, столу).</li> <li>• Якщо щойно відбулося обстеження пацієнта, перед початком розмови йому обов'язково необхідно дати можливість одягнутися.</li> <li>• Керування лікарем обмеженням часу та відволікальними факторами. Пацієнт повинен бути сповіщений заздалегідь про обмеження часу та очікування відволікання лікаря від розмови, якщо це дійсно може статися. Найкраще, якщо лікар вимкне на час розмови свій мобільний телефон і попросить колег не турбувати його деякий час.</li> <li>• Налагодження зв'язку із пацієнтом. Підтримка зорового контакту може бути некомфортною, проте це важливий спосіб створення порозуміння між лікарем та пацієнтом. Торкання лікарем руки пацієнта, або тримання його за руку (якщо звичайно йому це комфортно), або використання інших невербальних знаків є бажаним для досягнення порозуміння</li> </ul>
---	--

Крок 2. <b>P</b> — Assessing the Patient's PERCEPTION. Оцінка сприйняття (розуміння) пацієнтом серйозності свого стану	<p>Здійснення аксіоми «перш ніж сказати — спитайте»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• З'ясування думки пацієнта про його хворобу та стан за допомогою відкритих питань. З'ясування того, що пацієнт уже знає, чого боїться і на що сподівається — важке, але необхідне завдання.</li> <li>• Оцінка рівня розуміння пацієнта і членів родини. Визначення, чи є у пацієнта якась форма заперечення хвороби: видача бажаного за дійсне; пропуск суттєвих, але неприємних деталей своєї хвороби або нереальні очікування від лікування.</li> <li>• Звертання уваги на розбіжності в розумінні пацієнта з реальною ситуацією.</li> <li>• Коригування наявної у пацієнта дезінформації про хворобу взагалі для повідомлення поганих новин з огляду на те, що хворий не розуміє</li> </ul>
Крок 3. <b>I</b> — Obtaining Patient's INVITATION. Отримання дозволу на обговорення	<p>Продовження здійснення аксіоми «перш ніж сказати – спитайте»:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Постановка цілей для обговорення — запитати пацієнта, чи хоче він знати подробиці стану свого здоров'я та лікування.</li> <li>• Чітке класифікування та позначення намірів розмови. (попередження пацієнта, що не все так добре).</li> <li>• Визнання права пацієнта не знати про тяжкість хвороби. Якщо пацієнт не хоче знати деталі, необхідно запропонувати йому відповісти на будь-які питання, які його цікавлять, що з'являться в майбутньому, або поговорити з родичами та друзями</li> </ul>
Крок 4. <b>K</b> — Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient. Надання інформації пацієнту	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Попередження пацієнта про те, що йому повідомляють погані новини перед безпосереднім повідомленням самих новин. Це допомагає зменшити шок від їхнього подальшого отримання та сприяє більш легкому розумінню отриманої інформації.</li> <li>• Розмова повинна бути розпочата на рівні розуміння та словникового запасу пацієнта. Уникнення «медичного жаргону» при поясненні фактів сприяє повному розумінню пацієнтом.</li> <li>• Уникнення використання надмірного «затуплення» («У вас дуже поганий рак і якщо ви не отримаєте негайного лікування, то помрете»), тому що це призведе до відстороненості пацієнта, а згодом спровокує агресію на лікаря з тенденцією звинувачувати його як посланця поганих новин.</li> <li>• Дозування інформації. Після кожної частини інформації необхідно перевіряти, чи все пацієнт зрозумів.</li> <li>• Уникнення при спілкуванні таких фраз, як «Ми нічого більше зробити для Вас не можемо» у випадках, коли прогноз для пацієнта поганий. Така позиція в більшості випадків несумісна з реальними цілями пацієнта, які часто зводяться до покращення якості життя: відсутність болю та інших симптомів хвороби</li> </ul>



<p>Крок 5. <b>E</b> — Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses. Співчутливе ставлення до емоцій пацієнта. Емпатична реакція</p>	<p>Емпатія складається з чотирьох кроків:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначення емоцій, які відчуває пацієнт, назвавши їх для себе. Використання відкритих питань для розуміння того, що пацієнт думає або відчуває.</li> <li>• Погляд на будь-які емоції з боку пацієнта. Це можуть бути сльози, сумний погляд, тиша або шок.</li> <li>• Визначення причини цих емоцій. Зазвичай це пов'язано з поганими новинами. Але в цьому немає впевненості, необхідно знову спитати про це пацієнта.</li> <li>• Надання пацієнту короткого періоду часу для висловлювання своїх емоцій з використанням співчутливого мовчання. Стимулювання пацієнта ставити питання. Вміння надихати, навіть якщо прогноз поганий (ефективне знеболення, дбайливий догляд)</li> </ul>
<p>Крок 6. <b>S</b> — STRATEGY and SUMMARY. Пояснення та планування. Завершення консультації</p>	<p>На цьому етапі максимально можуть проявитися власні дискомфорти лікаря: невпевненість щодо очікувань пацієнта, страх зруйнувати надію у пацієнта, страх у власному безсиллі перед неконтрольно прогресуючою хворобою, відсутність упевненості в тому, що лікар зможе керувати очікуваними емоціями пацієнта, іноді збентеження через попередньо оптимістично змальований прогноз для пацієнта. Щоб запобігти цьому, слід чітко розуміти: пацієнти, які ясно уявляють своє майбутнє, з меншою ймовірністю відчувають тривогу та невизначеність. Даний крок включає такі етапи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• З'ясування готовності пацієнта до обговорення плану лікування в даний момент розмови.</li> <li>• Надання необхідної інформації в потрібному обсязі та зрозумілій формі. Розповідь пацієнту про всі варіанти лікування та коли кожний з них використовується для створення у хворого враження, що лікар вважає бажання пацієнта важливим. Розподіл відповідальності за прийняття рішення з пацієнтом може також знизити будь-яке почуття невдачі з боку лікаря, якщо лікування неефективне.</li> <li>• Перевірка недостатнього розуміння пацієнтом інформації для запобігання у хворого тенденції щодо переоцінки ефективності лікування або непорозуміння стосовно мети лікування.</li> <li>• Уловлювання слів, жестів пацієнта на рекомендації лікаря.</li> <li>• З'ясування думок, важливості рекомендацій лікаря для пацієнта.</li> <li>• Завершення консультації повинно супроводжуватися затвердженням пацієнтом планом подальших дій або призначенням чіткого часу повторної розмови для отримання остаточного рішення пацієнта після короткого часу на роздуми</li> </ul>

## Розділ 11 ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Як будь-яка інша, професія актора-пацієнта несе певні ризики та може мати опосередкований негативний вплив на здоров'я. Зовнішні ризики помітні та доволі зрозумілі для всіх: нестабільна зайнятість, страх стати незатребуваним. Проте проблеми внутрішні можуть бути невидимі сторонньому оку. До них належать постійна тривожність, «вхід у роль» хворого з появою реальних ознак хвороби, розвиток депресивного стану. Багато авторів, які проводили дослідження психологічного стану акторів, дійшли висновку, що депресію у акторів діагностують удвічі частіше, ніж у представників інших професій. Незважаючи на те, що подібні дослідження не проводилися стосовно стандартизованих пацієнтів, ми вважаємо, що актори, які постійно грають роль хворого, схильні до депресії набагато частіше.

Тривожність, стрес та депресія у стандартизованих пацієнтів (як й у будь-яких акторів) є наслідком того, що вони переживають певні емоції, без яких неможливо зіграти роль і достовірно зобразити свого персонажа, крім того, вони повинні відтворювати ці емоції багато разів.

Стівен Браун, спеціаліст Департаменту психології та неврології Університету Макмастера, провів дослідження причин стресу у студентів театральних шкіл. Він виділив три головні фактори ризику, які впливають на акторів у процесі перевтілення в сценічного персонажа:

- Невміння відокремитися від ролі, застрягання у психологічному статусі свого героя.
- Емоційна нестійкість як результат відсутності цього відокремлення.
- Психологічні травми, які спричинені зверненням акторів до своїх особистих історій. Щоб викликати емоції, необхідні для гри, актори «викликають» власні переживання з минулого.



Браун пояснює, що актори часто не можуть позбавитися емоцій, пов'язаних з їхніми персонажами. Вигадана людина, образ якої актор створює на сцені, стає його тінню. Межа між власним «Я» артиста й героєм п'єси або фільму стирається, і злиття особистостей персонажа й актора відбувається вже не на сцені, а в реальному житті. Це негативно позначається на психіці та нервовій системі і, як наслідок, призводить до різних трагедій.

Це дослідження включало акторів, які виконують звичайні ролі. Проте для акторів, які зображують хворих, вплив усіх вказаних факторів посилюється у рази.

Залежно від особистісних рис характеру та темпераменту актора-пацієнта, можуть трапитися страх тілесних відчуттів, який виникає при панічному розладі, або різні прояви тривожності (від страху захворіти на серйозну хворобу до страху власних думок), що можуть виникнути при obsесивно-компульсивному розладі. Такий страх може мати суттєвий вплив на життя актора-пацієнта й викликати почуття безпорадності або депресію, а при тривалому перебігу призвести до професійної непридатності.

Постійно підвищений рівень адреналіну при тривожних розладах у стандартизованих пацієнтів викликає зміни в організмі, які спочатку дають змогу йому впоратися з небезпекою, але згодом виливаються у стійке, часто болісне, напруження м'язів, пришвидшене дихання та серцебиття, значну пітливість. Багато стандартизованих пацієнтів починають фокусувати увагу на цих проявах та інтерпретують їх як ознаки тяжкої хвороби. Крім того, актор, який постійно багато разів повторює одну й ту саму роль пацієнта, може почати співвідносити свою роль з реальним життям й знаходити у себе схожі симптоми.

Для запобігання описаним вище ускладненням професії необхідно в процесі навчання стандартизованих пацієнтів відразу обговорювати з ними можливість розвитку подібних станів.

Крім того, фахівець закладу освіти, який працює зі стандартизованими пацієнтами, повинен задіяти для них спеціальні методики, розроблені для акторів, що виконують трагічні ролі. Ці методики допомагають швидко «вийти з образу» без психологічної травми. Методики роботи з психологічного розвантаження включають

різноманітні практики. Це можуть бути групові збори після робочого дня, на яких актори розповідають про те, як перебігав процес спілкування зі студентами і що вони відчували під час «прийому» лікарів та які емоції відчують на момент зборів. Така профілактика дає можливість позбутися переживань, пов'язаних із персонажем. Вміння розлучитися з образом необхідне, щоб допомогти актору зберегти психічне та фізичне здоров'я.

Психологи, які працюють із професійними театральними акторами, застосовують практики глибокого дихання, візуалізації, техніки фізичного розслаблення, запозичені з йоги. Такі практики можуть бути залучені й для стандартизованих пацієнтів.

Однією з найефективніших практик визнана одна з форм візуалізації, яка включає ритуальне «роздягання»: актор знімає сценічний костюм, прощається з персонажем. Те саме робиться і в гримерній – знімається грим і розігрується сцена прощання.

Для втілення цього методу профілактики психологічних розладів у стандартизованих пацієнтів ми пропонуємо запровадити важливе правило, яке повинно обов'язково виконуватися всіма акторами-пацієнтами: ніколи не зображати роль у звичайному одязі, який актор носить у реальному житті. Для ролі пацієнта необхідно виділити кілька комплектів одягу, який буде використовуватися лише при втілюванні ролі пацієнта (піжама або халат для хворого в ліжку, звичайний одяг для хворого в поліклінічному відділенні).

Застосування різних методик у правильній послідовності допомагає акторам відокремити власне «Я» від вигаданої особистості. Вони дають можливість актору залишити за порогом гримерної не лише грим та костюм героя, а також його почуття, проблеми, ставлення до людей.

Якщо ж у стандартизованого пацієнта, незважаючи на вжиті заходи профілактики, розвинулися певні небажані психологічні стани, педагог, який працює з ними, повинен добре знати перші симптоми проблем, що виникли, й володіти методиками «швидкої психологічної допомоги».

Першими симптомами психологічних проблем, які виникають, можуть бути тривожні думки, які схильні повторюватися, ставати

нав'язливими, починають впливати на якість життя актора. Він починає боятися думок про хвороби, хвилюється, що вони можуть розпочатися у нього, про те, що може завдати шкоди, насильства своїми діями членам сім'ї та оточуючим. Ознаки, на які потрібно звернути увагу:

- Компульсії або ритуали. Це дії, які, на переконання актора, повинні обов'язково виконуватися.
- Унікаюча поведінка – спроби уникнути певних ситуацій, людей, речей.
- Потреба все тримати під контролем. Ця стратегія посилює тривогу, оскільки неможливо бути впевненим на 100 відсотків.

При розвитку даних ознак реабілітація полягає не в уникненні думок, а в наданні їм іншого значення, вмінні ідентифікувати думки на корисні та некорисні, записувати й аналізувати свої дії, їхні причини, бажаний результат та ресурси, що дають підтримку.

Ознаками надмірної тривожності за здоров'я є:

- прагнення запевнень у власному здоров'ї;
- «виявлення» у себе певних симптомів;
- постійний пошук інформації про хворобу, яку актор зображує;
- набуття актором рис поведінки хворого.

При виявленні цих ознак реабілітація повинна складатися з таких кроків:

- Розрізнення «симптомів», які потребують медичного втручання, та тих, що не потребують.
- Відволікання уваги від хвороби (хобі, прогулянка).
- Припинення постійного пошуку інформації про хворобу, яка імітується.
- Збільшення фізичного навантаження.
- Складання списку речей, які звик робити актор і хотів би робити знову. Впорядкування їх: спочатку те, що потребує менше енергії, а насамкінець те, що вимагає найбільше зусиль. Повернення звичайної активності крок за кроком.

Під час панічної атаки та для зменшення надмірного м'язового напруження досить ефективними є релаксаційний тренінг з практикою контролю дихання, який включає такі команди: «Спокійно

й повільно дихайте. Наберіть повітря в легені. Ваш живіт теж має випнутися. Оскільки ваші м'язи розтягнуться, ви можете мати відчуття стиснення грудної клітки. Не дихайте поверхнево, верхньою частиною грудної клітки. Вдихайте через ніс, а видихайте через рот. Спробуйте зробити повільний вдих на 1, 2, 3, 4. Далі видихніть повітря, повільно рахуючи до 6. Робіть це, поки не заспокоїтесь». Ефективною при панічній атаці є й методика відволікання: замість того, щоб зосереджуватися на тому, що діється всередині тіла, необхідно переключити увагу на те, що відбувається навколо.

Таким чином, для успішного впровадження методики «Симульований пацієнт» в освітній процес менеджер SP обов'язково повинен враховувати як всі можливі психологічні ризики, так і методи протидії та «першої психологічної допомоги».

## Розділ 12

# ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ

Підхід до обладнання та матеріально-технічного забезпечення навчального процесу за методикою «Симульований пацієнт» сьогодні стандартизовано в усьому світі та включає такі вимоги:

1. Мікроклімат. Це має бути окреме, добре освітлене, тепле (24–25 °С) приміщення, з доброю звукоізоляцією.

2. Обстановка навчальної кімнати повинна бути максимально наближена до реальної палати – ліжка, тумба, шафа для білизни й одягу, один-два стільці, рукомийник; або кабінету сімейного лікаря (лікаря поліклініки) – кушетка, стіл лікаря, шафа для паперів, два-три стільці, вішалка для одягу пацієнта, рукомийник.

Головна ціль такого підходу до облаштування приміщень для стандартизованих пацієнтів – створення довірчого середовища між студентом-куратором і актором-пацієнтом, відтворення умов відчуття самотності, що дає змогу значно зменшити стрес перед початком роботи, який завжди виникає, додати разом з відчуттям розкутості та природності в поведінці розуміння студентом, що сподіватися йому доведеться виключно на себе.

3. Необхідний набір медичних приладів:

– тонометр, медичний термометр, сантиметрова стрічка, фонендоскоп, стерильний одноразовий шпатель, пульсоксиметр, електрокардіограф або монітор – для імітації палати стаціонару;

– тонометр, медичний термометр, сантиметрова стрічка, ростомір, ваги, фонендоскоп, стерильний одноразовий шпатель, пульсоксиметр – для імітації кабінету лікаря в поліклініці;

– ситуаційне обладнання при імітації нещасного випадку на вулиці;

– обладнання приміщення поворотною відеокамерою з дистанційним керуванням та високочутливим мікрофоном, які дають можливість викладачу, екзаменатору або студенту-експерту

спостерігати і чути все, що відбувається в навчальній кімнаті, та проводити якісний відеозапис.

Про проведення відеозапису актори та студенти повинні завжди бути попередженими заздалегідь, незважаючи на ймовірність розвитку «ефекту камери», який зазвичай зникає вже за 1–2 хв.

Аудіо- та відеоінформація надходить до «операторської», в якій спостерігач у режимі реального часу стежить за тим, що відбувається в навчальній кімнаті.

Якщо контакт зі стандартизованим пацієнтом відбувається в межах іспиту, студент не повинен знати, хто за ним спостерігає, для виключення будь-яких претензій та звинувачень у необ'єктивності або «домовленостей».

Важливо пояснити студентам ще кілька додаткових рекомендацій, які сприятимуть підвищенню комфортності спілкування та полегшать встановлення першого контакту з пацієнтом. Ці аспекти повинні бути внесені до оціночного листа в сценаріях з оцінки комунікативних навичок:

1. Охайність вигляду та чистий одяг лікаря. Відповідність одягу до статусу лікаря (а не бармена або співробітника шоубізнесу).

2. Мінімальне застосування косметики, бажана відмова від парфумів під час роботи, акуратний манікюр.

3. Відповідний (доброзичливий, спокійний) вираз обличчя.

4. Спілкування з пацієнтом відразу після потрапляння до приміщення не повинно розпочинатися зі збору анамнезу або скарг. Студента слід навчити дати можливість пацієнту звикнути до себе та самому налаштуватися на роботу: спочатку необхідно представитися, вимити руки, зайняти зручне місце біля пацієнта на стільці праворуч обличчям до голови пацієнта (дуже грубою помилкою є присідання лікаря на ліжко пацієнта) та з можливістю бачити всього пацієнта для оцінки окремих симптомів і міміки обличчя.

5. Вміння покращити настрій пацієнта, зменшити його дратівливість та уразливість, додати впевненості в позитивному результаті. Студенту важливо навчитися давати зрозуміти пацієнту, що одужання саме у власних руках хворого за умов чіткого слідування рекомендаціям лікаря. Крім того, слід чітко усвідомлювати,

що пацієнт цінує не «панібратство» з лікарем, а серйозне та дбайливе ставлення.

6. У деяких сценаріях передбачаються провокаційні запитання від SP для відволікання студента від теми розмови, багатослівність. Студент повинен вміти вірно реагувати та повертати спілкування в необхідні межі.

7. Лікар ніколи не повинен брати на себе більше, ніж може дати пацієнту. Завжди кажіть правду про межі своїх можливостей у даній конкретній ситуації. Крім того, не можна застосовувати такі вислови, як, наприклад, «Це дурниця, яка швидко минеться». Ніколи не можна повідомляти пацієнтові діагноз, в якому лікар не впевнений. Вкрай небажано розмовляти з пацієнтом «звисока» та застосовувати в бесіді багато незрозумілих для нього термінів.

## ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Хто є першим автором, що запропонував використовувати підготовлених акторів як «пацієнтів»?
2. У чому полягає різниця між поняттями «симульований пацієнт» та «стандартизований пацієнт»?
3. Назвіть рівні реалістичності симуляції.
4. Як класифікуються стандартизовані пацієнти за обсягом моделювання?
5. У чому відмінність між гібридним стандартизованим симульованим пацієнтом і психотипованим стандартизованим симульованим пацієнтом?
6. Скільки існує блоків (напрямків) стандартів у організації освітнього процесу інституту стандартизованих пацієнтів?
7. Якими ключовими факторами експерти АМЕЕ рекомендують користуватися при підборі кандидатур на роль пацієнтів-інструкторів?
8. Які основні обов'язки менеджера стандартизованих пацієнтів?
9. Назвіть основні фактори для підтримки вмотивованості та професійності стандартизованих пацієнтів.
10. Якого фахівця краще призначати на роль керівника підрозділу?
11. Які функції виконує методист?
12. Що таке клінічний кейс?
13. Яким чином здійснюється участь симульованого пацієнта в оцінюванні у більшості медичних шкіл світу?
14. Яка мета роботи інкогніто стандартизованого пацієнта (ISP)?
15. Які типи зворотного зв'язку можуть бути імплементовані в методиці «Симульований пацієнт»?
16. З яких пунктів зазвичай складається чек-лист екзаменатора станції ОСКІ?
17. Як відбувається набуття навичок професійної комунікації та soft skills?
18. Чим відомий метод «триступінчастої ракети» Нільса Гренстада?
19. З чого складається протокол C-O-N-E-S?

20. Який протокол використовується для успішного проведення складних емоційних розмов з пацієнтом та його родичами?
21. У чому полягає мета протоколу SPIKES?
22. Які три головні фактори ризику впливають на акторів у процесі перевтілення в сценічного персонажа?
23. Які є методи запобігання психологічним розладам у симульованих пацієнтів?
24. Назвіть технічні вимоги до організації процесу навчання.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Adamo, G. (2003). Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992–2003. *Medical teacher*. 25(3). 262–270. <https://doi.org/10.1080/0142159031000100300>
2. American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME). The standards for educational and psychological testing.
3. Association of Standardized Patient Educators. About ASPE. Available from: <http://www.aspeducators.org/about-aspe> (Accessed 12 June 2017).
4. Barrows, H.S. (1968). Simulated patients in medical teaching. *Canadian Medical Association Journal*. 98(14). 674.
5. Barrows, H.S. (1982). Letter to Henk Schmidt. Rotterdam : Private Archive Collection of H. G. Schmidt.
6. Barrows, H.S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. AAMC. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 68(6). 443–453. <https://doi.org/10.1097/00001888-199306000-00002>
7. Barrows, H.S. (1996a). In memoriam: James E. Anderson, MD. *Teaching and Learning in Medicine*. 8(1). 61.
8. Barrows, H.S. (1996b). Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. *Teaching and Learning*. 68. 3–12.
9. Barrows, H.S., & Bennett, K. (1972). The diagnostic (problem solving) skill of the neurologist: Experimental studies and their implications for neurological training. *Archives of Neurology*. 26. 273–277.
10. Barrows, H.S., & Mitchell, D.L.M. (1975). An innovative course in undergraduate neurosciences, experiment in problem-based learning with 'problem-boxes'. *British Journal of Medical Education*. 9. 223–230.
11. Barrows, H.S., & Tamblyn, R.M. (1976). Guide to the development of skills in problem-based learning and clinical (diagnostic) reasoning. Monograph #1. McMaster University Faculty of Health Sciences.
12. Barrows, H.S., & Tamblyn, R.M. (1980). Problem-based learning: An approach to medical education. New York : Springer.
13. Beckmann, C.R., & Meyers, K. (1988). Mental and physical effects of being a gynecologic teaching associate. *The Journal of reproductive medicine*. 33(1). 22–24.



14. Beckmann, C.R., Barzansky, B.M., Sharf, B.F., & Meyers, K. (1988). Training gynaecological teaching associates. *Medical education*. 22(2). 124–131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1988.tb00422.x>
15. Benbassat, J., & Bauml, R. (2001). Teaching doctor-patient interviewing skills using an integrated learner and teacher-centered approach. *The American journal of the medical sciences*. 322(6). 349–357. <https://doi.org/10.1097/00000441-200112000-00008>
16. Benbassat, J., & Bauml, R. (2002). A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient education and counseling*. 46(2). 147–152. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00150-1](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00150-1)
17. Berenson, L.D., Goodill, S.W., & Wenger S. (2012). Standardized patient feedback: making it work across disciplines. *J Allied Health*. 41(1). 27E–31E.
18. Beullens, J., Rethans, J. J., Goedhuys, J., & Buntinx, F. (1997). The use of standardized patients in research in general practice. *Family practice*. 14(1). 58–62. <https://doi.org/10.1093/fampra/14.1.58>
19. Blake, K. & Greaven, S. (1999). Recruiting and following adolescent standardized patients. *Acad Med*. 74. 584.
20. Blake, K.D., Gusella, J., Greaven, S., & Wakefield, S. (2006). The risks and benefits of being a young female adolescent standardised patient. *Med Edu*. 40. 3–5.
21. Blake, K., Mann, K.V., Kaufman, D.M., & Kappelman, M. (2000). Learning adolescent psychosocial interviewing using simulated patients. *Acad Med*. 75. S56–S58.
22. Cassem, N.H., & Stewart, R.S. (1975). Management and care of the dying patient. *Int J Psychiatry Med*. 6. 293–304.
23. Cleland, J.A., Abe, K., & Rethans, J.-J. (2009). The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teacher*. 31. 477–486.
24. Collins, J.P., & Harden, R. (1998). AMEE Medical Education Guide No. 13: real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher*. 20. 508–521.
25. Committee, I.S. (2016). INACSL Standards of Best Practice: Simulation SM professional integrity. *Clin Simul Nurs*. 12. S30–S3.
26. Cruess, S.R., Johnston, S., & Cruess, R.L. (2004). “Profession”: a working definition for medical educators. *Teach Learn Med*. 16(1). 74–6.
27. Eagles, J., Calder, S., Wilson, S., Murdoch, J., & Sclare, P. (2007). Simulated patients in undergraduate education in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. 31(5). 187–190. doi:10.1192/pb.bp.106.010793
28. Feightner, J. W., Barrows, H., Neufeld, V., & Norman, G. (1977). Solving problems: How does the family physician do it? *Canadian Family Physician*. 23. 67–71.
29. Kretzschmar, R. M. (1978). Evolution of the Gynecology Teaching Associate: an education specialist. *American journal of obstetrics and gynecology*. 131(4). 367–373. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(78\)90409-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(78)90409-x)
30. Lewis, K.L., Bohnert, C.A., Gammon, W.L., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C. ... Gliva-McConvey, G. (2017). The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Advances in Simulation*. 2. 10. doi: 10.1186/s41077-017-0043-4.
31. Linssen, T., Bokken, L., & Rethans, J.J. (2008). Return visits by simulated patients. *Medical education*. 42(5). 536. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03068.x>
32. Linssen, T., van Dalen, J., & Rethans, J.J. (2007). Simulating the longitudinal doctor-patient relationship: experiences of simulated patients in successive consultations. *Medical education*. 41(9). 873–878. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02850.x>
33. Moss, H., Weil, J., & Mukherji, P. (2022). Set Up and Execution of an Effective Standardized Patient Program in Medical Simulation. In: StatRearlis [Internet]. Treasure Island (FL) : StatRearlis Publishing.
34. Neufeld, V.R., & Barrows, H.S. (1974). The “McMaster philosophy”: An approach to medical education. *Journal of Medical Education*. 49. 1040–1050.
35. Neufeld, V.R., Woodward, C.A., & Norman, G.R. (1983). Simulated patients in evaluation of medical education. 1983 Proceedings of the 22nd Conference on Research in Medical Education. 240–242.
36. Nursing AAoCo. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. *J Prof Nurs*. 18(5). 295–304.
37. Owen, A., & Winkler, R. (1974). General practitioners and psychosocial problems: An evaluation using pseudopatients. *The Medical journal of Australia*. 2(11). 393–398. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1974.tb70862.x>
38. Schmidt, H. (1983a). Letter to H. S. Barrows – 7 January 1983. Rotterdam : Private Archive Collection of H.G. Schmidt.
39. Schmidt, H., Majoor, G., & Wijnen, W. (1979). Introduction to the medical study. Maastricht : Maastricht University.
40. Slavin, R.E. (2008). Cooperative Learning, Success for All, and Evidence-based Reform in education. *Éducation et didactique* [Online]. 2–2; septembre 2008, Online since 01 September 2010, connection on 08 December 2020. URL: <http://journals.openedition.org/educationdidactique/334>, doi: <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.334>
41. Steinert, Y. (2012). Perspectives on faculty development: aiming for 6/6 by 2020. *Perspectives on Medical Education*. 1(1). 31–42.

42. Stillman, P.L., Sabers, D.L. & Doris, L. (1976). The Use of Paraprofessionals To Teach Interviewing Skills. *Redfield Pediatrics*. 57(5). 769–774. <https://doi.org/10.1542/peds.57.5.769>
43. Wampold, B.E., & Brown, G.S.(J.). (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(5). 914–923. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
44. Wilkes, L.M., & Wallis, M.C. (1998). A model of professional nurse caring: nursing students' experience. *Journal of advanced nursing*. 27(3). 582–589. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00557.x>
45. Wilkes, M.S., Usatine, R., Slavin, S., & Hoffman, J.R. (1998). Doctoring: University of California, Los Angeles. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 73(1). 32–40. <https://doi.org/10.1097/00001888-199801000-00009>
46. Wind, L., van Dalen, J., Muijtjens, A., & Rethans J. (2004). Assessing simulated patients in an educational setting: The MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). *Medical Education*. 38. 39–44.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Додаткові засоби симуляції при задіянні симульованого пацієнта

Неможливо досягти повної реалістичності клінічної симуляції, проте зробити її максимально реалістичною можна. Однак для цього, як демонструє наш досвід, у 70 % випадків потрібно використовувати додаткові засоби симуляції. Ми розподілили їх на декілька груп:

1. Грим
2. Накладки
3. Симулятори

Що стосується гриму, то найчастіше використовують звичайний театральний грим і парик (рис. Д.А.1, а-г).



Рис. Д.А.1. Процес гримування симульованих пацієнтів (а-г)

Проте в багатьох випадках цього недостатньо. Сьогодні арсенал засобів для гримування SP і створення реалістичності симуляції дуже широкий – особливі імітатори виділень, накладки на шкіру з імітацією опіків, висипу, абсцесу (навіть з можливістю проведення його дренирування) ран, кровотечі, випорожнень при кишкових інфекціях або шлунковій кровотечі тощо (рис. Д.А.2). Досить легко гримери також справляються із завданням імітації набряків за рахунок накладок з силікону або поролону (рис. Д.А.3).



Рис. Д.А.2. Засоби для гримування симульованих пацієнтів



Рис. Д.А.3. Імітація ціанозу та набряків

Що стосується симуляторів, то прикладами їхнього застосування є симулятор малого таза у жінки для проведення гінекологічного огляду або таза у чоловіка для пальпації передміхурової залози.

Що може бути імітовано:

- Укус (собаки, оси, змії тощо) (рис. Д.А.4)

- Кров (рис. Д.А.5)
- Синці та забої (рис. Д.А.6)
- Ціаноз (див. рис. Д.А.3)
- Шрами (рис. Д.А.7)
- Бешихове запалення (рис. Д.А.8)
- Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (рис. Д.А.9)



Рис. Д.А.4. Імітація укусу собаки



Рис. Д.А.5. Імітація крові



Рис. Д.А.6. Імітація забоїв





Рис. Д.А.7. Імітація келоїдного рубця



Рис. Д.А.8. Імітація бешихового запалення



Рис. Д.А.9. Імітація варикозу вен нижніх кінцівок

- Псоріаз (рис. Д.А.10, а, б)
- Герпес губ (рис. Д.А.11, а, б)
- Зупинка зовнішньої кровотечі (рис. Д.А.12, Д.А.13, а, б)
- Системний червоний вовчак (рис. Д.А.14, Д.А.15)



а



б

Рис. Д.А.10. Імітація псоріазу (а, б)



а



б

Рис. Д.А.11. Імітація герпесу верхньої губи (а, б)

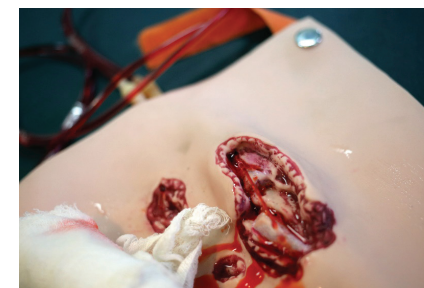


Рис. Д.А.12. Накладка для симуляції зовнішньої кровотечі



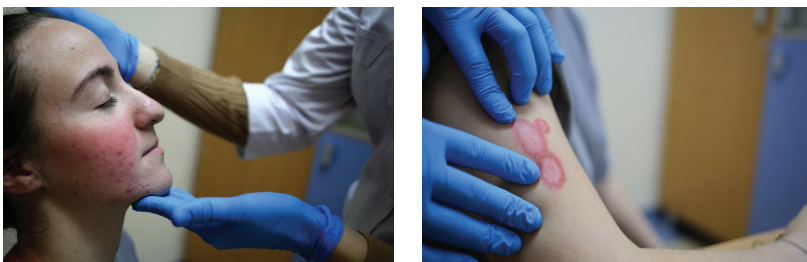
а

б

Рис. Д.А.13. Навичка зупинки зовнішньої кровотечі (а, б)



Рис. Д.А.14. Накладання гриму для імітації системного червоного вовчача



а

б

Рис. Д.А.15. Імітація системного червоного вовчача (а, б)

- Абсцес
- Опіки/пухирі
- Дренаж/виділення
- набряк

- Фекалії
- Тріщина
- Гематома
- Внутрішньовенне лікування
- Лімфатичні вузли
- Запахи
- Післяопераційний шов
- Гній
- Подряпини та екскоріації
- Мокротиння
- Піт
- Татуювання
- Виразка
- Сеча
- Блювотні маси



## Додаток Б

## План створення стимуляційного сценарію

Назва \_\_\_\_\_

## ЧАСТИНА 1. АВТОРИ СЦЕНАРІЮ

Назва сценарію	
Автор сценарію	
Дата створення оригінального сценарію	
Короткий опис	
Хто затвердив	
Дата перегляду	
Програми, за якими сценарій буде використовуватися	
Приблизна тривалість сценарію	
Орієнтовна тривалість обговорення (дебрифінгу)	

## ЧАСТИНА 2. ЛОГІСТИКА ТА ДАНІ УЧАСНИКІВ

Цільові групи здобувачів освіти (студенти якого курсу, інтерни, курсанти)	
Місце проведення симуляції	
Потреби в технічному персоналі	
Інструктори пацієнтів	

## ЧАСТИНА 3. ІНТЕГРАЦІЯ У НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

Навчальна мета сценарію		
Завдання	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Короткий опис сценарію		
Джерела		

## ЧАСТИНА 3.1. ПЕРЕДУМОВИ ДЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ СЦЕНАРІЮ

Базові знання/компетентності здобувача освіти	
Знання	Навички

## ЧАСТИНА 4. НЕОБХІДНИЙ ХІД СЦЕНАРІЮ ТА ОБЛАДНАННЯ

А. Вступ до сценарію (читати вголос під час симуляції)	
Б. Роль акторів і реальність	
Перелік симульованих учасників сценарію	
Пацієнт	Простий симульований пацієнт (актор) Стандартизований пацієнт Манекен Гібридні засоби симуляції
Ролі учасників у сценарії	Коротка характеристика ролей
1.	
2.	
3.	
4.	
В. Моніторинг на початку сценарію	
1. Моніторинг уже розпочато 2. Моніторинг має бути ініційований учасниками сценарію	
Г. Перелік показників життєдіяльності, контроль яких задіяно в сценарії	

ЕКГ: Неінвазивний артеріальний тиск: Пульсоксиметрія: Температура: Дефібрилятор: Центральна вена: Артерія: Інший:	
Д. Необхідне обладнання	
Е. Обов'язкові патологічні прояви	
Серцево-судинні	
Дихання	
Черевний	
Неврологія	
Голова-шия	
Шкіра	
Інший	
І. Макіяж	
Ж. Час	
Приготування:	
Сценарій:	
Обговорення:	
Усього:	

**ЧАСТИНА 5. ДАНІ ПАЦІЄНТА**

Історія хвороби			
Ім'я, прізвище:	Вік	Стать	Зріст, маса тіла
Скарги:			
Анамнез:			
Клінічні прояви:			
Температура			
ЧСС			
АТ			
ЧД			
SpO <sub>2</sub>			
Інший			
Алергія			
Сімейний анамнез			
Хвороби	Застосовуються медикаменти	Додаткова інформація	Як буде нада- ватися додат- кова інформація (голос манекена, інструктор, монітор)
Стандартизований пацієнт:			

**ЧАСТИНА 6. ХІД СЦЕНАРІЮ (проміжний оціночний лист)**

Етапи сценарію, зміна тригерів				
Показання пацієнтів	Стан хворого	Дії студентів, тригери змін		Нотатки викладача
<b>1. Початковий етап</b> Ритм ЧСС АТ ЧД SpO <sub>2</sub> Температура		Очікувані (необхідні) дії учня 1. 2. 3. 4. 5.	Дії, які мають значення:  Тригери переходу до наступного етапу:	
<b>2. Проміжний етап</b> Ритм ЧСС АТ ЧД SpO <sub>2</sub> Температура		Очікувані (необхідні) дії учня 1. 2. 3. 4. 5.	Дії, які мають значення:  Тригери переходу до наступного етапу:	
<b>3. Завершальний етап</b> Ритм ЧСС АТ ЧД SpO <sub>2</sub> Температура		Очікувані (необхідні) дії учня 1. 2. 3. 4. 5.	Дії, які мають значення:  Тригери переходу до наступного етапу:	

**ЧАСТИНА 7. ДОКУМЕНТАЦІЯ  
(КОНСУЛЬТАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ, ЕПІКРИЗИ,  
ВИТЯГИ З ІСТОРІЙ ХВОРОБ), РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРНИХ,  
РАДІОЛОГІЧНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Лабораторні показники	
Радіологічні зображення	
Відео	

**ЧАСТИНА 8. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ**

План обговорення			
Індивідуальний	У групі	З відео	Без відео
Методика та завдання дискусії			
Метод			
Мета виховання			
Питання для обговорення			
1.			
2.			
3.			
4.			
Важливі моменти			
1.			
2.			
3.			
4.			
Висновок, підсумкова оцінка:			

*Навчальне видання*

**РОГАЧЕВСЬКИЙ Олександр Петрович,  
ПЕРВАК Михайло Павлович,  
ЄТОРЕНКО Ольга Сергіївна та ін.**

## **СИМУЛЬОВАНИЙ ПАЦІЄНТ**

Навчально-методичний посібник

За редакцією професора В. Г. Марічереда

Обкладинка – В. Савельєва  
Верстка – І. Стратій



Підписано до друку **10.10.2022** р.  
Формат 60x84/16. Папір офсетний.  
Цифровий друк. Гарнітура Merriweather.  
Ум. друк. арк. 5,81.  
Наклад 300. Замовлення № 1222-086.

Видавництво та друк: Олді+  
65101, Україна, м. Одеса, вул. Інглєзі, 6/1  
Свідоцтво ДК № № 7642 від 29.07.2022 р.

Тел.: +38 (098) 559-45-45,  
+38 (095) 559-45-45, +38 (093) 559-45-45  
E-mail: office@oldiplus.ua

