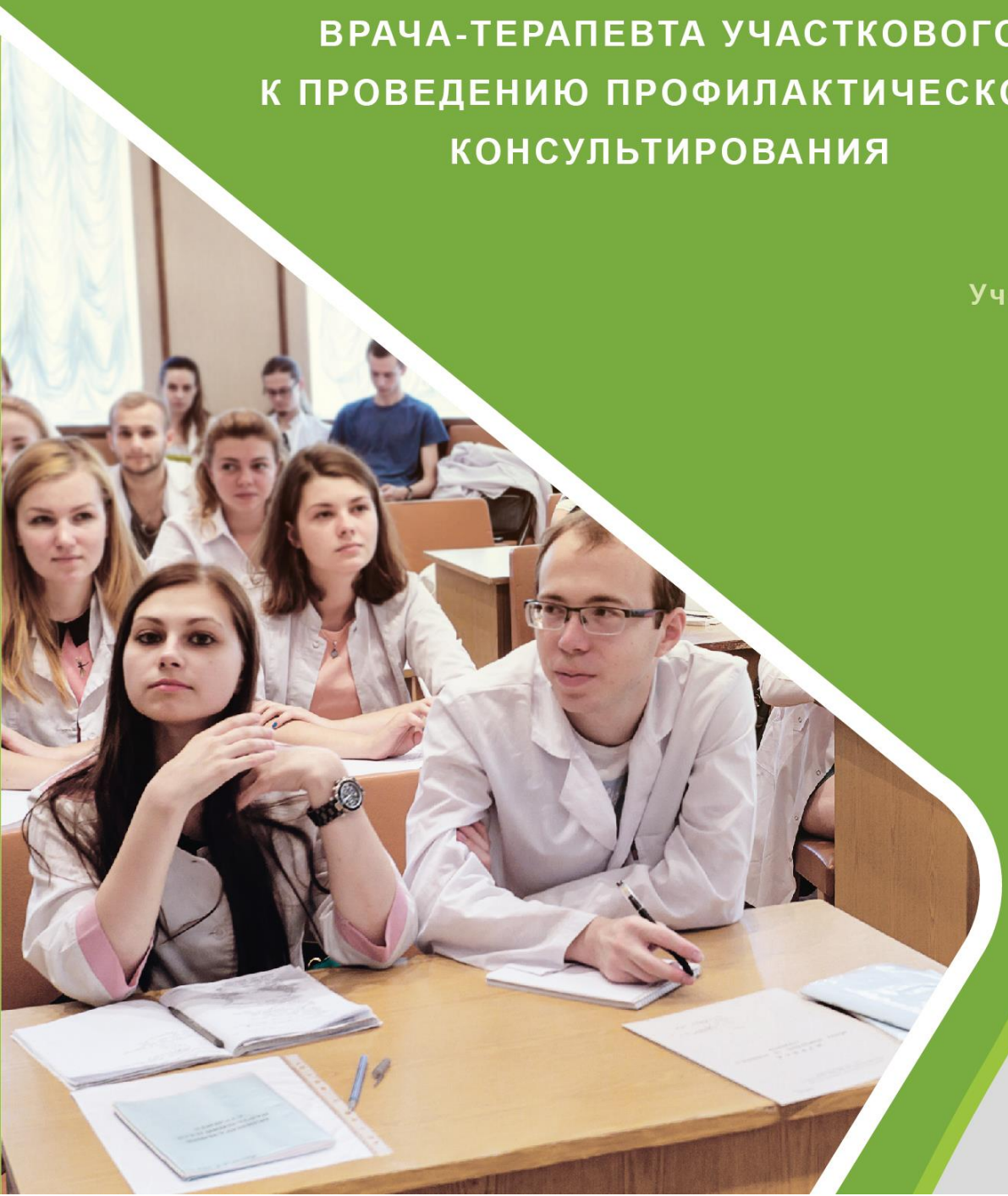
Серия
«Библиотека ФГБУ “НМИЦ ТПМ”
Минздрава России»

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Учебное пособие



МОСКВА
2023

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
(ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России)
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А.,
Михайлова Н.А., Волкова Л.Ю. Драпкина О.М.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Учебное пособие

Москва
2023

УДК 611.2-082.4
ББК 74.4: 74.480 р
К-219

Авторы:
Астанина С.Ю., Калинина А.М.., Шепель Р.Н., Деринова Е.А.,
Михайлова Н.А., Волкова Л.Ю. Драпкина О.М.

Учебное пособие «Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования» – учебное пособие / С.Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель, Е.А. Деринова, Н.А. Михайлова, Л.Ю. Волкова, О.М. Драпкина – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ», − 2023. – 84 с.

Актуальность учебного пособия «Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования» определяется подготовкой врачей к качественному выполнению трудовых функций, регламентированных профессиональными стандартами. Основная цель пособия – оказание методической помощи педагогическим работникам в формировании у врачей терапевтов участковых коммуникативной компетенции в проведении краткого профилактического консультирования.

Учебное пособие «Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования», подготовленное С.Ю. Астаниной, А.М. Калининой, Р.Н. Шепелем, Е.А. Дериновой, Н.А. Михайловой, Л.Ю. Волковой, О.М. Драпкиной, утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Протокол № 5 от 15.05.2023 г.).

Рецензент:
Доктор педагогических наук, профессор, заведующая кафедрой методики преподавания биологии и экологии ФГБОУ ВО Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена Министерства науки и высшего образования

Андреева Наталья Дмитриевна

© Коллектив авторов, 2023
© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2023
© РОПНИЗ, 2023

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение 4
Глава 1. Теоретические основы профилактического консультирования 7
Раздел 1. Виды профилактического консультирования 7
Раздел 2. Цели и задачи видов профилактического консультирования 10
Раздел 3. Принципы профилактического консультирования 17
Вопросы для размышления и контроля 22
Глава 2. Модель профилактического консультирования 24
Раздел 1. Сравнительная характеристика Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и модели профилактического консультирования 24
Раздел 2. Психолого-педагогические особенности формирования умений врача в проведении профилактического консультирования 28
Вопросы для размышления и контроля 40
Глава 3. Методическое обеспечение учебного процесса по формированию умений врачей в проведении профилактического консультирования 42
Раздел 1. Проектирование программ по формированию умений проведения профилактического консультирования. 42
Раздел 2. Методические рекомендации по оценке умений врача в проведении профилактического консультирования 47
Раздел 3. Контрольно-измерительные материалы оценки умений профилактического консультирования 55
Вопросы для размышления и контроля 64
Заключение 66
Приложение 67
Рабочая программа учебной дисциплины «Психолого-педагогические особенности взаимодействия врача и пациента. Профилактическое консультирование» (срок освоения 36 академических часов)
Список литературы 81

Авторский коллектив 84

ВВЕДЕНИЕ

Около 10 лет назад, пожалуй, самая популярная тема, освещаемая в специальной профессиональной прессе, звучала как «доказательная медицина». Трудно было найти хотя бы одно издание, в котором не обсуждались бы вопросы рандомизации, критического анализа информационных данных, составления протоколов на основе полученных благодаря метаанализам результатов. Эта тема буквально захлестнула не только профессиональную прессу, но и стала темой форумов, симпозиумов.

Назначение не означает лечение. В настоящее время акценты несколько сместились, и сегодня не менее популярной темой стали вопросы взаимоотношений медицинского работника и пациента, а также безопасность медицинской практики. Вряд ли можно говорить о смене моды. По-видимому, только благодаря доказательной медицине стало очевидным то, что медицина не является исследовательской дисциплиной, но должна помогать людям, без которых ни одно даже самое ювелирное терапевтическое вмешательство не может принести положительного результата.

В основе оказания медицинской помощи лежит доверие между пациентом и медицинским работником. Поэтому принципиально важным является создание психологически благоприятной среды, содействующей привлечению и удержанию пациентов в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи.

Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с медицинским работником. Такие отношения предполагают диалог и создание таких отношений между пациентом и врачом, которые способствуют обсуждению и решению проблем, связанных со здоровьем.

В настоящее время часто обсуждаются проблемы взаимоотношений между врачом и пациентом исключительно только с точки зрения предупреждения конфликтов и решения последствий врачебных ошибок. Однако в действительности эффективное консультирование решает гораздо больший круг проблем, связанных с ведением пациента.

Эффективность и безопасность лечения во многом определяются согласием и готовностью больного следовать терапевтическим инструкциям. Самый низкий уровень соблюдения назначений обычно наблюдается при хронических бессимптомных болезнях. В медицине соблюдение предписаний определяется как «степень выполнения пациентом лечебного плана». Однако, согласно исследованиям поведения пациентов, лишь около половины людей, покидающих кабинет врача с рецептом в руке, принимают лекарства в соответствии с указаниями.

Возникает очень важный с практической точки зрения вопрос – почему? Что происходит с пациентом, неужели врачебного назначения, авторитета врача недостаточно для того, чтобы пациент следовал рекомендациям по лечению? Почему пациент не следует рекомендациям врача?

Некоторые причины несоблюдения лечебного плана (врачебных назначений):

- непонимание или неправильное понимание инструкций;
- забывчивость в принятии лекарства;
- боязнь возникновения побочных эффектов (процесс лечения может восприниматься хуже, чем сама болезнь);
- отрицание наличия заболевания (подавление диагноза или его важности);
- неверие в эффективность лекарственного средства;
- ошибочная убежденность в том, что болезнь уже достаточно вылечена (например, в случае инфекции лихорадка может исчезнуть до полного уничтожения инфекционных бактерий);
- боязнь неблагоприятных последствий или развития зависимости от препарата;
- высокая стоимость лечения;
- безразличие к собственному здоровью (апатия);
- возникновение препятствий (например, трудности в проглатывании таблеток или капсул, затруднения в открытии пузырьков, неудобства лечебного плана, невозможность, достать лекарство).

Но есть еще одна причина, наверное, главная причина – это изменение отношения общества к жизни, как высшей ценности. Жизни, позволяющей человеку работать, творить, радоваться, заботиться, переживать и преодолевать трудности. Жизни, позволяющей человеку быть свободным.

«Жизнь прекрасна и удивительна!» – эти слова В.В. Маяковского актуальны как никогда. Признание жизни, как высшей ценности, содействует повышению мотивации пациента к борьбе со своим заболеванием или предупреждению возникновения болезни. Именно высшие ценности жизнь и свобода должны быть объединяющей целью населения Земли.

Многочисленные исследования ученых показывают, что информатизация и интенсификация среды человека часто приводят к многочисленным стрессовым состояниям, снижая его работоспособность, повышая уровень тревожности и желание пациента все чаще «поговорить о болезни».

Профилактическое консультирование является важнейшей технологией профилактики хронических неинфекционных заболеваний и коррекции факторов риска их развития, в связи с чем профилактическое консультирование включено в качестве обязательного компонента программы диспансеризации взрослого населения.

Профилактическое консультирование — это процесс информирования, обучения и мотивирования пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Однако *успешность профилактического консультирования пациента зависит, прежде всего, от доминирования в общении врача и пациента установки – «Вам доступна полноценная жизнь!»*. И тогда лейтмотивом такого консультирования становится обсуждение активной жизни пациента, его свободы, а не его болезни. И только при наличии такой психологической установки возможно обсуждение с пациентом факторов, влияющих на его здоровье, объяснение механизмов влияния тех или иных факторов на физиологические процессы организма, поиск путей решения проблем для достижения главной цели – активной жизни пациента: «Вы, по-прежнему, будете путешествовать в горах. Не вижу причин отказываться от такого интересного хобби. Для этого мы с Вами тщательно продумаем стратегию и тактику наших действий».

К большому сожалению, в профилактическом консультировании часто акцент делается на ознакомление пациента с показателями его состояния, с механизмом влияния негативных факторов на организм, с объяснением проявления заболевания. В таком общении доминируют менторские установки: «*Если Вы не* (откажитесь, перестанете и др.)...., *то тогда* (разовьется, появится и др.)…..» или «*Если Вы* (откажитесь, перестанете и др.)…., *то тогда* (уменьшится, снизится и др.)….». Безусловно, подобные установки не могут вдохновлять пациента на ежедневную борьбу с пагубной привычкой или болезнью, а рекомендации врача не будут приняты на уровне его убеждений.

Конечно, вдохновлять и убеждать всегда сложнее, нежели рассказывать и объяснять. Это требует от врача не только свободного владения медицинскими, гуманитарными (психологии, педагогики, литературы и др.) званиями, но и **убежденности** в важности профилактического консультирования, основанного на установлении сотрудничества между пациентом и врачом в достижении жизнеутверждающих целей.

На практике это означает изменение привычного концепта «согласие на лечение» на концепт «приверженность» – следование, верность, преданность. Если в первом случае отношения врача и пациента предусматривают простое выполнение пациентом врачебных инструкций, то модель «приверженность» рассматривает процесс лечения как осознанное сотрудничество врача и пациента.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Раздел 1.
ВИДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
(согласно приказу МЗ РФ № 404н от 27.04.2021)

Среди многих проблем профилактики неинфекционных заболеваний, межличностные отношения врача и пациента вне зависимости от имеющихся проблем со здоровьем выступают как ключевые, так как могут явиться основным движущим началом реальных и успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных принципах эффективного профилактического консультирования. Различают несколько видов профилактического консультирования (далее – ПК):

1. Краткое индивидуальное профилактическое консультирование;
2. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование;
3. Групповое углубленное профилактическое консультирование (школы пациентов) (таблица 1.)

Таблица 1. Профилактическое консультирование при проведении ПМО и диспансеризации (на основании приказа Минздрава Российской Федерации № 404н от 27.04.2021)

Вид консультации	**Целевая группа**	**Кто проводит**	**Когда проводится**	
			В рамках	**Вне рамок**
Краткое индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 5-7 минут)	для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно	специалист ОМП/КМП центра здоровья врач-терапевт	1 раз в 3 года в рамках диспансеризации	1 раз в год в рамках профилактического медицинского осмотра
	для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно	специалист ОМП/КМП /центра здоровья	1 раз в год в рамках диспансеризации	—
	для граждан в возрасте 65 лет и старше	специалист ОМП/КМП / центра здоровья	1 раз в год в рамках диспансеризации	—
Индивидуальное или групповое углубленное профилактическое	а) с выявленной ИБС, ЦВЗ,	специалист ОМП/КМП	2 этап диспансеризации	—

консультирование (продолжительность 25-30 минут)	хронической ишемией нижних конечностей атеросклеро-тического генеза или болезнями, характери-зующимися повышен-ным кровяным давлением;	/центра здоровья		
	б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;	специалист ОМП/КМП /центра здоровья	2 этап диспансериза-ции	—
	в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении	специалист ОМП/КМП /центра здоровья	2 этап диспансериза-ции	—
	г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного	специалист ОМП/КМП /центра здоровья	2 этап диспансериза-ции	—

	СС риска, и(или) ожирения, и(или) ГХС уровнем общего ХС 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курении более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и(или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ			

Примечание: ГХС – гиперхолестеринемия; ДН – диспансерное наблюдение; ИБС – ишемическая болезнь сердца; КМП – кабинет медицинской профилактики; ОМП – отделение медицинской профилактики; ПК-профилактическое консультирование; СС риск – сердечно-сосудистый риск; ФАП – фельдшерско-акушерский здравпункт; ФЗП – фельдшерский здравпункт; ХС – холестерин; ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания.

Стоит отметить, что важным этапом после выявления ХНИЗ и ФР их развития является проведение краткого ПК или индивидуального углубленного и группового ПК (по показаниям). Данные мероприятия проводятся в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья[1].

[1] Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT

Раздел 2.
ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Виды профилактического консультирования определены особенностями диспансеризации. В таблице 2 приводится сравнительная характеристика ключевых составляющих методологии отдельных видов профилактического консультирования, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения.

Таблица 2. Характеристика ключевых составляющих методологии отдельных видов профилактического консультирования, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения.

Вид профилактического консультирования	Цель
Краткое индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 5-7 минут)	Адресное информирование, совет
Индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование (продолжительность 25-30 минут)	Адресное информирование, обучение, мотивирование. (при формировании однородных групп пациентов)

Таким образом, в полной мере реализовать все ключевые принципы эффективного профилактического консультирования возможно при проведении углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового), которые содержат как элементы информирования, так и обучения, и мотивирования пациента. Индивидуальное ПК и краткое ПК носит преимущественно информационный характер (направлены на повышение осведомленности пациента). Однако все виды ПК должны быть адресными и максимально использовать конкретные показатели здоровья пациента при даче советов, что важно для мотивирования пациентов и повышения их приверженности.

Каждый вид профилактического консультирования выполняет в процессе диспансеризации определенную функцию. Эта функция зависит от целей и задач, поставленных перед каждым видом профилактического консультирования:

1. Вид ПК «Краткое индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 5-7 минут)

Данный вид профилактического консультирования был введен в программу диспансеризации впервые в 2017 году (приказ МЗ РФ от 26.10.17 г. № 869н).

Краткое ПК проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра специалистом КМП/ОМП или центра здоровья, или участковым врачом. Важно отметить, что краткое ПК должно стать обязательным компонентом повседневного приема врача (или фельдшера) любой специальности. В последнем случае оно должно носить преимущественно поддерживающий характер (спросить о выполнении прежних рекомендаций и при необходимости их повторить). Краткое ПК ограничено по времени и проводится по структурированной схеме (алгоритму) (таблица 3). Вместе с тем, желательно, чтобы врач-терапевт был знаком с навыками мотивационного консультирования.

Задачи:

1. Информирование пациента о результатах проведенных исследований на 1 этапе диспансеризации (выявленных заболеваниях, имеющихся у пациента факторах риска, величине суммарного СС риска, уровнях АД, общего ХС, глюкозы крови, о других результатах);
2. Краткое пояснение патологических отклонений, о возможном онкориске, риске сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких;
3. Пояснение рекомендаций по здоровому питанию и необходимому направлению на обследования как в рамках диспансеризации, так вне рамок диспансеризации;
4. Информирование о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов риска и показателей, к которым необходимо стремиться.
5. Определение пациентов, требующих направление на углубленное профилактическое консультирование в рамках 2 этапа диспансеризации.

Таблица 3. Организация и алгоритм проведения ПК

Целевая группа	Действия	Используемые средства и методы
Граждане в возрасте 18-39 лет	– консультирование пациентов с высоким относительным СС риском; – демонстрация пациенту возможности снижения его индивидуального риска при снижении факторов риска	Таблица SCORE относительного риска для граждан до 40 лет
Граждане в возрасте 40-64 лет	– консультирование пациентов с высоким или очень высоким СС риском; – демонстрация пациенту возможности его снижения индивидуального риска при снижении факторов риска; – трактовка/объяснение значения величины его индивидуального риска	Таблица SCORE абсолютного риска с использованием методики «сравнения рисков»
Граждане в возрасте 65 лет и старше	– объяснение пациенту значения высокого СС риска; – сокращение негативного воздействия на здоровье и качество жизни пожилых людей факторов риска, в том числе поведенческих;	

	– профилактика старческой астении; – оценка приверженности пациентов к приему назначенных медикаментозных средств и содействие соблюдению пациентом врачебных назначений	

2. Индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование (продолжительность 25-30 минут).

Углубленное групповое ПК (школа пациента) — это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (предпочтительнее цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта может повышаться. Наиболее эффективное ПК возможно при проведении группового углубленного ПК в условиях вне диспансеризации, в дневных стационарах, в стационарах, санаторно-курортных учреждениях. В рамках диспансеризации данная форма углубленного профилактического консультирования проводится при наличии возможности формирования однородных групп пациентов (таблица 4).

Преимущества группового профилактического консультирования. Обучение в группе усиливает действенность обучения – создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из их жизни и пр.

Углубленное ПК (индивидуальное или групповое) как обязательный компонент диспансеризации проводится на 2 этапе диспансеризации в следующих целевых группах граждан:

— с выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

— с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риска пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

— в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

— при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного СС риска, и (или) ожирения, и (или) ГХС с уровнем общего ХС 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Задачи:

1. Информирование пациента о результатах проведенных исследований на 2 этапе диспансеризации (выявленных заболеваниях, имеющихся у пациента факторах риска, величине суммарного СС риска,

уровнях АД, общего ХС, глюкозы крови, о других результатах);

2. Формирование доверительных отношений «врач-пациент», основанных на взаимоуважении и сотрудничестве;

3. Формирование у пациента мотивации к сохранению здоровья, ответственного отношения к своему здоровью и снижению влияния поведенческих факторов риска;

4. Формирование приверженности к выполнению врачебных назначений.

Процесс снижения риска заболеваний затрагивает многие стороны образа жизни пациента, поэтому не может произойти в один момент и часто требует повторных консультаций специалиста. Углубленное ПК проводится специалистами по медицинской профилактике, владеющими навыками мотивационного консультирования. Углубленное ПК в целевых группах проводится в режиме индивидуального или группового ПК. В рамках диспансеризации предпочтительнее индивидуальная форма, она позволяет пациентам активно участвовать в обсуждении с врачом собственных проблем со здоровьем без посторонних участников.

Таблица 4. Организация и алгоритм проведения ПК

Целевая группа	Действия	Используемые средства и методы
Больные сердечно-сосудистыми заболеваниями	– дать объяснение пациенту о характере имеющегося у него заболевания, о факторах, способствующих развитию заболевания; – дать объяснение пациенту о влиянии факторов, повышающих риск осложнений и острых состояний, нередко жизнеугрожающих; – обсудить содержание памятки об атеросклерозе и о профилактике инсульта – объяснить симптомы (возможные) острых жизнеугрожающих состояний и правила неотложных мер при их возникновении; – объяснить и обучить пациента самоконтролю артериального давления; – информировать пациента о выявленных у него факторах риска, дать их объяснение и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье,	Памятки об атеросклерозе; тонометр;

	важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней; – при наличии фактора курения у пациента, провести углубленное консультирование по отказу от курения вне зависимости от количества выкуриваемых сигарет; – объяснить пациенту важность и необходимость диспансерного наблюдения, которое проводит или участковый врач-терапевт, или врач-специалист (в зависимости от имеющейся патологии); – оценить отношение пациента к его факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни; – обратить внимание на курение и употребление алкоголя пациентов, особенно, если пациент принимает лекарственные препараты, при которых прием алкоголя противопоказан; – обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план действий по отказу от курения и график повторных визитов и контроля ФР; – уточнять насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»); – регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации все советы и обязательно их уточнять, напоминать и контролировать результат (при опросе) в ходе последующих визитов	
Граждане с риском пагубного потребления алкоголя	– анкетирование на основе вопросника AUDIT-C; – информировать пациента об имеющемся у него риске вследствие неблагоприятного влияния алкоголя на здоровье; – предупреждение пациента о несовместимости алкоголя с приемом лекарственных препаратов;	Вопросники AUDIT-C и AUDIT

	– оценка степени риска, мотивировать к уменьшению потребления алкоголя (или отказу от него) с учетом отношения пациента к проблеме алкоголя и его готовности к изменениям.	
Граждане с риском пагубного потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	– анкетирование на основе вопросника DAST-10; – информировать пациента о результатах и, если у него имеется подозрение на зависимость от потребления наркотиков и психотропных средств дать разъяснение; – объяснить негативное влияние немедицинского потребления наркотиков и психотропных средств на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации); – спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления наркотиков и психотропных средств и готовности снизить это потребление; – совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие потребление наркотиков и психотропных средств; – рекомендовать отказаться полностью от потребления наркотиков и психотропных веществ; – дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.	Вопросник DAST-10
Граждане в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении	– дать объяснение пациенту о характере имеющегося у него заболевания, о факторах, способствующих развитию и обострениям заболевания; – дать объяснение пациенту о влиянии факторов, повышающих риск осложнений и острых состояний, нередко жизнеугрожающих;	Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития; тест Мини-Ког на оценку когнитивных функций;

	– обсудить содержание памятки об атеросклерозе и о профилактике инсульта – объяснить симптомы (возможные) острых жизнеугрожающих состояний и правила неотложных мер при их возникновении; – объяснить и обучить пациента самоконтролю артериального давления; – информировать пациента о выявленных у него факторах риска, дать их объяснение и необходимость снижения риска; - оценка приверженности пациентов к приему назначенных медикаментозных средств и содействие соблюдению пациентом врачебных назначений; определение нарушений когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког – определение показаний для консультации невролога или геронтолога при положительных ответах по шкале старческой астении («Возраст не помеха»)	Шкала «Возраст не помеха» на выявление старческой астении

Таким образом, среди многих проблем профилактики неинфекционных заболеваний, находящихся в компетенции и зоне ответственности системы здравоохранения, межличностные отношения врача и пациента вне зависимости от имеющихся проблем со здоровьем выступают как ключевые, так как могут явиться основным движущим началом реальных и успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных принципах эффективного профилактического консультирования. В то же время, если эти принципы не учитываются, трудно ожидать партнерских согласованных действий врача и пациента в оздоровлении поведенческих привычек, лежащих в основе многих факторов риска неинфекционных заболеваний.

Раздел 3.
ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Особенностью каждого вида профилактического консультирования является обязательное соблюдение принципов эффективного профилактического консультирования (*информирование, обучение, мотивирование*).

При́нцип (основа, начало, первоначало) (от лат. principium; греч. αρχή — дословно «первейшее») — постулат, утверждение, на основе которого создают научные теории и законы, юридические документы.

Принцип информирования

Основными каналами, по которым информация о явлениях и процессах поступает в мозг, являются ощущения. *Ощущение* – первичный психический процесс отражения отдельного свойства предмета при непосредственном воздействии на органы чувств[2].

Ощущения теснейшим образом связаны с восприятием. *Восприятие* представляет собой отражение предметов и явлений в совокупности их свойств и частей при непосредственном воздействии на органы чувств.

В зависимости от особенностей воспринимаемого объекта выделяют:

восприятие *предметов*;

восприятие *речи* (письменной и устной) или *музыки*;

восприятие *человека человеком*;

Восприятие человека человеком носит название «социальная перцепция» и является профессионально важным качеством педагога, врача, психолога.

Человеческий мозг обладает механизмами, которые упорядочивают процессы восприятия. В одном из научных направлений – гештальтпсихологии сформулированы законы восприятия[3]. Наиболее общим для гельштальт-теории является закон «хорошей формы», означающий тенденцию воспринимаемого образа принимать «хорошую» форму, т.е. законченную, простую, упорядоченную. Если воспринимаемый объект по какой-то причине не может принять завершенную форму, то возникает напряжение, тревога. Поэтому незавершенные события запоминаются лучше. Незавершенные дела «висят» у нас в памяти, требующие завершения.

В социальной перцепции обычно выделяют две стороны:

– *когнитивный* (познавательный) – как способность по внешнему проявлению понять, что собой представляет человек, проникнуть в глубину его личности, индивидуальности;

---

[2] Старостенкова Т.А. Введение в психологию. Учебное пособие / Т.А. Старостенкова. – РМАПО. – 2006. – 65 с.

[3] Вертгеймер М. Продуктивное мышление. М.: Прогресс, 1987.

– *эмоциональный* – как способ определения по внешним, поведенческим признакам эмоциональное состояние, в котором находится человек в данный момент, способность к сопереживанию.

Следует учитывать и временной фактор возникновения первого восприятия. Первые 30 секунд после того, как Вас увидели или услышали, активно формируется первое впечатление. Это происходит автоматически, поскольку срабатывает эволюционный механизм, необходимый для выживания «свой» или «чужой».

В этой связи большое значение имеет невербальная информация, позволяющая воспринимать человека – жесты рук, ладоней, сигналы глаз и др. Очень важна для восприятия осанка человека, несущая информацию как о здоровье, так и о характере человека.

В зависимости от преобладающей роли той или иной сенсорной системы человека различают: зрительное, слуховое, осязательное, обонятельное и вкусовое восприятие.

Кроме того, следует использовать различную форму подачи информации, что определяет актуальность принципа обучения в проведении профилактического консультирования.

Принцип обучения

Непременным условием, обеспечивающим успешность восприятия, является постоянная обратная связь, то есть получение информации о том, насколько точен возникший образ и, следовательно, насколько точными оказались совершенные действия.

Любое восприятие информации оставляет след, который сохраняется в зависимости от его значимости для нас.

Принцип обучения – это условное понятие, так как процесс обучения опирается на ряд основополагающих положений, которые определяют систему требований к содержанию, организации и методике обучения.

В качестве основополагающих следует выделить следующие дидактические принципы:

- сознательность и активность;
- наглядность;
- системность и последовательность;
- прочность;
- научность;
- доступность.

В своей совокупности принципы обучения образуют единую целостность. В процессе профилактического консультирования врач обязан руководствоваться всеми указанными принципами, поскольку только при взаимодействии указанных принципов возможно эффективное обучение.

Практическая реализация принципа сознательности и активности осуществляется путем соблюдения следующих правил обучения.

1. Ясное понимание целей и задач предстоящего профилактического консультирования, его важности и значения – необходимое условие сознательного обучения

2. Осмысление каждого слова, предложения, понятия, раскрытие их. Не следует вводить понятия, которые в дальнейшем не будут раскрыты.

3. Неизвестное необходимо логически увязывать с известным: где нет логической связи между усвоенными и усвояемыми знаниями, там нет сознательного обучения.

4. Обучение станет более успешным, если каждое правило сопровождается оптимальным количеством примеров, чтобы стало достаточно ясно, как разнообразно его применение.

Принцип наглядности обучения — это опора на реальные представления пациентов. Практика обучения выработала большое количество правил, раскрывающих применение Принципа наглядности:

1. Запоминание ряда предметов, представленных в натуре (на картинке или в моделях), происходит лучше, легче и быстрее, чем запоминание того же ряда, представленного в словесной форме, устной или письменной.

2. Золотое правило обучения: все, что только можно, представлять для восприятия чувствами, а именно: видимое зрением, слышимое – слухом, запахи – обонянием, доступной осязанию – путем осязания.

3. Никогда не ограничиваться наглядностью – наглядность не цель, а средство обучения.

4. Надо помнить, что понятия и абстрактные положения доходят до сознания легче, когда они подкрепляются конкретными фактами, примерами и образами.

5. Применяя наглядные средства, следует рассматривать их сначала в целом, потом – главное и второстепенное, а затем – снова в целом.

7. Используя различные виды наглядности, не стоит увлекаться чрезмерным количеством наглядных пособий: это рассеивает внимание и мешает воспринимать главное.

Принцип доступности обучения – это соответствие организации и осуществления дидактического процесса уровню развития и подготовленности пациента, его индивидуальным особенностям, возрасту.

Известны классические правила, относящиеся к практической реализации принципа доступности, сформулированные еще Я. А. Коменским: от легкого к трудному, от известного к неизвестному, от простого к сложному.

Теория и практика современного обучения расширяют перечень обязательных для реализации правил доступного обучения.

1. Все, подлежащее изучению, должно быть распределено сообразно ступеням возраста, изучать следует то, что доступно восприятию в каждом возрасте.

2. Следует учитывать жизненный опыт пациентов, их интересы, особенности развития.

3. Следует учитывать степень индивидуальной обучаемости каждого пациента, объединять пациентов в дифференцированные подгруппы с учетом уровня их обучаемости.

6. Обучение требует известной напряженности.

7. Для доступности следует широко использовать аналогию, сравнение, сопоставление, противопоставление.

8. Введение каждого нового понятия должно не только логически вытекать из поставленной познавательной задачи, но быть подготовлено всем предшествующим ходом обучения.

9. Доступность зависит от ясности изложения, четкости формулировок, образности, использования ярких фактов, примеров из жизни, литературы.

10. Доступность связана с работоспособностью: следует осуществлять все более длительную и интенсивную мыслительную деятельность. Повышая работоспособность, мы снижаем барьер доступности обучения.

Руководствуясь принципами обучения, врач обязан организовывать процесс взаимодействия в соответствии с правилами обучения:

1. Следует не допускать перегрузки памяти в ущерб мышлению.

2. Хорошо запоминается сознательно усвоение, осмысленное.

3. Материал, требующий запоминания, должен быть заключен в короткие ряды. Из подлежащих запоминанию рядов исключайте все лишнее.

4. Забывание изученного наиболее интенсивно идет сразу после обучения, поэтому время и частота повторений должны быть согласованы с психологическими закономерностями забывания.

5. Знания и убеждения, логически связанные между собой, усваиваются прочнее, чем разрозненные сведения.

6. Необходимо пользоваться различными мнемотехническими приемами, облегчающими запоминание.

7. Следует избегать легких и однообразных видов работы: они мало развивают и быстро утомляют.

В процессе профилактического консультирования важно обращать внимание на уровень потребности пациента к восприятию новой для него информации. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из основных понятий, которое используется для объяснения движущих сил поведения и деятельности.

Принцип мотивирования

В отечественной психологии понятие мотивации употребляется в двух смыслах: как система факторов, вызывающих активность организма и определяющих направленность поведения человека, и как характеристика процесса, обеспечивающего поведенческую активность на определенном уровне.

В первом значении мотивация включает такие образования, как потребности, мотивы, намерения, желания, цели, задачи, стремления.

Так, например, ***мотив*** (от лат. movere – приводить в движение) – это предмет, который выступает в качестве средства удовлетворения потребности. Мотив является внешним, если главной, основной причиной поведения является получение чего-либо за пределами самого этого поведения.

Наилучший путь выявления характера мотивации – это искренний ответ на такой вопрос: «Будете ли Вы заниматься этим делом, если в будущем Вас не будет ждать ни какое-либо поощрение за его выполнение, ни наказание за его выполнение?» Если вы честно признаетесь себе, что не станете заниматься данным конкретным делом на таких условиях, то ваша мотивация является внешней. Если же, напротив, ваш ответ будет положительным, то ваша мотивация внутренняя. Иначе говоря, мотив следует считать внутренним, если человек получает удовлетворение непосредственно от самого поведения, от самой деятельности.

В каждодневной жизни поведение человека детерминируется, как правило, сочетанием внешних и внутренних мотивов.

Задачей врача при проведении профилактического консультирования является повышение в структуре мотивации пациента удельного веса внутренней мотивации к сохранению здоровья. Развитие внутренней мотивации происходит как сдвиг внешнего мотива на цель – сохранение здоровья.

Американский психолог М.Ксикзентмихали[4] ввел термин, обозначающий особое субъективное ***состояние внутренней мотивированности*** «ощущение потока». Оно возникает только в тех случаях, когда в деятельности человека сбалансированы «надо» и «могу», когда приведено в гармонию то, что должно быть сделано (или требования деятельности»), и то, что человек может сделать (или способности человека). Если в восприятии человека эти два параметра деятельности соответствуют друг другу, то создаются необходимые условия для того, чтобы возникла внутренняя мотивация, которую человек испытывает в виде своеобразного «ощущения потока». Для данного состояния характерны признаки:

- ощущение полной включенности (умственной и физической) в процесс сохранения здоровья;
- ощущение того, что четко знаешь, что следует делать в тот или иной момент процесса здоровьясбережения, ясное осознание целей и задач, полное подчинение требованиям, идущим от самого процесса;
- ощущение того, что четко знаешь, что следует делать в тот или иной момент, полное подчинение требованиям, идущим от самой деятельности;

[4] Csikszentmihalyi M. Beyond boredom and anxiety. San Francisco, 1975.

- четкое осознание того, насколько хорошо, насколько успешно выполняешь все рекомендации, ясная и определенная обратная связь в деятельности;
- отсутствие беспокойства, тревоги перед возможными ошибками, неуспехом.

Знание человеком своих способностей влияет на его ожидания успеха. Если врачу нужно мотивировать пациента через потребность успеха, то следует ставить перед ним задачи с умеренной степенью риска или возможностью неудачи, делегировать ему достаточно полномочий для того, чтобы стимулировать инициативу, регулярно и конкретно поощрять его в соответствии с достигнутыми результатами.

Таким образом, мотивация как явление психического мира человека определяется потребностями в самоуважении, причастности к успеху, в ожидании справедливого вознаграждения за труд.

Принципы профилактического консультирования (информирования, обучения, мотивирования) определяют особенности технологии проведения различных видов профилактического консультирования. При этом, эффективность реализации указанных принципов возможна только в их взаимодействии, интеграции правил, вытекающих из требований каждого принципа, что обеспечивает вероятность партнерских согласованных действий врача и пациента в оздоровлении поведенческих привычек, лежащих в основе многих факторов риска неинфекционных заболеваний.

Вопросы для размышления и контроля

1. Почему в современный период возросла актуальность проблемы взаимодействия врача и пациента?
2. Какие этапы включаются в диспансеризацию взрослого населения? Дайте характеристику каждого этапа.
3. Почему диспансеризация заканчивается профилактическим консультированием?
4. Почему убежденность врача в важности установления сотрудничества между врачом и пациентом играет ключевую роль в проведении профилактического консультирования?
5. Какие виды профилактического консультирования регламентируются приказом Минздрава Российской Федерации № 404н от 27.04.2021?
6. Дайте характеристику краткого индивидуального профилактического консультирования.
7. В чем состоит отличие краткого индивидуального профилактического консультирования от индивидуального углубленного профилактического консультирования?
8. Какие цели и задачи решаются в процессе профилактического консультирования?

9. Какие задачи решает краткое индивидуальное профилактическое консультирование?
10. Опишите организацию и алгоритм проведения краткого профилактического консультирования для граждан в возрасте 18-39 лет.
11. Опишите организацию и алгоритм проведения профилактического консультирования для граждан в возрасте 40-64 лет.
12. Опишите организацию и алгоритм проведения профилактического консультирования для граждан в возрасте 65 лет и старше.
13. Какие ошибки допускаются врачами в процессе профилактического консультирования?
14. Какие задачи решает индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование?
15. Как проводится индивидуальное углубленное профилактическое консультирование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями?
16. В чем состоит особенность индивидуального углубленного профилактического консультирования граждан с риском пагубного потребления алкоголя?
17. Как проводится индивидуальное углубленное профилактическое консультирование граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении?
18. Почему межличностные отношения врача и пациента выступают как ключевые в реализации профилактических задач?
19. Охарактеризуйте требования принципа информирования.
20. Какие требования принципа наглядности необходимо учитывать в организации и проведении профилактического консультирования?
21. Дайте характеристику требований принципа доступности.
22. Почему в профилактическом консультировании необходимо руководствоваться принципом мотивирования?
23. Дайте определение понятию «состояние внутренней мотивации».
24. Почему эффективность реализации принципов возможна только в их взаимодействии?

Глава 2.
МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Раздел 1.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛГАРИ-КЕМБРИДЖСКОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Эффективность коммуникативного взаимодействия врача и пациента уже много лет беспокоит многих врачей, пациентов, преподавателей, организаторов здравоохранения и др.

В 1966 году, была разработана модель медицинского консультирования специалистами медицинского факультета Кембриджского университета и университета Канадского города Калгари[5] (Схема 1).

Модель состоит из **5 этапов:**

Начало консультации→ Сбор информации → Осмотр → Разъяснение и планирование → Завершение консультации.

На каждом этапе есть свои задачи, которые необходимо решить, используя определенные навыки. Также присутствуют два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации — структурирование консультации и выстраивание отношений. Эти процессы играют важную роль как в медицинском консультировании, так и профилактическом консультировании.

Медицинское консультирование – это первый этап диагностики и лечения болезни. Именно он дает нам возможность не только адекватно оценить свое состояние, но и профессиональный уровень специалиста, к которому пациент обращается за помощью.

Профилактическое консультирование — это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

[5] Дж. Сильверман, С. Керц, Дж. Дрейпер Навыки общения с пациентами

Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования. Каждый этап этой модели имеет свои задачи:

1 этап: Начало консультации. Основная задача врача в начале консультации - установить контакт и выявить истинную причину, с которой обратился пациент.

2 этап: Сбор информации. Главная задача - исследование проблем пациента. Это процесс осознанного выявления всех жалоб пациента путём дополнительных открытых вопросов.

3 этап: Физикальное исследование. Основная задача которого – получение объективной информации о состоянии пациента.

4 этап: Объяснение и планирование. На этом этапе пациенту объясняются результаты исследования, оказывается помощь в усвоении и понимании информации. Осуществляется планирование, то есть принятие совместного решения.

5 этап: Завершение консультации. Задача этого этапа состоит в определении тактики лечения пациента. Обсуждение обследований и процедур. Обсуждение заключения и значимости проблемы. При составлении совместного плана действий.

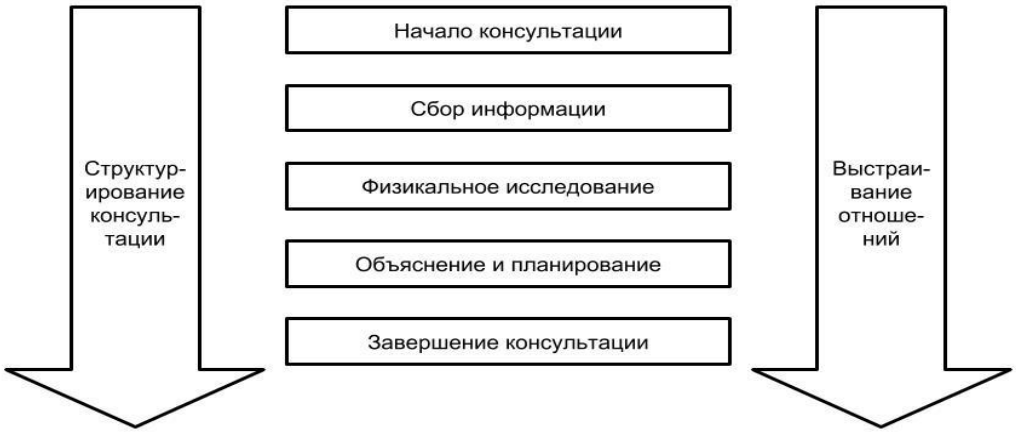


Рис. 1. Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования

Сходство медицинского консультирования и профилактического консультирования проявляется, прежде всего, в выстраивании отношений и структурировании консультации.

Коммуникация в медицинской среде и обучение врачей и персонала, участвующего в терапевтическом процессе, влияет на приверженность пациентов лечению. Применение Калгари-Кембриджской модели может помочь улучшить взаимоотношения в диаде «врач-пациент», помогая пациенту

нести ответственность за исполнение рекомендаций, а также повысить доверие сторон друг к другу.

В процессе освоения новых навыков, основанных на применении Калгари-Кембриджской модели, рекомендуется придерживаться трех важнейших элементов:

1. Структура – врачу следует ответить для себя на вопросы, каково его место в консультации и чего он хочет добиться в результате.
2. Конкретные навыки – каким образом он может добиться этого с пациентом.
3. Конкретные фразы или поведение – способ, которым врач может включить навыки в собственный индивидуальный стиль коммуникации.

Главное отличие профилактического консультирования от медицинской консультации состоит в том, что во время профилактического консультирования во взаимодействии врача и пациента акцент смещается с диагностики и лечения на формирование **приверженности** пациента в необходимости следования рекомендациям врача. Ведь профилактическое консультирование происходит на последнем этапе диспансеризации. К этому времени проведено обследование пациента и результаты отражены в его персональной анкете. Пациент частично осведомлен о результатах его обследования, но эти знания бессистемные. Пациенты часто не могут объяснить причинность многих симптомов, своего состояния.

Приверженность пациента к выполнению рекомендаций основывается на его убеждении, как части системы мировоззрения, придающего личности уверенность в своих взглядах на мир, знаниях и оценках реальной действительности. Поэтому следует учитывать, что процедура формирования убеждения включает в себя четыре вида убеждающих воздействий:

Информирование → Разъяснение → Доказательство → Опровержение.

Приверженность пациента к выполнению рекомендаций врача должна обязательно сочетаться с мотивацией пациента к сохранению здоровья. Учитывая, что убеждения определяют потребности человека, то мотивация — это побуждение к деятельности человека в удовлетворении потребности.

В этой связи модель проведения профилактического консультирования представляет собой систему, состоящую **5 этапов,** направленных на достижение результата – сформированной приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача (рис. 2):

Начало приема (консультации) → Информирование пациента → Объяснение пациенту → Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению → Завершение консультирования.

Каждый этап, выполняя определенные задачи, направлен на повышение приверженности пациента к выполнению рекомендаций врача и формированию поведенческих навыков, содействующих снижению риска заболевания.

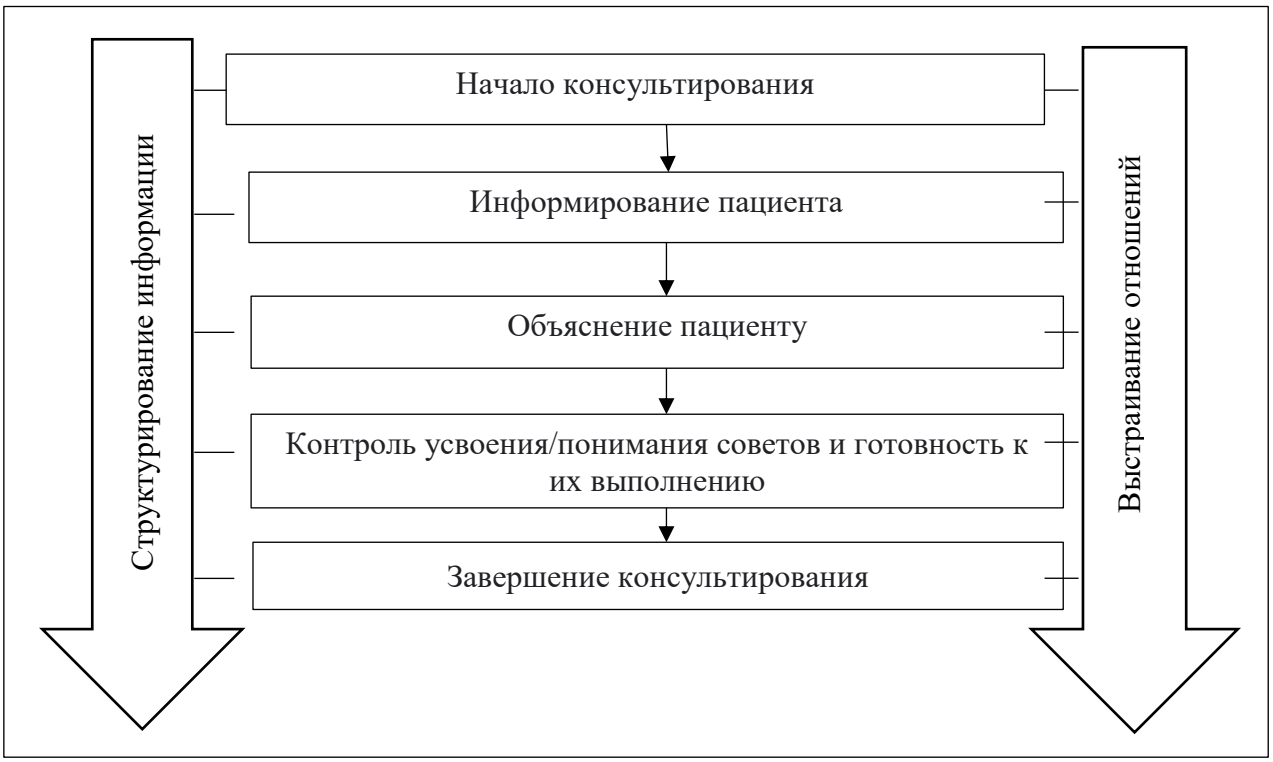


Рис. 2. Модель профилактического консультирования

В настоящее время ПК как вид медицинской помощи по профилактике ХНИЗ регламентировано в приказе Минздрава России в следующих формах: краткое ПК, углубленное индивидуальное ПК и углубленное групповое ПК (школы здоровья/школы для пациента), описанных в методических рекомендациях.

Краткое ПК проводится в ходе повседневного приема пациентов врачом любой специальности, а также как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра участковым врачом. Такое консультирование ограничено по времени (не >7-10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированному алгоритму. Цели краткого ПК: информирование пациента о выявленных отклонениях в его здоровье (при наличии) и ФР и предоставление рекомендаций по основам ЗОЖ и, в зависимости от имеющихся заболеваний и ФР, предоставление кратких более конкретных рекомендаций.

Раздел 2.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УМЕНИЙ ВРАЧА В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Профилактическое медицинское консультирование требует от врача специальной подготовки к встрече с конкретным пациентом. Это объясняется тем, что в профилактическом медицинском консультировании решаются не только медицинские задачи (см. Виды профилактического консультирования), но и психолого-педагогические задачи (формирование знаний, умений, убеждений и мотивации пациента). Профилактическое консультирование основано на принципах гуманистической философии и интегральном восприятии личности. Законы и правила, цели и ценности индивидуальной системы координат пациента, его убеждения и картина мира являются тем материалом, с которым работает врач.

Чем короче по времени период консультирования, тем тщательнее должна быть подготовка врача к консультированию. Особенно эти требования важны для краткого профилактического консультирования, где интенсивность деятельности врача значительно возрастает. Профилактическое консультирование состоит из этапов, в своей взаимосвязи, образующие целостность. Качество предварительной подготовки к каждому этапу профилактического консультирования определяет успех всего процесса. Рассмотрим подробнее содержание каждого этапа:

1 этап: Начало консультирования (продолжительность от 1до 1,5 минуты).

Исходная ситуация:

Пациент успешно завершил все этапы диспансеризации и результаты исследований отражены в анкете, форма которой представлена в Методических рекомендациях[6], утвержденных Минздравом России. Завершается первый этап диспансеризации кратким профилактическим консультированием. К началу консультации пациент имеет представления о причинах тех или иных болезней (эти представления часто имеют бессистемный характер), убежден, что его поведенческие привычки не представляют опасности для здоровья, а рекомендациям врача надо следовать «с умом», то есть критически оценивать важность тех или иных рекомендаций.

Задачи врача на этом этапе:

[6] Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. /Драпкина О.м,, Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Ипатов П.В., Егоров В.А., Иванова Е.С., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Бойцов С.А., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шепель Р.Н., Булгакова Е.С. Изд.2-е.- М.:ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. 2020.- 232с. https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/org_prov_prof_med.pdf

1. Установить психологический контакт с пациентом.
2. Получить достаточную информацию о видах деятельности пациента.

Ход консультации:

Стадия установления контакта зависит от многих условий: состояния здоровья и возраста пациента, его психологических особенностей, также национальных и местных традиций населения, среды, в которой, живет пациент.

Установление контакта в классическом варианте предполагает беседу, направленную на первое знакомство с пациентом. Для этого следует ориентироваться на следующие правила:

Правило сорока секунд – первое впечатление о человеке складывается в течение первых 30-40 секунд. В этой связи большое значение имеет:

Внешний вид. Врач должен производить на пациента приятное впечатление. Для этого он должен быть доброжелательным, спокойным, внимательным, аккуратным. Врач не должен демонстрировать свое превосходство перед пациентом в знаниях. Демонстрация превосходства может задеть самолюбие пациента, что может усложнить дальнейшее общение. Самое лучшее — изначальная установка на партнерские отношения.

Первые фразы. Приветствие пациента должно сопровождаться обращением к пациенту по имени и отчеству (недопустимо обращение «дедушка», «бабушка», «пациент» и др.). Далее врач должен представить себя, называя фамилию, имя, отчество и специальность. Именно в такой последовательности, а не наоборот, должно начинаться первая встреча. Начало консультирования с приветствия пациента подтверждает ожидания пациента – его ждали и ему рады.

При приветствии следует избегать фразы: «отниму у вас совсем немного времени», «извините за беспокойство», «давайте сразу приступим к делу» и др. Эти фразы выдают неуверенность врача, его желание как можно скорее завершить общение, что мгновенно вызывает у пациента психологический дискомфорт.

В первых фразах всегда следует поинтересоваться, удобно ли пациенту участвовать в беседе, располагает ли он достаточным временем.

Первые действия. Действия врача должны быть уверенными, без суеты. Предложите пациенту свою визитку. Перед тем как сесть, уточните, где удобнее расположиться. Не следует начинать разговор стоя: это почти всегда производит впечатление неуверенности или поспешности. Кроме того, заранее подумайте о демонстрационных материалах: они должны находиться под рукой, их показ не должен вызывать затруднений ни у врача, ни у пациента.

Правило комплимента. Большинство людей чувствительны к комплиментам. Однако подобрать правильный комплимент, который действительно сможет расположить к вам пациента, не так уж легко. Комплемент должен быть искренним, так как любая фальшь видна пациенту. Поэтому комплементы, подчеркивающие организованность человека, его ответственность, понимание им важности задач диспансеризации – не только

соответствуют действительности, но и вдохновляют пациента к продолжению внимательного отношения к своему здоровью. Так, например, обращение к пациенту со словами: «*Уважаемый Иван Николаевич, Вы успешно и вовремя прошли все этапы диспансеризации. Понимаю, что это было сложно. Как Вам удалось так продуктивно организовать время?*», настраивают пациента на общение и предоставляют врачу информацию о видах деятельности пациента, его увлечениях, факторах среды, влияющих на человека.

Правило вступительного тезиса - во многом успех общения зависит от изначальной установки. Если психологическая установка сводилась к тому, чтобы рассказать и выслушать ответ («*Я хочу рассказать вам о результатах обследования...*» — классическое начало большинства консультаций), то и результат будет соответствующим. Вам не удастся надолго удержать внимание пациента. Необходимо показать пациенту полезность и выгодность сотрудничества и найти для этого оптимальные варианты. Именно к этому и должен сводиться тезис, с которого начинается консультирование (после приветствия, представления и комплимента).

Важно, чтобы вступительный тезис содержал в себе упоминание о цели и выгоде. Он может звучать, например, так: «*Хотели бы Вы познакомиться с результатами обследования? У нас будет возможность обсудить результаты и наметить оптимальные варианты нашего взаимодействия*». Формулировки могут быть разными, но в тезисе обязательно должны содержаться следующие компоненты:

словосочетание «*возможность обсудить*», несущее в себе позитивный заряд, подразумевающее партнерство;

словосочетание «*оптимальные варианты нашего взаимодействия*», говорящие пациенту о его «выгоде», так как у него появляется возможность больше узнать о путях решения проблемы (если она существует) или путях предупреждения возникновения проблем.

Правило учета особенностей типов людей. Такт — очень важное качество при работе с людьми. Необходимо помнить, что уже на первом этапе профилактического консультирования необходимо внимательно отнестись к определению психологического типа пациента. Если пациент привык в большей степени полагаться на собственное мнение, ориентированное на результат, любит конкретику, то этап установления контакта следует сократить: в противном случае пациента может раздражать затянувшийся разговор «ни о чем». И наоборот — чем более собеседник ориентирован на внешнее мнение, чем он медлительнее, тем более длительным и обстоятельным должен быть этот этап. Не менее важное значение имеет возраст пациента. Чем старше по возрасту пациент, тем спокойнее и доступнее должна быть речь врача.

Таким образом, составляющие этапа «Начало консультации», их наполнение и длительность (пожалуй, кроме приветствия и тезисов, которые уместны во всех ситуациях) — не догма, а лишь руководство к действию.

Коммуникативная компетентность врача включает и коммуникативную гибкость – умение использовать тот или иной стиль общения в зависимости от

контекста общения, особенностей пациента и задач, стоящих перед врачом и пациентом.

2 этап: Информирование пациента (продолжительность до 1-ой минуты)

Исходная ситуация:

Пациент дал согласие познакомиться с результатами обследования по причине, появившейся у доверительности к врачу. Врач произвёл на пациента приятное впечатление – он увидел во враче высокопрофессионального специалиста. Однако пациент, по-прежнему, остается приверженным своим убеждениям – его здоровью ничего не угрожает, а значит его поведенческие привычки не представляют опасности.

Задачи врача на этом этапе:

1. Информировать пациента о результатах исследования, проведенного согласно протоколу диспансеризации;
2. Доступно (кратко, логично, наглядно) разъяснить пациенту влияние негативных факторов на состояние его здоровья;
3. Содействовать убеждению пациента в необходимости следовать рекомендациям врача.

Ход консультации:

После установления контакта, особенно когда мы говорим о первом визите пациента к врачу, иногда довольно сложно перейти к информированию его о результатах исследования. Иногда информирование пациента напоминает ответ обучающегося на экзамене в медицинском вузе – врач подробно (в деталях) излагает суть патологии, что приводит к ощущению фатальности ситуации, пугающей пациента. Поэтому информирование должно быть оптимистичным, создающем убеждение «Вам доступна полноценная жизнь!». При разъяснении необходимо ориентироваться на требования принципов научности и доступности, наглядности и практикориентированности.

Руководствуясь требованиями принципов информирования и обучения, необходимо следовать следующим правилам:

Правило информирования –сообщение о результатах обследования конкретного пациента должно сочетаться с доминированием ясной установки на возможность решения существующей проблемы.

Для этого врач должен очень ответственно подойти к отбору основных понятий, используемых в консультировании. Не следует вводить понятия, которые в дальнейшем не будут раскрыты. Каждое новое вводимое в информирование медицинское понятие должно быть доступно для восприятия пациентом, но при этом доступность изложения не должна входить в противоречие с научностью используемого понятия.

Изложение новой (неизвестной) для пациента информации должно логически увязывать с известным. Наличие логической связи между новыми и имеющимися знаниями пациента – гарантия сознательного освоения и понимания.

Информирование станет более успешным, если каждое логическое заключение будет сопровождаться наглядными, убедительными примерами из практики, жизненного опыта врача.

На этом этапе следует руководствоваться золотым правилом обучения: все, что только можно, представлять для восприятия чувствами, а именно: видимое зрением, слышимое – слухом, доступной осязанию – путем осязания. Запоминание ряда предметов, представленных в натуре (на картинке или в моделях), происходит лучше, легче и быстрее, чем запоминание того же ряда, представленного в словесной форме, устной или письменной.

На этом же этапе консультирования осуществляется разъяснение информации. Для этого врач руководствуется правилом:

и рефлексии деятельности.

3 этап: Объяснение пациенту (продолжительность до 2,5 минут)

Исходная ситуация:

Пациент ознакомлен с информацией о результатах исследования. Врач в доступной и логичной форме показал влияние негативных факторов риска на здоровье пациента. Однако убежденность пациента в необходимости следования рекомендациям врача не наступила. У пациента еще много доводов в пользу «заблуждений» врача, он не хочет отказываться от своих привычек, даже зная, что они являются факторами риска.

Задачи врача на этом этапе:

1. Обосновать сделанные выводы о влиянии фактора риска на здоровье пациента с помощью других фактов.
2. Обеспечить для пациента возможность оценивать процесс доказательности рекомендаций и планирования действий.
3. Содействовать убеждению пациента в необходимости следовать рекомендациям врача.

Ход консультации:

Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из основных понятий, которое используется для объяснения движущих сил поведения и деятельности. На этом этапе врач руководствуется следующими правилами:

Правило разъяснения – изложение, вносящее ясность в процесс консультирования и разъясняющее информацию, должно соответствовать уровню развития и подготовленности пациента, его индивидуальным особенностям и возрасту. По целевой направленности разъяснения различаются: инструктивное, повествующее, рассуждающее.

– *инструктивное разъяснение* – это схематичное пояснение деятельности пациента. При таком разъяснение активно задействуется память убеждаемого. Этот вид разъяснения построен на дедуктивном методе представления информации – осуществление перехода от общего к частному в процессе рассуждения. Но при этом нужно помнить – нельзя ограничиваться наглядностью, так как наглядность не цель, а средство обучения. Используя

различные виды наглядности, не стоит увлекаться чрезмерным количеством наглядных пособий: это рассеивает внимание и мешает воспринимать главное;

- *повествующее разъяснение* – это своеобразный рассказ, который нацелен на изложение фактов в виде «живого» повествования, которое последовательно приводит к вполне определенным выводам. Использование этого вида разъяснения обязывает врача тренироваться в последовательной компоновке материала сообщения (информации по результатам обследования пациента), в постановке голоса, мимики и жестов. Надо помнить, что понятия и абстрактные положения должны подкрепляться конкретными фактами, примерами и образами;
- *рассуждающее разъяснение* – это разъяснение с полемикой, оно активизирует мыслительную деятельность, побуждает внимательнее отнестись к предлагаемым конкретным выводам. Рассуждающее разъяснение строится таким образом, что перед пациентом ставятся вопросы «за» и «против», побуждая его к самостоятельным выводам. При этом недопустимо требование ответа от пациента. Как только врач переходит к требованию ответа, рассуждающее разъяснение теряет смысл, так как пациент не ощущает свою значимость и переходит в состояние психологической защиты. При рассуждающем разъяснении необходимо создать установку равноправного обсуждения, предоставляя собеседнику право высказывания своего мнения. Убеждающий врач подводит пациента к выводам, но формулировка выводов осуществляется пациентом.

Руководствуясь принципами обучения, врач обязан организовывать процесс взаимодействия в соответствии правилами обучения:

1. Следует избегать перегрузки памяти пациента в ущерб обсуждения тех или иных положений.
2. Материал, требующий запоминания, должен быть заключен в короткие ряды взаимосвязанных понятий, из которых исключается все лишнее.
3. Забывание изученного наиболее интенсивно идет сразу после обучения, поэтому время и частота повторений должны быть согласованы с психологическими закономерностями забывания.
4. Знания и убеждения, логически связанные между собой, усваиваются прочнее, чем разрозненные сведения.
5. Необходимо пользоваться различными мнемотехническими приемами, облегчающими запоминание.

В процессе профилактического консультирования важно обращать внимание на уровень потребности пациента к восприятию новой для него информации. Если врач видит, что пациент утомлен и информация воспринимается с трудом – необходимо завершить информирование и подвести пациента к выводам. Для того, чтобы снизить уровень утомляемости пациента, необходимо активнее включать его в процесс обсуждения

Правило доказательности – без фактов нет доказательности. *Доказательство* – это логическое действие, в процессе которого истинность какой-либо мысли обосновывается с помощью других фактов. Доказать то или

иное суждение – значит установить его истинность посредством других суждений, истинность которых уже доказана. Всякое доказательство состоит из трех частей: *тезиса* (того, что требуется доказать), *доводов* или *аргументов* (того, посредством чего доказывается тезис) и *демонстрации* (способа доказательства). В каждой части доказательности необходимо опираться на факты. Факты создают у пациентов соответствующий настрой на восприятие действительности, формируют установку принятия иного мнения, содействующего формированию убеждения.

Врач, объясняя пациенту механизм влияния негативного фактора риска на организм, должен каждый свой тезис аргументировать понятными для конкретного пациента доводами. При этом, объясняя влияние фактора риска на организм, необходимо убедить пациента, что это не фатальная ситуация, что, изменяя интенсивность влияния фактора (например, гиподинамия, как фактор риска) возможно сохранить здоровье или улучшить состояние пациента.

На этом этапе очень важно опираться на систему интересов, имеющих для пациента важное значение, следует учитывать его увлечения, занятия, род и вид работы. На этом этапе все должно быть подчинено главной установке профилактического консультирования: «*Вы, по-прежнему, будете работать играющим тренером. Для этого остается только следовать позициям нашего плана*».

И тут необходимо обратить внимание на следующее правило:

Правило планирования – в достижении цели необходима целенаправленная и последовательная этапность.

При доказательстве следует руководствоваться психологической закономерностью – человек неохотно продвигается к более высокой ступени потребностей, не удовлетворив низшую. Как только потребность удовлетворена, интерес перемещается к более высокой ступени потребности и это становится сильнейшим мотивом в данный момент. Поэтому при доказательстве необходимо использовать аргументы, позволяющие удовлетворить познавательный интерес пациента, доводы, убеждающие в необходимости следования рекомендациям. А планирование, включающее в себя те или иные рекомендации врача, должно быть этапным, с реальным осязаемым результатом каждого этапа. Четкость, краткость, понятность действий для пациента на каждом этапе – гарантия признания предложенной тактики.

Во время этого этапа должен состояться диалог между врачом и пациентом с обсуждением этапов, с активным участием пациента. У врача появляется возможность не только наметить план действий, но и содействовать осознанной деятельности пациента в планировании своего лечения, что содействует формированию убеждения пациента в приверженности к рекомендациям врача.

Методические особенности:

- На закрытый вопрос в большинстве случаев можно дать только короткий односложный ответ «да» или «нет».

- Открытый вопрос имеет преимущество: он позволяет направить беседу в какую-то область, при этом оставляя свободу для ответа.
- Общее правило для ведения беседы: начинайте с открытых вопросов, чтобы дать возможность пациенту высказаться, а потом переходите к более закрытым для выяснения подробностей.
- Открытые вопросы предлагают пациенту рассказать историю более полно. Предотвращают упущение важных моментов. Дают время врачу подумать над клинической ситуацией, пока пациент рассказывает. Способствуют вовлечению пациента, а не доминированию врача.

4 этап: Контроль усвоения/понимания советов и готовность к их выполнению (продолжительность до 2 минут)

Исходная ситуация:

Пациент к этому этапу имеет определенные представления (пока еще не знания) о влиянии фактора риска на его здоровье, о возможности снижения этого негативного влияния. Ему понятна последовательность конкретных действий в профилактике его заболевания (или состояния). Однако у него еще нет твердого убеждения в необходимости следования рекомендациям врача. Пациент находится в состоянии принятия первого решения – следовать советам (или рекомендациям) врача или пока подождать, так как решение потребует от него определенных усилий, изменения привычного образа жизни. И эти волевые действия по изменению привычек пугают его. Но, с другой стороны, врач убедительно показал реальную возможность положительных изменений, приводящих к сохранению здоровья, активного образа жизни, свободы в выборе своих занятий и увлечений. На этом этапе врач должен осознавать всю сложность психологического состояния пациента, так как определяется направление дальнейшего следования пациента – будет ли он с врачом (именно сейчас зарождается приверженность) или останется со своей болезнью. От этого выбора зависит мотивация пациента к реальным действиям.

Задачи врача на этом этапе:

1. Показать преимущества отказа от негативных поведенческих привычек пациента, приводящих к заболеванию.
2. Содействовать убеждению пациента в необходимости следовать рекомендациям врача.
3. Проверить усвоение и понимание пациентом советов и готовность к их выполнению

Ход консультации:

Этот этап консультирования можно условно назвать «Разговор о жизни». На этом этапе врач должен акцентировать внимание пациента на преимуществах здоровья, свободы, многогранности и ценности жизни. Необходимо помочь пациенту в признании этих ценностей, осознании свободы своего выбора. При этом врач не имеет права вести беседу в назидательном тоне, вызывающем недоверие пациента. Успешность этого этапа зависит от убежденности врача в абсолютной ценности жизни. На этом этапе доминируют

психолого-педагогические задачи. «Хороший учитель учит, а талантливый вдохновляет» - эта поговорка применима и к врачу, формирующему у пациента приверженность в следовании жизненно-важных рекомендаций. Задача сложная, но выполнимая. И, как всегда, врач должен выстраивать тактику своего действия в соответствии с правилами:

Правило доминирования идеи – быть здоровым, значит быть свободным.

Часто врачи ошибочно считают, что знания являются убеждениями. Нередко пациент знает, как следует поступать в тех или иных конкретных ситуациях, знает, какую точку зрения следует поддерживать в споре, но не использует эти знания в своей жизни. У такого пациента слово расходится с делом, единства знаний и поведения у него нет, его знания не стали убеждениями. О наличии убеждений говорит сформированная потребность действовать в соответствии со своими знаниями. Убеждения выступают важным мотивом деятельности, стимулирующим внутреннюю активность пациента.

Не стоит вступать в спор с пациентом, опровергая годами сложившиеся у него убеждения. Но и нельзя соглашаться с пагубными привычками пациента. Одной логики доказательности оказывается недостаточно для убеждения пациента. В этой сложной ситуации следует ориентироваться на классическую схема формирования убеждений: *внимание –интерес – желание – действие*.

Внимание можно привлечь необычностью изложения, формой предоставления информации, визуальными средствами. Не нужно забывать о влиянии на мотивацию пациента словесно-образной наглядности: яркие примеры стойкости человека, его целеустремленности, жизнелюбия – хорошо описаны в литературе, встречались такие примеры и практической деятельности врача. Эти примеры вдохновляют, показывают возможность достижения целей. Возникшее внимание перерастает в интерес к тому или иному событию.

Интерес — положительно окрашенный эмоциональный процесс, связанный с потребностью узнать что-то новое об объекте интереса, повышенным вниманием к нему. Интерес возникает, когда пациент понимает, что он может удовлетворить какую-то из своих потребностей. Именно интерес побуждает к действию, помогает доводить дела до конца. Иммануил Кант отмечал, что испытывать интерес свойственно только человеку, а не животным, так эта эмоция предполагает целеобразование, волю, желание действовать.

Желание возникнет, когда пациент видит, что цель достижима. Большой убедительностью обладают статистические показатели с использованием средств наглядности: графиков, схем, диаграмм. При этом следует ориентироваться на установку «убедить кого-либо в чем-либо — значит добиться такого состояния, когда убеждаемый, вследствие логичных рассуждений и умозаключений, согласится с определенной точкой зрения и будет готов защищать ее или действовать в соответствии с ней».

Убеждения направляют поведение пациента и волевые действия. При убеждении пациента врач опирается на определенную теоретическую базу, главным функциональным элементом которой является слово. Сила слова как «лечебного и физиологического фактора» – в разряде информации, которую оно несет. Слова, как носители информации, и информации, как формы существования материи, порой, оказывают на пациента более сильное воздействие, чем сам реальный фактор риска. Великий физиолог И.П. Павлов подчеркивал, что слово – это «сигнал сигналов», сжатая форма любых раздражителей материального мира и «… поэтому может вызывать те действия, реакции организма, которые обуславливают раздражители». Не без оснований утверждается, что «нет тех функций в организме, которые при известных условиях нельзя было бы возбудить, затормозить или извратить прямым, или косвенным внушением. Слово, имея материальные корни, может производить материальные изменения в организме».

Теория функциональный систем П.К. Анохина[7] рассматривает функционирование систем всех уровней – гомеостатического, психического, поведенческого и социального – как скоординированное самоорганизующееся поведение элементов этих систем, направленное на достижение результата. Самоорганизация систем организма подчинена доминирующей мотивации. Феномен самоактуализации, самонастраивания считается одним из важных факторов внутренней мобилизации резервов и, по мнению, И.Н. Пятницкой[8], является определяющим условием самоорганизации систем организма. В принципе любая *мотивация* – это всегда самонастраивание и это – выбор средств самонастраивания. В основе этих процессов лежит осознанность действий пациентом. Для этого врач организует рефлексивную деятельность пациента. В этой связи врач ориентируется на следующее правило.

Правило рефлексии – создать условия для систематизации новой информации (рекомендаций врача, плана действий), ее оценки, ответов на поставленные ранее вопросы, постановки новых целей деятельности.

Роберт Буструм отмечает «Рефлексия – особый вид мышления. Рефлексивное мышление — значит фокусирование вашего внимания. Оно означает тщательное взвешивание, оценку и выбор»[9].

В процессе рефлексии та информация, которая была новой, становится присвоенной, превращается в собственное знание.

Рефлексивный анализ направлен на прояснение смысла рекомендаций, построения дальнейшего маршрута пациента в профилактике его заболевания или состояния. Этот анализ полезен, если он обращен в словесную форму. Именно в процессе вербализации хаос мыслей, который сохранялся у пациента

---

[7] Анохин П.К. Идеи и факты в разработке теории функциональных систем». // Психологический журнал. – 1984 - Т.5, стр. 107-118

[8] Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002

[9] Буструм Р.Развитие творческого и критического мышления. М.: Изд-во «ИОО», 2000.

в ходе ознакомления с информацией, в процессе определения плана действий, превращается в новое знание и приобретает упорядоченную структуру. Возникшие вопросы или мнения могут быть разрешены.

Совместный подход к обсуждению плана действий требует многих умений и навыков. Главная трудность для врача - создать обстановку, в которой пациент мог бы спокойно вступать в совместный процесс.

Один из конкретных умений, способствующих совместному обсуждению – умение врача делиться, сообразно обстоятельствам, своими мыслями, идеями. Тем самым вовлекая пациента в обсуждение.

Методические особенности:

Надо помнить, что пациенты неохотно высказывают свои мысли врачу, и для преодоления этой нерешительности их надо спрашивать прямо.

1. Врач также может ***способствовать активному выражению пациентом идей и предложений***. Если врач отчетливо обозначает свою заинтересованность в замечаниях пациента, последний будет меньше стесняться спонтанно высказывать свои предложения:
«*Вы, наверняка, и сами об этом размышляли. Как вам эти два варианта? У Вас есть собственные предложения на этот счет?*».

2. Важно, чтобы врач более ***глубоко рассматривал возможные для пациента варианты и давал информацию о рисках и пользе каждого***, включая вариант отказа от рекомендаций и вообще любых действий: «*Подведем итоги: мы согласились в том, что для вас возможны три подхода. Первый – подумать о следовании, предложенном рекомендациям, второй – посмотреть, что получится при отказе от рекомендаций, и через какое-то время поднять этот вопрос заново и третий – посмотреть на возможность пройти углубленную диспансеризацию. Хотите, я сейчас пройдусь по достоинствам и рискам каждого из этих вариантов?*».

Убежденность – это то психологическое состояние пациента, которое обеспечивает формирование приверженности. Вовлечение пациента в принятие решений возможно до желаемого для него уровня. Предпочтения каждого пациента могут со временем меняться, так что этот процесс следует периодически повторять.

Это можно достичь двумя путями. Врач, перед которым стоит реальный выбор, может осторожно поощрять пациента к участию:

«*Итак, у нас есть выбор из нескольких вариантов, каждый со своими достоинствами и недостатками. У Вас есть какое-нибудь четкое предпочтение?*».

Более прямой путь выяснить предпочтения пациента в отношении рекомендаций врача – напрямую спросить его об этом:

«*Есть несколько вопросов, которые нужно решить при выборе рекомендаций. Некоторым пациентам нравится участвовать в принятии этих решений, и я это приветствую. Другие предпочитают следовать рекомендациям врача без обсуждения. Какая роль Вам больше сейчас подходит?*».

3. Преодоление разногласий. Врач может ясно дать понять пациенту, что он хочет принимать решения вместе с ним и договориться о плане, приемлемом для обоих:

«Мне кажется разумным то, что я предложил. Но если это Вас не устраивает, то нам надо подумать еще … Скажите прямо, что Вы об этом думаете?» или *«Я бы не стал вот так сразу соглашаться с предложенным Вами подходом. Давайте я Вам объясню почему, и тогда мы, может быть постараемся найти приемлемое для нас обоих решение».*

В конце планирования полезно брать за правило проверку того, ***насколько пациент правильно понял рекомендации.*** К большому удивлению врачей, большая часть информации (до 90%) воспроизводится пациентом с ошибками, многое упускается. В этом нет ничего удивительного, так как это было первое знакомство с информацией, что соответствует этапу восприятия. Лишь после повторения пациентом рекомендаций и уточнения их врачом информация начинает переходить в категорию знаний. Вот почему так важен этот этап. По результатам исследований лишь 34% врачей проверяют, как пациенты их поняли:

«*Чтобы убедиться, что мы правильно друг друга услышали, я попрошу Вас повторить основные рекомендации, которые важно выполнять дома…».*

5 этап: Завершение консультирования (продолжительность 1минута)

Исходная ситуация:

Пациент ознакомлен с рекомендациями врача и планом последующих действий. У него сложилось позитивное отношение к врачу. Он хотел бы выполнить данные советы.

Задачи врача на этом этапе:

1. Финальное подведение итогов: вкратце подводятся итоги консультирования и уточняются детали действий.
2. Последняя проверка: удостоверяется, что пациент согласен с планом и что он ему удобен.
3. Уточняется – нет ли каких-либо поправок, вопросов и т.п.

Ход консультации:

Договоренность с пациентом о следующих шагах позволяет врачу и пациенту определить взаимные роли и обязанности. Врач должен отчетливо объяснить информацию о прохождении углубленного этапа диспансеризации.

Необходимо пояснить особенности процесса углубленной диспансеризации.

На случай, если у пациента возникнут сложности в прохождении диспансеризации необходимо пояснить куда ему нужно обратиться или как с вами связаться.

Краткое подведение итогов консультирования и прояснение плана лечения не только даст врачу и пациенту лишний шанс подтвердить то, о чем договорились заранее, но и позволит пациенту поставить под сомнение или подправить восприятие врача.

Такое подведение итогов хорошо помогает точности понимания и, следовательно, последующей приверженности к лечению. Врач никогда не должен забывать о необходимости дать пациенту возможность внести правки добавления:

«*Ну и закругляясь: боюсь, что Ваша масса тела немного вышла из-под контроля в последний год; но я надеюсь, что мы сможем снизить вес до приемлемого уровня. Я найду для Вас инструкцию по диете, о которой упоминал, и через два месяца приходите, мы посмотрим, что у Вас получается. Я правильно подытожил то, о чем мы договорились?*» или «*Нам удалось обратить внимание на опасность недостаточной физической активности на Ваше здоровье. Рад Вашему решению пройти углубленное профилактическое консультирование. Для этого нужно записаться в кабинет медицинской профилактики через в поликлинику по месту прикрепления. Телефон указан в брошюре, что я Вам рекомендовал сегодня. Всего доброго!*»

Умения врача в завершении консультирования помогают пациенту лучше освоится с согласованным планом, отчетливо осознать, что будет дальше, и более спокойно смотреть в будущее. Врачу же они помогают продуктивно завершить консультацию и начать следующую без мешающего сосредоточиться мучительного ощущения недоделанного.

Вопросы для размышления и контроля

1. В каком году была разработана модель медицинского консультирования? Как называется эта модель?
2. Какие этапы включает в себя Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования?
3. Какие задачи решаются на каждом этапе медицинского консультирования?
4. В чем состоит сходство и различие между моделью медицинского консультирования и моделью профилактического консультирования?
5. Какое главное отличие профилактического консультирования от медицинской консультации?
6. Что понимается под понятием «приверженность»?
7. Какие этапы включает процедура формирования убеждения?
8. Почему приверженность пациента к выполнению рекомендаций врача должна обязательно сочетаться с мотивацией пациента к сохранению здоровья?
9. Какие этапы включает в себя модель профилактического консультирования?
10. Какие задачи стоят перед врачом на этапе начала консультирования?
11. Почему врач при профилактическом консультировании должен следовать психолого-педагогическим правилам?

12. Почему в процедуре краткого профилактического консультирования разделены два этапа «информирование пациента» и «Объяснение пациенту»?
13. Какие задачи стоят перед врачом при информировании пациента?
14. В чем отличие задач врача при информировании пациента от задач врача при объяснении пациенту?
15. Дайте характеристику этапа «Объяснение пациенту».
16. Какое значение в кратком профилактическом консультировании имеет этап «Контроль усвоения/понимания советов и готовность к их выполнению»?
17. Какие задачи стоят перед врачом при контроле усвоения/понимания советов?
18. Какими правилами должен руководствоваться врач при реализации этапа контроля?
19. Почему рефлексивное мышление играет важную роль в формировании убеждений пациента?
20. Какие методические особенности необходимо учитывать при проведении этапа контроля?

Глава 3.
МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО ФОРМИРОВАНИЮ УМЕНИЙ ВРАЧЕЙ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Раздел 1.
ПРОЕКТИРОВАНИЕ ПРОГРАММ ПО ФОРМИРОВАНИЮ УМЕНИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

В современном медицинском образовании компетентностный подход усиливает акцент на результатах обучения. Иными словами, происходит перенос акцента с содержания (*чему учить*?) на результат (*что должен уметь выпускник?*). Ориентация на результат обеспечивает гибкость процесса обучения, сопоставимость результатов разных уровней образования, преемственность между результатами освоения разных образовательных программ, что является необходимым условием непрерывности медицинского образования и непрерывного профессионального развития врача.

Основным критерием оценки качества медицинского образования выступает сформированная *профессиональная компетентность* как интегральная характеристика специалиста, определяющая его способность решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи с использованием знаний, умений, опыта. Способность в данном случае понимается не как предрасположенность, а как умение. Следует обратить особое внимание на такую характеристику компетентности, как ценностное отношение специалиста к выбору решения задачи. Эта характеристика компетентности определяет важные условия формирования компетенций – компетенции всегда проявляются в органичном единстве с ценностями человека, так, как только при условии ценностного отношения к деятельности и личностной заинтересованности достигается высокий профессиональный результат.

Очень хорошо сказал известный педагог В.А. Сухомлинский: «Идеи делаются святыми и нерушимыми не тогда, когда они запоминаются, а тогда, когда живут в трепете мысли и чувства, в созидании, в поступках…»[10]

Компетентность врача состоит из его компетенций в определенном виде профессиональной деятельности (диагностической, лечебной, профилактической и др.), формируемых в учебном процессе[11].

Логическая связь между целью и планируемыми результатами освоения программы, представленными как способность и готовность врача выполнять

[10] Сухомлинский В. А. Избранные педагогические произведения: в 3 т. М.: Педагогика, 1979. Т. 1. 560 с.

[11] Драпкина О.М., Астанина С.Ю., Шепель Р.Н. Алгоритм разработки дополнительных профессиональных программ с учетом требований профессиональных стандартов «врач-терапевт», «врач общей практики (семейный врач)», «врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (методические рекомендации) / О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель. – М. ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. – 2020.- 65 с.

трудовые функции, должна пронизывать все компоненты программы и определять особенности образовательного процесса.

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»[12] регламентирует условия разработки образовательных программ: обязательное соответствие профессиональному стандарту, квалификационным характеристикам, требованиям федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) к результатам освоения образовательных программ. Реализация положений Федерального закона обеспечивается рядом нормативных документов.

Планируемые результаты в проектировании образовательных программ выступают системообразующим фактором, что предполагает установление баланса между всеми компонентами образовательной программы, а в последующем, и всеми этапами ее реализации.

Ориентированность на конкретные показатели достижения планируемых результатов позволяет организовывать образовательный процесс в соответствии с актуальными запросами практического здравоохранения.

Проектирование содержания программы осуществляется с учетом требований принципов[13]:

- *позиционирования компетенций в качестве результатов обучения*;
- *операционализации результатов обучения*, то есть придания в ходе педагогических измерений латентным (скрытым от возможности непосредственного наблюдения) результатам обучения формы, удобной для фиксации определенными правилами измерения;
- *модульной организации образовательного процесса*;
- *студентоцентрированности обучения*, предполагающий повышение ответственности обучающихся за результаты обучения (учебные достижения);
- *максимального приближения программ к условиям профессиональной деятельности;*
- *инновационной технологизации учебного процесса;*
- *активизации обучения*.

Формирование компетенции врача в проведении профилактического консультирования, как способности и готовности к информированию пациента о результатах обследования, к разъяснению информации с учетом индивидуальных особенностей пациента, формированию приверженности пациента к рекомендациям и советам врача, возникает необходимость формирования ряда умений, выступающих *индикаторами* (показателями) сформированности компетенции.

Определение необходимых умений врача в решении профессиональных задач на каждом этапе краткого профилактического консультирования

[12] Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

[13] Методика преподавания в высшей школе: учеб-практич.пособие / В.И.Блинов, В.Г.Виненко, И.С.Сергеев. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 315 с. – Серия: Образовательный процесс.

позволило выявить соотношение числа коммуникативных умений и умений, относящихся к лечебно-диагностической деятельности врача (таблица 5).

Таблица 5. Соотношение количества коммуникативных умений и умений, относящихся к лечебно-диагностической деятельности врача[14]

№	Коммуникативные умения	№	Умения, относящиеся к лечебно-диагностической деятельности
1.	приветствие пациента	1.	сопоставление информации о личных данных пациента с информацией в карте,
2.	уточнение формы обращения к пациенту, проявление заинтересованности и заботы об удобстве пациента одобрение пациента за ответственность и организованность в прохождении диспансеризации	2.	сообщение пациенту о результатах обследования
3.	уточнение наличия у пациента желания познакомиться с результатами обследования	3.	объяснение пациенту механизма негативного влияния выявленных факторов риска на его здоровье
4.	обращение внимания пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрение состояния пациента при отсутствии проблем	4.	объяснение пациенту причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни
5.	информирование пациента о возможности углубленного персонифицированного консультирования по рациональному питанию, физической активности, выявленных факторах риска (при показаниях)	5.	уточнение у пациента, что ему известно о влиянии этого фактора
6.	использование понятных для пациента терминов, доводов, примерами, соответствующих интересам пациента	6.	регистрация в амбулаторной карте ФР, величины ССР, рекомендаций, сроков повторных посещений
7.	использование различных средств визуальной передачи информации (таблицы, диаграммы, графики, примеры из опыта профессиональной деятельности и пр.)	7.	_____
8.	обращение к пациенту с уточняющими вопросами	8.	_____

[14] Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А., Михайлова Н.А., Драпкина О.М. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(1S):3559. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3559

9.	установления пауз по мере разъяснения информации и уточнял наличие у пациента вопросов	9.	_____
10.	содействие активному выражению пациентом мнения по предложенным советам или рекомендациям	10.	_____
11.	формулирование уточняющих вопросов	11.	_____
12.	вовлечение пациента в принятие решения	12.	_____
13.	рекомендации для пациента по ознакомлению с информационным раздаточным материалом (памятки, брошюры и пр.)	13.	_____
14.	одобрение согласия пациента следовать рекомендациям и советам	14.	_____
15.	уточнение готовность пациента следовать советам или рекомендациям	15.	_____
16.	подведение итогов консультации	16.	_____
17.	пояснение пациенту процедуры записи на второй этап диспансеризации (по показаниям)	17.	_____
Итого	**73,9%** от общего количества умений		**26,01%** от общего количества умений

Количественный анализ необходимых умений врача-терапевта участкового в проведении краткого профилактического консультирования показывает необходимость специальной психолого-педагогической подготовки врачей, так как 73,9% умений, необходимых при решении профессиональных задач приходится на категорию коммуникативных умений, что составляет почти ¾ часть от общего количества умений врачей-терапевтов участковых в проведении профилактического консультирования.

Исследования, проведенные экспертами Методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, показали, что выявленные коммуникативные умения врачей-лечебников у большей части обучающихся ординаторов отсутствуют, что вызывает серьезные затруднения врачей в осуществлении профилактической деятельности на практике[15]. Сложившаяся ситуация потребовала определения методических особенностей подготовки врачей-терапевтов участковых.

С этой целью была разработана рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Психолого-педагогические особенности взаимодействия врача и

[15] Драпкина О.М., Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А., Михайлова Н.А. Модель формирования умений профилактического консультирования //РОСОМЕД-2022-XI съезд общества РОСОМЕД и Международная конференция «Симуляционное обучение в медицине: опыт, развитие, инновации» - URL: https://rosomed.ru/theses/941 (дата обращения: 20.02.2023).

пациента. Профилактическое консультирование» (срок освоения: 36 академических часов) (Приложение 1).

При реализации программы предполагается использование технологии развития коммуникативной компетенции, направленной на повышение эффективности решения профессиональных задач и улучшения качества общения участников процесса[16].

Технология включает в себя четыре этапа:

на первом этапе в процессе моделирования общения осуществляется планирование коммуникативной структуры деятельности в проведении краткого профилактического консультирования, планирование учебного процесса по освоению знаний о целях, задачах, видах профилактического консультирования, функциях краткого и углубленного профилактического консультирования. На этом же этапе определяются наиболее эффективные формы, методы, средства обучения;

на втором этапе происходит организация непосредственного взаимодействия с участниками учебного процесса, начало общения, во многом определяющее успешность дальнейшего развития педагогической деятельности;

на третьем этапе осуществляется управление развивающимся педагогическим процессом. Этот этап требует использования разнообразных специфических приемов и способов педагогического общения в разных формах учебной деятельности (лекциях, практических занятиях), в ситуации оценки знаний и умений обучающихся на зачете;

успешность четвертого этапа определяется педагога к рефлексии. Преподаватель анализирует использованную им систему общения, уточняет возможные варианты организации общения, анализирует содержание занятия и тем самым прогнозирует предстоящее общение с аудиторией.

В рамках реального учебного процесса данная технология применяется в форме тренинга, то есть курса, рассчитанного на группу обучающихся, ориентированного в большей мере на использование активных методов групповой психологической работы с целью развития коммуникативных умений.

Таким образом, обучение врачей коммуникативным умениям и навыкам требует и от преподавателя целой системы взаимосвязанных коммуникативных умений.

Особенности реализации разработанной программы подробно рассмотрены в учебном пособии «Методические рекомендации по формированию у врачей умений проведения профилактического консультирования» (авторы: Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А., Михайлова Н.А., Алмазова И.И., Драпкина О.М.).

---

[16] Современные образовательные технологии: учебное пособие/ коллектив авторов; под ред. Н.В. Бордовской. – М.: КНОРУС, – 2011. – 423 С.

Раздел 2.
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ УМЕНИЙ ВРАЧА В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Контроль и оценка умений врачей в проведении профилактического консультирования может быть реализовано путем решения специально разработанных ситуационных задач, оценочных листов,

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических умений в ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России разработаны:

- алгоритм выполнения умения;
- критерии оценивания действий врача
- оценочный лист (чек-лист);
- условия задания;
- информация (брифинг) для аккредитуемого лица по специальности «Врач-терапевт»;
- клинической задачи «Профилактическое консультирование»;
- медицинской документации.

Алгоритм выполнения умения

Алгоритм демонстрации навыков профилактического консультирования пациентов по факторам риска может быть использован в ходе повседневного приема пациентов врачом любой специальности, а также как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра врачом-терапевтом участковым.

Демонстрация аккредитуемым навыков профилактического консультирования пациентов по факторам риска опирается на национальное руководство по профилактике хронических неинфекционный заболеваний (ХНИЗ) в Российской Федерации («Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации». Национальное руководство). Руководство базируется на принципах укрепления общественного здоровья и профилактики ХНИЗ, сформулированных в документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нормативных документах Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также в международных и отечественных рекомендациях профессиональных сообществ и основано на убедительной доказательной базе научных исследований в области общения врача с пациентом в ходе профилактического консультирования (приложение 1 и п.9 Паспорта).

В национальном руководстве выделяется пять последовательно сменяющих друг друга этапов профилактического консультирования (рис. 1).

Начало приема (консультации) → Информирование пациента → Объяснение пациенту → Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению → Завершение консультирования.

На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить врачу, используя определенные коммуникативные умения, обеспечивающие эффективность решения задач краткого профилактического консультирования. Компетенции врача в проведении краткого профилактического консультирования опирается на умения общения с пациентом в процессе информирования пациента о выявленных отклонениях в его здоровье (при наличии) и факторах риска, предоставление рекомендаций по основам здорового образа жизни и, в зависимости от имеющихся заболеваний и факторов риска, предоставление кратких более конкретных рекомендаций. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации: структурирование врачом информации и выстраивание отношений с пациентом подробно рассмотренные в клиническом руководстве к ведению медицинской консультации (Калгари-Кембриджское руководство по медицинской консультации).

Для успешного прохождения станции «Профилактическое консультирование» действия аккредитуемого должны быть согласованы с алгоритмом краткого профилактического консультирования (общие принципы), представленным в Руководстве[17] к ведению профилактического консультирования.

Алгоритм выполнения умения ведения краткого профилактического консультирования

№ п/п	Действие врача и время, необходимое для выполнения	Критерий оценки
Начало консультирования		
1	Врач знакомиться с пациентом и устанавливает с ним психологическое взаимодействие до 0,5 мин.	Врач знакомится с пациентом: - вежливо приветствует пациента и сверяет информацию о личных данных пациента с информацией в карте, (например, «*Здравствуйте! Вы Иванова Александра Ивановна? Верно?» (пауза) «Можно я к Вам буду обращаться по имени отчеству?» или «Можно я к Вам буду так обращаться?»*); - проявляет заинтересованность, заботу об удобстве пациента (например, «*Присаживайтесь, пожалуйста. А чтобы Вам было*

[17] Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235 с.24-29, с.44-52, с.57-59, 60-64.

		удобно, свои вещи (например, сумку) можете положить на стул»); - представляет себя и объясняет свою функцию в проведении профилактического консультирования (например, «*Я, ФИО, врач-терапевт, помогу Вам познакомиться с результатами исследований, полученными в ходе диспансеризации»)* - одобряет пациента за ответственность и организованность в прохождении диспансеризации (например, «*Очень хорошо, что Вы нашли время и достаточно быстро прошли обследование*») - уточняет наличие у пациента желания познакомиться с результатами обследования (например, «*Александра Ивановна, Вы хотели бы познакомиться с результатами обследования?)*
Информирование пациента		
2	Врач сообщает пациенту информацию о результатах обследования и подводит пациента к убеждению возможности решения существующей проблемы до 1 мин.	1. Врач сообщает пациенту о результатах обследования: • выявленных/не выявленных ХНИЗ, • факторах риска (ФР), • суммарном сердечно-сосудистом риске (ССР); • основных показателях (артериальное давление, общие холестерин, частота сердечных сокращений, глюкоза и др.); • результатах клинико-инструментальных исследований; • рекомендуемых целевых уровнях ФР/ показателях здоровья Например, «*Согласны начать с показателей, указанных в Вашей карте? (пауза) Мне приятно сообщить ..... (вначале желательно сообщить хорошие новости – результаты лабораторных и инструментальных данных без отклонений, затем – результаты, где выявлены отклонения, также выявленные факторы риска). Это говорит о том, что у Вас в настоящее время не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска для здоровья (перечислить факторы риска, которые обнаружены у пациента*)») 2.Врач обращает внимание пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобряет физическое состояние пациента при отсутствии проблем (например, «*Александра Ивановна, хочу обратить Ваше внимание: при выполнении определенных рекомендаций, Вы будете всегда ощущать себя винздоровым человеком» (пауза)*

		3.Врач уточняет у пациента, что ему известно о влиянии выявленных факторов риска на здоровье. (например, *известно ли Вам чем опасна низкая физическая активность?» (пауза) «Хотели бы познакомиться с механизмом влияния факторов риска на Ваше здоровье?»* (*пауза)* Выслушав ответ пациента, врач переходит к объяснению вредного влияния фактора
Объяснение пациенту		
3	Врач разъясняет пациенту информацию о результатах обследования с учетом его индивидуальных особенностей, конкретной клинической ситуации, уровня его подготовленности к восприятию информации; психологического типа пациента; возрастных характеристик до 2,5 мин.	1.Врач объясняет пациенту: – механизм негативного влияния выявленных ФР на его здоровье; (например, «*Низкая физическая активность способствует повышению массы тела и развитию ожирения, которое, в свою очередь, может стать причиной сахарного диабета, заболеваний сердца, сосудов, некоторых видов рака. Как Вы считаете, почему Вам необходимо повысить физическую активность?» (пауза*) – причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни (с учетом информации, предоставленной пациентом). Например, *«Александра Ивановна, учитывая Вашу особенность, Вам обязательно нужно повысить уровень физической активности, что существенно снизит риск развития заболеваний, которые я назвал» (пауза)*; – основы доврачебной самопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях (при риске их возникновения и наличии соответствующего диагноза пациента) (например, «*Александра Ивановна, знаете ли Вы правила доврачебной самопомощи?» «Давайте совместно разберем последовательность действий»*); – возможность получить помощь в отказе от курения (при необходимости) (например, «*Мне хотелось бы сообщить вам о возможности получения реальной помощи в отказе от курения*»); – возможность углубленного персонифицированного профилактического консультирования по снижению пагубного потребления алкоголя (при необходимости); возможность углубленного консультирования по рациональному питанию, физической активности, выявленных факторах риска (при показаниях).

		2.Врач объясняет пациенту влияние того или иного фактора риска понятными терминами, доводами, примерами. Объясняя, врач делает паузы и задает пациенту вопросы (пример: *Вы хорошо знаете слова Аристотеля: «Движения – это жизнь, а жизнь – это движение». Согласны с этим высказыванием?» (пауза*) 3.Врач при объяснении использует различные визуальные средства передачи информации (таблицы, диаграммы, графики, примеры из опыта профессиональной деятельности указанные в п.6). Использование визуальных средств передачи информации сопровождается уточняющими вопросами (пример: *Александра Ивановна, давайте вместе посмотрим сведения по классификации уровней физической активности, разработанные Всемирной организацией здравоохранения (врач предлагает совместно рассмотреть таблицу №25).* *Вы видите, что условно есть три уровня физической активности, определяемые по интенсивности выполнения действий.* *Самый низкий уровень – (легкая) домашняя работа и ходьба в умеренном темпе.* *Средний уровень (умеренная нагрузка) – ходьба в быстром темпе, езда на велосипеде, садоводство (стрижка газонов), уборка пылесосом. Основным признаком, что нагрузка соответствует умеренной является учащенной дыхание, но с возможностью произнесения полных предложений во время выполнения действий.* *Высокий уровень – бег, спортивная ходьба, копание и рыхление грядок на участке… Признаки высокого уровня активности – очень тяжелое дыхание, трудность поддержания беседы во время выполнения действий. Я понятно объясняю?»* Примеры уточняющих вопросов: «*Александра Ивановна, а Вы бы могли повысить уровень своей физической активности?» (пауза)* «*Давайте подумаем, а Вы бы могли утром делать зарядку (10 минут) и повысить интенсивность ходьбы во время ваших прогулок?*» *(пауза)* Полученные от пациента ответы помогают врачу сформулировать совет (например, *«Тогда я хочу предложить Вам увеличить интенсивность ходьбы на улице. Меньше пользоваться транспортом. А в выходные заниматься скандинавкой ходьбой»* (пауза) 4. Врач делает паузы по мере разъяснения информации и уточняет наличие у пациента вопросов (например, «*Александра Ивановна, у Вас остались вопросы по физической активности?» (пауза*)
		Особый такт требуется от врача при объяснении негативного влияния такого фактора риска, как пагубное потребление

		алкоголя. Собираясь задать деликатный вопрос, врач должен попросить разрешение (например, «*Ничего, если я спрошу Вас об употреблении алкоголя, Вы не против?» (пауза) «В анкете Вы отметили, что 2-3 раза в неделю употребляете алкоголь. Наверное, это помогает Вам расслабиться?»* Получив одобрительный ответ, врач коротко сообщает пациенту о вреде алкоголя (например, «*Александра Ивановна, расслабление от алкоголя непродолжительное, а вред очевиден, поскольку алкоголь – фактор риска ряда заболеваний. Токсичные вещества, образуемые в процессе расщепления алкоголя, повреждают клетки органов. Опасен формированием зависимости» (пауза*). Логично сделать паузу, чтобы увидеть реакцию пациента на информацию. В зависимости от реакции пациента возможны следующие действия врача: предложение пациенту определить уровень риска (степени опасности) потребления алкоголя в процессе углубленного профилактического консультирования (например, «*Чтобы определить уровень риска пагубного потребления алкоголя в Вашем случае, я рекомендую Вам пройти углубленное профилактическое консультирование, где Вы больше узнаете о влиянии алкоголя на Ваш организм и получите квалифицированные рекомендации»* *или* «*Я понимаю, как Вам сложно принять решение. Мне хотелось бы помочь Вам, поэтому рекомендую пройти индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, где Вы получите квалифицированные рекомендации»* Предлагая пройти углубленное индивидуальное консультирование, важно дать возможность пациенту задать вопросы (например, *«Может, у Вас есть вопросы по индивидуальному консультированию?»)*
Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению		
4	Врач создает условия для систематизации новой информации (рекомендаций врача, плана действий), ее оценки, ответов на поставленные ранее	Врач содействует активному выражению пациентом мнения по предложенным советам, задавая уточняющие вопросы (например, «*Александра Ивановна, какое у Вас отношение к нашим советам? Есть ли какие-либо предложения?»)*
		Врач уточняет готовность пациента следовать советам и предлагает ознакомиться с информационным раздаточным материалом (памятки, брошюры и пр.), например, «*Александра Ивановна, я беспокоюсь – насколько правильно Вы поняли рекомендации. Если Вас не затруднит - повторите,*

	вопросы, постановки новых целей деятельности до 2 мин.	*пожалуйста, их (пациент повторяет рекомендации, если возникают неточности, врач поправляет, напоминает)».* *«Могу Вам предложить полезную брошюру по ЗОЖ для ознакомления»*
		Врач регистрирует в амбулаторной карте ФР, величину ССР, рекомендации, сроки повторных посещений (проговаривает вслух вышеуказанные действия)
		Врач одобряет согласие пациента следовать советам (например, «*Меня радует наше взаимопонимание и Ваше правильное решение*»)
Завершение консультирования		
5	Врач подводит итоги консультирования и уточняет осведомленность пациента в записи на углубленное профилактическое консультирование до 1 мин.	Врач подводит итоги консультации и поясняет пациенту процедуру записи на углубленное профилактическое консультирование (по показаниям). Например, «*Александра Ивановна, думаю, что мы почти закончили нашу встречу. Нам удалось обратить внимание на опасность недостаточной физической активности на Ваше здоровье. Рад Вашему решению пройти углубленное профилактическое консультирование. Для этого нужно записаться в кабинет медицинской профилактики через в поликлинику по месту прикрепления. Телефон указан в брошюре, что я Вам рекомендовал сегодня. Всего доброго!»*

Конечно, алгоритм выполнения умения ведения профилактического консультирования является примерным, то есть в реальной ситуации врач-терапевт может модифицировать те или иные вопросы, ответы в зависимости от психологического типа пациента, выявленных заболеваний и факторов риска. Но проведенное исследование показало, что первая ступень в подготовке врача к проведению профилактического консультирования состоит в освоении предложенного варианта алгоритма действий, так как на первом этапе деятельность обучающегося характеризуется как ознакомительная, характеризующаяся осмыслением действия и его представления. Далее наступает следующий этап – подготовительный, предполагающий сознательное, но неумелое выполнение действия. В дальнейшем неумелое действие должно развиться до уровня навыка (автоматизация действий)[18]. И только после этого этапа возможен варьирующий (ситуативный) этап, предполагающий модификацию действий в зависимости от ситуаций. Только после полного освоения умений врача в проведении краткого

[18] Новиков А.М. Методология учебной деятельности. – М.: Издательство «Эгвес», 2005. – 175 с.

профилактического консультирования возможно модификация и импровизация.

Раздел 3.
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ УМЕНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Демонстрация умения пациент-ориентированного общения с пациентом, имеющим риски возникновения хронических неинфекционных заболеваний, в том числе риск развития пагубного потребления алкоголя, с целью налаживания с ним доверительных отношений, и создания условий формирования его приверженности рекомендациям врача.

Оценка действий врача в рамках профилактического консультирования пациента с рисками возникновения хронических неинфекционных заболеваний, в т.ч. риском развития пагубного потребления алкоголя осуществляется в ходе моделируемой ситуации.

Врач демонстрирует профессиональные умения общения с пациентом, выполняя профессиональные задачи определенного этапа медицинской консультации – разъяснения медицинской информации о неблагоприятном влиянии факторов риска, в т.ч. алкоголя на здоровье пациента. Тем самым врач мотивирует пациента к заботе о своем здоровье, изменении образа жизни, а также – к прохождению углубленного профилактического консультирования для установления степени риска пагубного потребления алкоголя и получению необходимых рекомендаций по снижению данного риска. Процедура не подразумевает оценку умений врача умений, не относящихся к профилактическому консультированию.

Информация (брифинг) для аккредитуемого лица по специальности «Врач-терапевт»

Вы врач-терапевт (врач общей практики). К Вам на плановый прием в рамках 1-го этапа диспансеризации пришел пациент, у которого по результатам анкетирования выявлена избыточная масса тела, а также следующие факторы риска: «низкая физическая активность», «нерациональное питание», «риск пагубного употребления алкоголя». Все лабораторно-инструментальные исследования, проведенные пациенту в рамках 1-го этапа диспансеризации в соответствии с полом и возрастом, патологии не выявили.

Вам необходимо:

– ознакомиться с результатами анкетирования и данными фрагмента карты учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) Приложение 1, 2;

– информировать пациента о результатах обследования;

– выяснить и оценить отношение пациента к полученной информации;

– информировать пациента о возможном негативном влиянии рисков («низка физическая активность», «нерациональное питание») на его здоровье, мотивируя пациента к соблюдению рекомендаций по снижению рисков;

– дать пациенту рекомендации по снижению рисков («низкая физическая активность», «нерациональное питание») и оценить его отношение к полученной информации;

– мотивировать пациента на беседу (углубленное консультирование по определению уровня риска пагубного потребления алкоголя) на 2-м этапе диспансеризации;

– при наличии согласия направить на прием в кабинет (отделение) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования по проблеме риска пагубного потребления алкоголя.

В задачу врача на данном этапе не входит определение уровня риска пагубного потребления алкоголя и углубленное консультирование по снижению риска пагубного потребления алкоголя.

Анкета с отметками ответов пациента, фрагмент частично заполненной карты профилактического медицинского осмотра (диспансеризации), представленные в приложениях 1 и 2, будут выданы Вам перед входом на станцию.

Действуйте так, как Вы бы это делали в реальной жизни, исходя из того, что Вы с пациентом ранее не знакомы.

Примерная клиническая задача «Профилактическое консультирование»

Категории информации	Пример
Пол, возраст, профессия, семейное положение	*39 лет, женщина* *экономист* *в браке, один ребенок 8 лет*
Причина обращения к врачу	*Пациентка обратилась к врачу с целью получить консультацию (заключение) по результатам первого этапа диспансеризации.*
Наличие проблем со здоровьем (последовательность их появления и история каждой проблемы)	*Пациентка не предъявляет жалоб, её ничего не беспокоит, считает себя здоровой.*
Данные обследований/анкетирования/осмотров, которые проясняют предварительный диагноз и которые являются для врача важной характеристикой состояния пациента	*По данным проведённого обследования выявлена избыточная масса тела.* *По данным анкетирования установлены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний: «низкая физическая активность», «риск пагубного употребления алкоголя».*
Позиция пациента относительно своих проблем или своего состояния	*На приеме у врача пациентка узнала, что у неё выявлена избыточная масса тела, а также факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний: «низкая физическая активность», «риск пагубного употребления алкоголя».*

	Пациентка обрадована, что обследования не выявили ничего серьезного. Но, поскольку внимательно относится к своему здоровью, желает получить более подробную информацию о выявленных факторах риска, их возможных последствий для здоровья, а также получить конкретные рекомендации.
Информацию, которую пациент желает получить от врача (вопросы пациента врачу)	*Пациентку интересует:* *1. Какой должна быть её физическая активность?* *2. Пациентка проявляет активность и с убежденностью поясняет врачу: «Я очень редко (два раза в неделю) выпиваю пару бокалов вина. Не вижу для себя в этом опасности»* *После того, как врач предлагает пациентке пройти углубленное профилактическое консультирование, её интересует:* *3. Кто проводит углубленное профилактическое консультирование?* *4. Как можно записаться на это консультирование?*
Ответы на конкретные вопросы, которые может задать врач	*Вы ведёте малоподвижный образ жизни. На ходьбу в умеренном или быстром темпе тратите менее 30 минут в день.* *Ваш вес Вас не беспокоит, поэтому за ним не следите, не помните, когда последний раз взвешивались.* *Всегда считали себя относительно здоровым человеком.* *Выход на работу после декретного отпуска дался с трудом, чтобы расслабиться иногда вечером после работы, чаще в выходные дни Вы выпиваете 2 бокала сухого вина по 150-200 мл (2-3 раза в неделю). К алкоголю (сухому вину) относитесь положительно, потребление алкоголя в таком количестве не считаете вредным.* *На диспансерном учете у специалистов никогда не состояли.* *При заданных вопросах о болезнях родственников сообщить, что мать умерла 4 года назад, отец после смерти матери иногда злоупотребляет алкоголем. Вам это не нравится.* *О хронических заболеваниях других родственников вам ничего не известно.* *Проблем с давлением никогда не было, при прохождении профилактических осмотров и диспансеризации обычно давление нормальное, около 120/80 мм. рт. ст. Обычная для вас частота пульса в покое около 70 ударов в минуту.* *Травм не было.* *Никаких лекарств постоянно не принимаете.*

	Аллергии, в том числе на лекарства – нет. *Из недавних перенесенных заболеваний: перенесли простуду последний раз почти год назад, с тех пор не болели.* *При вопросе о физических нагрузках и занятиях спортом – работа сидячая, а дома - ребенок, нет времени заниматься спортом. Ранее до беременности Вы непродолжительное время занимались фитнесом.*
Дальнейшие действия (направление на обследование, план лечения и пр.)	*Пациентке рекомендовано углубленное профилактическое консультирование в кабинете медицинской профилактики по установлению риска пагубного потребления алкоголя и получению конкретных рекомендаций в рамках второго этапа диспансеризации.*

Критерии оценивания действий врача

Оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется путем определения действий:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный или бумажный чек-лист.

Оценочный лист (чек-лист)

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
Начало консультирования		
1.	Приветствовал пациента, сверил информацию о личных данных пациента с информацией в карте, уточнил удобную форму обращения к пациенту, проявил заинтересованность и заботу об удобстве пациента, после этого представил себя (ФИО, должность)	☐ да ☐ нет
2.	Одобрил пациента за ответственность и организованность в прохождении этапов диспансеризации	☐да ☐ нет
3.	Уточнил наличие у пациента желания познакомиться с результатами обследования	☐да ☐ нет
Информирование пациента		
4.	Врач сообщил пациенту о результатах обследования	☐да ☐ нет
5.	- выявленных/не выявленных ХНИЗ	☐да ☐ нет
6.	- факторах риска (ФР)	☐да ☐ нет
7.	- суммарном сердечно-сосудистом риске (ССР)	☐да ☐ нет
8.	- основных показателях (артериальное давление, общие холестерин, частота сердечных сокращений, глюкоза и др.)	☐ да ☐ нет
9.	- результатах клинико-инструментальных исследований	☐да ☐ нет
10.	- рекомендуемых целевых уровнях ФР/ показателях здоровья	☐да ☐ нет
11.	Врач обратил внимание пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрил состояние пациента при отсутствии проблем	☐да ☐ нет

Объяснение пациенту		
12.	Врач объяснил пациенту: - механизм негативного влияния выявленных факторов риска на его здоровье	☐да ☐ нет
13.	- причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни, спросил у пациента, что ему известно о влиянии этого фактора	☐да ☐ нет
14.	- возможность получить помощь по снижению фактора риска	☐да ☐ нет
15.	- возможность углубленного консультирования по рациональному питанию, физической активности, выявленных факторах риска (при показаниях)	☐да ☐ нет
16.	Врач использовал для объяснения понятные для пациента термины, доводы, примеры, соответствующие интересам пациента	☐да ☐ нет
17.	Врач при объяснении использовал различные средства визуальной передачи информации (таблицы, диаграммы, графики, примеры из опыта профессиональной деятельности и пр.), сопровождая объяснение уточняющими вопросами к пациенту	☐да ☐ нет
18.	Врач делал паузы по мере разъяснения информации и уточнял наличие у пациента вопросов	☐да ☐ нет
Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению		
19.	Врач содействовал активному выражению пациентом мнения по предложенным советам, задавая уточняющий вопрос	☐ да ☐ нет
20.	Врач уточнил готовность пациента следовать советам, рекомендуя ознакомиться с информационным раздаточным материалом (памятки, брошюры и пр.)	☐да ☐ нет
21.	Врач регистрировал в амбулаторной карте ФР, величину ССР, рекомендации, сроки повторных посещений (проговаривал вслух вышеуказанные действия)	☐да ☐ нет
22.	Врач одобрил согласие пациента следовать советам	☐да ☐ нет
Завершение консультирования		
23.	Врач подвел итоги консультации и пояснил пациенту процедуру записи на углубленное профилактическое консультирование (по показаниям)	☐да ☐ нет

Медицинская документация, необходимая для проведения профилактического консультирования

Фрагмент карты учета
профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)
Учетная форма № 131/у утверждена приказом Минздрава России от 10.11.2020г. № 1207н

1. **Фамилия, имя, отчество** (при наличии): Иванова Александра Ивановна
2. **Пол**: мужской -1; женский-2
3. **Полных лет в отчетном году** __39__
4. **Занятость:** 1 – работает; 2 – не работает; 3 – обучающийся в образовательной организации по очной форме.
5. **Профилактический медицинский осмотр (диспансеризация)** проводится мобильной медицинской бригадой: да – 1; нет – 2.

6. Результаты исследований и иных медицинских вмешательств, выполненных при проведении профилактического медицинского осмотра (<u>первого этапа диспансеризации</u>):

рост **162** *см*	масса тела **62** *кг*	индекс массы тела **23,6** *кг/м²*	
артериальное давление на периферических артериях **120/80** мм рт.ст.		прием гипотензивных препаратов: да **нет**	внутриглазное давление **15** *мм рт.ст.*
уровень общего холестерина в крови **3,9** *ммоль/л*		прием гипогликемических препаратов: да **нет**	уровень глюкозы в крови натощак **4,0** *ммоль/л*
прием гиполипидемических лекарственных препаратов: да **нет**		относительный сердечно-сосудистый риск (от 18 до 39 лет включительно) ___**1**_____ % абсолютный сердечно-сосудистый риск (от 40 лет до 64 лет включительно) _____-____%	

Все необходимые осмотры, исследования в рамках 1-го этапа диспансеризации в соответствии с возрастом пациента проведены. Патологические состояния не выявлены.

Направлен на второй этап диспансеризации: да – 1, нет – 2.

Выявленные при проведении профилактического медицинского осмотра (<u>диспансеризации</u>) факторы риска и другие патологические состояния, и заболевания, повышающие вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний:

Наименование факторов риска, заболеваний, состояний	№ строки	Код МКБ-10	Выявлен фактор риска, другое патологическое состояние, заболевания (+/-)
1	2	3	4
Гиперхолестеринемия	01	E78	-
Гипергликемия	02	R73.9	-
Курение табака	03	Z72.0	-
Нерациональное питание	04	Z72.4	-
Избыточная масса тела	05	R63.5	-
Ожирение	06	E66	-

Низкая физическая активность		07	Z72.3	+
Риск пагубного потребления алкоголя		08	Z72.1	+
Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача		09	Z72.2	-
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям	инфаркт миокарда	10	Z82.4	-
	мозговой инсульт	11	Z82.3	-
Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям	колоректальной области	12	Z80.0	-
	других локализаций	13	Z80.9	-
Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей		14	Z82.5	-
Отягощенная наследственность по сахарному диабету		15	Z83.3	-
Высокий (5%-10%) или очень высокий (10% и более) абсолютный сердечно-сосудистый риск		16	-	-
Высокий (более 1 ед.) относительный сердечно-сосудистый риск		17	-	-
Старческая астения			R54	-
Перечисленные факторы отсутствуют: курение табака (Z72.0), нерациональное питание (Z72.4), низкая физическая активность (Z72.3), риск пагубного потребление алкоголя (Z72.1), риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (Z72.2)				-

<u>Инструкция:</u> для работы на станции Вам необходимо ознакомиться с ответами, по результатам которых у пациента были выявлены факторы риска, № 21, 25-27.

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет **на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**			
Дата анкетирования (день, месяц, год)			
Ф.И.О. пациента: Иванова А.И.		Пол: женский	
Дата рождения: хх.хх.хххх г.		Полных лет: 35	
1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
1.1.	гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	**<u>Нет</u>**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	**<u>Нет</u>**
1.2.	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	**<u>Нет</u>**

1.3.	цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	**Нет**
1.4.	хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	**Нет**
1.5.	туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	**Нет**
1.6.	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	**Нет**
1.7.	заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	**Нет**
1.8.	хроническое заболевание почек?	Да	**Нет**
1.9.	злокачественное новообразование?	Да	**Нет**
	Если «Да», то какое? _____		
1.10.	повышенный уровень холестерина?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	**Нет**
2.	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	**Нет**
3.	Был ли у Вас инсульт?	Да	**Нет**
4.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер, или до 55 лет у отца и родных братьев)?)	Да	**Нет**
5.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	**Нет**
6.	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	Да	**Нет**
7.	Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 минут после приема нитроглицерина%	Да	**Нет**

8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	Да	**Нет**
9.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?	Да	**Нет**
10.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	**Нет**
11.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	**Нет**
12.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	**Нет**
13.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	**Нет**
14.	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	**Нет**
15.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Да	**Нет**
16.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	**Нет**
17.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	Да	**Нет**
18.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	**Нет**
19.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	**Нет**
20.	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? _____ сиг/день		

21.	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?	**До 30 минут**	30 минут и более
22.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	**Да**	Нет
23.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя её?	Да	**Нет**
24.	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?	Да	**Нет**
25.	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?		

	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	**2-3 раза в неделю (3 балла)**	≥4 раз в неделю (4 балла)
26.	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 12 мл чистого этанола или 30 мл крепкого алкоголя (водки) или 100 мл сухого вина или 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	**3-4 порции (1 балл)**	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	> 1 0 порций (4 балла)
27.	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны или 180 мл крепкого алкоголя (водки) или 600 мл сухого вина или 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	> 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна 4 балла **Заключение:** **Имеется риск пагубного потребления алкоголя, пациента необходимо направить на углубленное профилактическое консультирование на 2 этап диспансеризации**					

Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)	Да	**Нет**

Вопросы для размышления и контроля

1. Какие требования предъявляет компетеностностный подход к системе медицинского образования?
2. Почему профессиональная компетентность выступает критерием оценки качества медицинского образования?
3. Какую роль играют ценности специалиста в развитии его компетентности?
4. Почему при формировании коммуникативной компетенции врача в проведении профилактического консультирования необходимо проектирование и разработка рабочей программы?
5. Какую роль играют планируемые результаты в проектировании программы?
6. Какими принципами необходимо руководствоваться авторам разрабатываемой программы?

7. Какую роль играют индикаторы (показатели) в проектировании планируемых результатов?
8. Какие коммуникативные умения формируются у врачей в процессе подготовки к проведению краткого профилактического консультирования?
9. Дайте характеристику этапов технологии развития коммуникативной компетенции врача.
10. Какова процедура контроля умений врача в проведении краткого профилактического консультирования?
11. Какие профессиональные задачи решает врач на каждом этапе краткого профилактического консультирования?
12. По каким показателям (индикаторам) можно убедиться в положительном решении профессиональных задач каждого этапа?
13. Какова зависимость в учебной деятельности обучающегося на этапах формирования умения?
14. Какие критерии оценивания используются при оценке действий врача в проведении краткого профилактического консультирования?
15. Какие умения врача проверяются с использованием оценочного листа (чек-листа)?
16. С какой целью в паспорте станции «Профилактическое консультирование» приводятся данные медицинской документации?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возросший уровень медицины, демократизация общества привели к смене модели оказания медицинской помощи с патерналистской на пациент-ориентированную (коллегиальную), где профессиональными задачами эффективного пациент-ориентированного общения врача выступают: выстраивание доверительных отношений между врачом и пациентом; выслушивание пациента и разъяснение медицинской информации; совместное с пациентом принятие решения в отношении характера и объема медицинского вмешательства и другие.

Известно, что коллегиальная коммуникация при оказании медицинской помощи значимо коррелирует с приверженностью пациентов к рекомендациям врача. Формирование пациент-ориентированного взаимодействия между врачом и пациентом требует со стороны врача определенных знаний, умений и навыков, обеспечивающих доходчивое, понятное объяснение, мотивируя пациента к принятию собственных решений и действий по оздоровлению поведенческих привычек.

Начиная работу над учебным пособием, мы ставили перед собой задачу показать многогранность коммуникативных умений врача-терапевта. В ходе работы стало очевидным, что врач должен владеть не только навыками, но и более сложными действиями – умениями, требующими анализа ситуации, интерпретации данных, определения психологических особенностей пациента и др. Стало очевидным, что в подготовке врача-терапевта участкового к профилактическому консультированию главенствующую роль имеют не знания, умения, а его убеждения, ценности. Всегда ли преподаватель готов к обучению врачей к проведению профилактического консультирования? Невольно вспоминаются наставления великого православного мудреца Серафима Саровского «Если ты — учитель — для себя ещё не нашёл подлинной дороги, то не указывай её другим. Ты же подобен слепому, который ведёт слепца». Роль преподавателя в формировании коммуникативных умений врача значительно возрастает.

Это учебное пособие предназначено для преподавателей высшего и дополнительного медицинского образования, для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, членов аккредитационных комиссий по терапии и общей врачебной практике, а также для всех специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

По выражению Блеза Паскаля, «только кончая задуманное сочинение, мы уясняем себе, с чего следовало начать». Поэтому ожидаем критики от читателей и примем ее как совет для дальнейшего улучшения пособия.

С наилучшими пожеланиями,
коллектив авторов

ПРИЛОЖЕНИЕ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

ОДОБРЕНО
Ученым Советом
ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России
«__» _____ 2023 г.,
протокол № ____

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России
Академик РАН, профессор
_____ О.М. Драпкина
«___» _____ 2023г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Психолого-педагогические особенности взаимодействия врача и пациента. Профилактическое консультирование

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия

Блок 1 Дисциплины (модули)

Уровень образовательной программы:
подготовка кадров высшей квалификации
Вид программы – практикоориентированная

Форма обучения
очная

Москва
2023

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «**Психолого-педагогические особенности взаимодействия врача и пациента. Профилактическое консультирование**» разработана сотрудниками кафедры медицинской педагогики Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Драпкина О.М.	д.м.н., профессор, академик РАН.	директор	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
2.	Астанина С.Ю.	к.п.н., доцент	заведующая кафедрой	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
3.	Старостенкова Т.А.	к.психол.н., доцент	доцент кафедры	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
4.	Калинина А.М.	д.м.н., профессор	руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
5.	Шепель Р.Н.	к.м.н.	заместитель директора	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
по методическим вопросам				
2.	Сухаревская Н.А.		специалист по учебно-методической работе	ФГБУ НМИЦ ПМ» Минздрава России

ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№	Дата внесения изменений в программу	Характер изменений	Дата и номер протокола утверждения документа на Ученом Совете

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре: Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «**Психолого-педагогические особенности взаимодействия врача и пациента. Профилактическое консультирование**» (далее – рабочая программа) относится к базовой части программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций врача, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

1.2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников:

- **область профессиональной деятельности**: 01 Образование и наука (сфера: высшее образование) и 02 Здравоохранение (сфера: терапия);
- **основная цель вида профессиональной деятельности:** профилактика, диагностика и лечение заболеваний по профилю «терапия»; медицинская реабилитация пациентов;
- **обобщенная трудовая функция:** оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника (А);
- **трудовая функция:** проведение медицинских, профилактических медицинских осмотров, медицинского освидетельствования, диспансеризации, диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению (**А/05.7**);
- **типы задач профессиональной деятельности:** педагогические и медицинские;
- **области знания выпускников**: педагогика, психология, медицина.

1.3. Цель программы – формирование коммуникативной компетенции врача в проведении профилактического консультирования пациентов.

1.4. Задачи программы:

1) *Сформировать знания:* нормативных требований к осуществлению профилактической деятельности врача; характеристик видов профилактического консультирования; целей, задач, принципов реализации профилактического консультирования; сравнительных характеристик Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и модели профилактического консультирования; психолого-педагогических особенностей взаимодействия врача и пациента.

2) *Сформировать умения:* руководствоваться нормативными

требованиями в реализации профилактической деятельности врача; проводить краткое профилактическое консультирование пациентов; осуществлять психолого-педагогическое взаимодействие с пациентом учетом теоретических основ коллегиальной модели «врач-пациент».

3) Сформировать навыки: психолого-педагогического взаимодействия врача с пациентом;

4) Обеспечить возможность приобретения опыта: в проведении профилактического консультирования пациентов в симуляционных условиях.

1.5. Трудоемкость освоения рабочей программы: 1 зачетная единица, что составляет 36 академических часов.

1.6. Нормативно-правовые документы, регламентирующие образовательную деятельность:

1) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 25.08.2010, регистрационный № 18247),

2) Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 9.01.2023 г. № 15 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации от 13.02.2023, регистрационный № 72333)

3) Приказ Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»,

4) Проект профессионального стандарта «Врач-терапевт» (https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56809203/),

5) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 27.06.2012, регистрационный № 24726),

6) Приказ Минздрава России от 27.04.2021 г. № 404 н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации от 30.06.2021, регистрационный № 64042).

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

2.1 Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать *универсальными компетенциями*:

- УК-3. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности;

2.2 Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать *профессиональными компетенциями*:

- ПК-4. Способен и готов к проведению краткого профилактического консультирования.

2.3. Паспорт формируемых компетенций

Код трудовой функции	*Индекс компетенции*	*Индикаторы достижения компетенций*
А/05.7	УК-3	УК-3.1 Умеет устанавливать психологический контакт с коллегами в рамках решения профессиональных задач
		УК-3.2 Умеет толерантно относиться к коллегам различных социальных групп, вероисповеданий
		УК-3.3 Умеет контролировать свои эмоции и уважать мнение коллег
	ПК-4	ПК-4.1 Умет характеризовать виды профилактического консультирования
		ПК-4.2 Умеет устанавливать психологический контакт с пациентами в процессе краткого профилактического консультирования
		ПК-4.3 Умеет объяснять пациенту информацию о результатах обследования с учетом индивидуальных особенностей пациента
		ПК-4.4 Умеет убеждать пациента в необходимости следования советам врача

3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Код	*Темы, элементы тем*	*Формируемые компетенции*
Индикатор:	*Умет характеризовать виды профилактического консультирования*	
Б 1.1	**Теоретические основы профилактического консультирования**	**УК-3; ПК-4**
Б 1.1.1	Виды профилактического консультирования	УК-3; ПК-4
Б 1.1.2	Цели и задачи различных видов профилактического консультирования	УК-3; ПК-4
Индикаторы:	*Умеет доступно и понятно сообщать пациенту информацию о результатах обследования*	

	Умеет толерантно относиться к коллегам различных социальных групп, вероисповеданий	
Б 1.1.3	Принципы профилактического консультирования	УК-3; ПК-4
Индикаторы:	*Умеет устанавливать психологический контакт с пациентами*	
	Умеет устанавливать психологический контакт с коллегами в рамках решения профессиональных задач	
Б 1.2	**Модель профилактического консультирования**	**ПК-4**
Б 1.2.1	Сравнительная характеристика Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и модели профилактического консультирования	ПК-4
Индикаторы:	*Умеет устанавливать психологический контакт с пациентами в процессе краткого профилактического консультирования*	
	Умеет объяснять пациенту информацию о результатах обследования с учетом индивидуальных особенностей пациента	
Б 1.2.2	Психолого-педагогические особенности формирования умений врача в проведении профилактического консультирования	ПК-4
Индикаторы:	*Умеет убеждать пациента в необходимости следования советам врача*	
Б 1.3	**Методическое обеспечение формирования умений врачей в проведении профилактического консультирования**	**ПК-4**
Б 1.3.1	Формированию умений проведения профилактического консультирования в рамках коммуникативной компетенции	ПК-4
Б 1.3.2	Оценка сформированности умений проведения профилактического консультирования	ПК-4

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

4.1 Сроки обучения: второй семестр обучения в ординатуре (в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком Программы)

4.2 Промежуточная аттестация: дифференцированный зачет (зачет с оценкой)

Виды учебной работы	*Кол-во часов/зач. единиц*
Обязательная аудиторная работа (всего), в том числе:	**28**
- лекции	5
- практические занятия	23
Внеаудиторная (самостоятельная) работа ординатора в том числе:	**8**
- изучение тем, вынесенных на самостоятельную проработку	
Итого:	**36 акад. час. / 1 зач.ед.**

4.3 Разделы учебной дисциплины (модуля) и виды занятий

Код	*Темы, элементы тем*	Кол-во часов				Индексы компетенций
		Л[19]	СЗ[20]	ПЗ[21]	СР[22]	
Б 1.1	**Теоретические основы профилактического консультирования**	**3**	**2**	**—**	**1**	**УК-3; ПК-4**
Б 1.1.1	Виды профилактического консультирования	1	1	—	—	УК-3; ПК-4
Б 1.1.2	Цели и задачи различных видов профилактического консультирования	1	1	—	—	УК-3; ПК-4
Б 1.1.3	Принципы профилактического консультирования	1	—	—	**1**	УК-3; ПК-4
Б 1.2	**Модель профилактического консультирования**	**2**	**2**	**—**	**—**	**ПК-4**
Б 1.2.1	Сравнительная характеристика Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и модели профилактического консультирования	1	1	—	—	ПК-4
Б 1.2.2	Психолого-педагогические особенности формирования умений врача в проведении профилактического консультирования	1	1	—	—	ПК-4
Б 1.3	**Методическое обеспечение формирования умений врачей в проведении профилактического консультирования**	**31**	**—**	**24**	**7**	**ПК-4**
Б 1.3.1	Формированию умений проведения профилактического консультирования в рамках коммуникативной компетенции	21	—	14	—	ПК-4
Б 1.3.2	Оценка сформированности умений проведения профилактического консультирования	**4**	—	**4**	—	ПК-4
	Промежуточная аттестация	**6**		**6**		**Д/З[23]**
	Итого:	**36**	**4**	**24**	**8**	

[19] *Л - лекции*
[20] *СЗ – семинарские занятия*
[21] *ПЗ – практические занятия*
[22] *СР – самостоятельная работа*
[23] Д/з – дифференцированный зачет

4.4. Практические занятия

Практические занятия предназначены для формирования практических умений и навыков, заявленных в задачах рабочей программы. Доминирующий метод обучения – тренинг в симуляционных условиях.

4.5. Самостоятельная (внеаудиторная) работа

Самостоятельная (внеаудиторная) работа обучающихся направлена на совершенствование знаний и умений, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины.

Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

Тематика самостоятельной работы ординаторов (8 акад. час.):

1) Профилактическая деятельность – приоритетная деятельность в охране здоровья граждан.
2) Нормативно-правовые основы диспансеризации взрослого населения.
3) Профилактическое консультирование: цели, задачи, принципы.
4) Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования.
5) Модель профилактического консультирования.
6) Психолого-педагогические особенности умений врача в проведении профилактического консультирования.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Текущий контроль направлен на систематическую проверку качества усвоения учебного материала ординаторами. Текущий контроль осуществляется непрерывно в процессе учебных занятий. Задача текущего контроля – предварительная оценка сформированности знаний, умений. Проверяются элементы тем и темы содержания рабочей программы.

5.2. Освоение рабочей программы сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом (*дифференцированный зачет*).

5.3. Промежуточная аттестация заключается в оценке сформированности умений, практических навыков, предварительная оценка сформированности соответствующих компетенций. Периоды промежуточного контроля устанавливаются учебным планом.

6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО ОСВОЕНИЮ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

значимым элементом системы формирования коммуникативной компетенции врача в проведении краткого профилактического консультирования выступает контрольно-оценочный компонент. Содержание этого компонента соответствует целевым установкам процесса подготовки врачей к консультированию, а поскольку выявленные умения являются индикаторами достижения планируемых результатов, то эти умения должны выступать структурными единицами контрольно-оценочных материалов. Так, например, по окончании обучения врача на определенном этапе возможно использование специально разработанного оценочного листа (чек-листа).

Оценочный лист (чек-лист)

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
Начало консультирования		
1.	Приветствовал пациента, сверил информацию о личных данных пациента с информацией в карте, уточнил удобную форму обращения к пациенту, проявил заинтересованность и заботу об удобстве пациента, после этого представил себя (ФИО, должность)	☐ да ☐ нет
2.	Одобрил пациента за ответственность и организованность в прохождении этапов диспансеризации	☐да ☐ нет
3.	Уточнил наличие у пациента желания познакомиться с результатами обследования	☐да ☐ нет
Информирование пациента		
4.	Врач сообщил пациенту о результатах обследования	☐да ☐ нет
5.	- выявленных/не выявленных ХНИЗ	☐да ☐ нет
6.	- факторах риска (ФР)	☐да ☐ нет
7.	- суммарном сердечно-сосудистом риске (ССР)	☐да ☐ нет
8.	- основных показателях (артериальное давление, общие холестерин, частота сердечных сокращений, глюкоза и др.)	☐ да ☐ нет
9.	- результатах клинико-инструментальных исследований	☐да ☐ нет
10.	- рекомендуемых целевых уровнях ФР/ показателях здоровья	☐да ☐ нет
11.	Врач обратил внимание пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрил состояние пациента при отсутствии проблем	☐да ☐ нет
Объяснение пациенту		
12.	Врач объяснил пациенту:	☐да ☐ нет

	- механизм негативного влияния выявленных факторов риска на его здоровье	
13.	- причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни, спросил у пациента, что ему известно о влиянии этого фактора	☐да ☐ нет
14.	- возможность получить помощь по снижению фактора риска	☐да ☐ нет
15.	- возможность углубленного консультирования по рациональному питанию, физической активности, выявленных факторах риска (при показаниях)	☐да ☐ нет
16.	Врач использовал для объяснения понятные для пациента термины, доводы, примеры, соответствующие интересам пациента	☐да ☐ нет
17.	Врач при объяснении использовал различные средства визуальной передачи информации (таблицы, диаграммы, графики, примеры из опыта профессиональной деятельности и пр.), сопровождая объяснение уточняющими вопросами к пациенту	☐да ☐ нет
18.	Врач делал паузы по мере разъяснения информации и уточнял наличие у пациента вопросов	☐да ☐ нет
Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению		
19.	Врач содействовал активному выражению пациентом мнения по предложенным советам, задавая уточняющий вопрос	☐ да ☐ нет
20.	Врач уточнил готовность пациента следовать советам, рекомендуя ознакомиться с информационным раздаточным материалом (памятки, брошюры и пр.)	☐да ☐ нет
21.	Врач регистрировал в амбулаторной карте ФР, величину ССР, рекомендации, сроки повторных посещений (проговаривал вслух вышеуказанные действия)	☐да ☐ нет
22.	Врач одобрил согласие пациента следовать советам	☐да ☐ нет
Завершение консультирования		
23.	Врач подвел итоги консультации и пояснил пациенту процедуру записи на второй этап диспансеризации (по показаниям)	☐да ☐ нет

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

7.1. Литература

В качестве учебной литературы используется оригинальная монографическая и периодическая литература по тематике специальности. К основным средствам обучения также относятся учебно-методические комплексы, аудио- и видеокурсы, справочная литература, словари (толковые, общие и отраслевые).

Основная литература:

1. Васильева Е.Ю., Томилова М.И. Оценка коммуникативных навыков в медицинском образовании: теория и практика: монография. М.: РУСАЙНС, 2020. 164 с.
2. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235
3. Драпкина О.М., Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А., Михайлова Н.А. Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования / О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель, Е.А. Деринова, Н.А. Михайлова – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ», - 2023. – 75 с.
4. Дьяченко Е.В., Сизова Ж.М. Оценка навыков общения с пациентом в симулированных условиях при аккредитации медицинских специалистов: организационное и научно-методическое обеспечение, проблемы, направления решений / Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т. 11. № 2. С. 66-79.
5. Навыки общения с пациентом: симуляционное обучение и оценка в медицинском вузе / Н.С. Давыдова, Е.В. Дьяченко, АВ. Серкина, Н.В. Самойленко. М.: РОСОМЕД, 2020. 187 с.
6. Навыки эффективного общения для оказания пациент-ориентированной медицинской помощи научно-методическое издание / авторы-сост. Боттаев Н.А., Горина К.А., Грибков Д.М., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Ковтун О.П., Макарочкин А.Г., Попов А.А., Самойленко Н.В., Серкина А.В., Сизова Ж.М., Сонькина А.А., Теплякова О.В. Чемеков В.П., Чернядьев С.А., Шубина Л.Б., Эрдес С.И. М.: Издательство РОСОМЕД (Российское общество симуляционного обучения в медицине), 2018. 32 с. http://rosomed.ru/system/documents/files/000/000/102/original/Раздатка-Руководство-по-Калгари-Кембриджской-модели.pdf?1528916127

7. Сильверман Дж., Кёрц, С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами / пер. с англ. А.А. Сонькина. М.: ГРАНАТ. 2018. 304 с.

Дополнительная литература:

8. Cushing A.M. Learning patient-centred communication: The journey and the territory // Patient education & counseling, 2015, v.98, № 10, p.p. 1236-1242.

9. Kurtz S., Draper J., Silverman J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine, 2nd Edition, 2017.

10. Kurtz S., Draper J., Silverman J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine, 2nd Edition, 2017.

11. Rosenbaum M.E., Axelson R. Curricular disconnects in learning communication skills: what and how students learn about communication during clinical clerkships // Patient education & counseling, 2013, v.91, №1, p.p. 85-90.

12. *Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al* Assessing communication competence: A review of current tools. Fam Med. 2005. 184-192 p.

13. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? // Patient Education and Counseling, 2009, volume 76, issue 3, p. 361-367.

14. Silverman J., Kurtz S., Draper J. Skills For Communication with Patients. 3nd Edition, London, NY. 2013. 305 p.

15. Smith S., Hanson J.L., Tewksbury L.R., Christy C., Talib N.J., Harris M.A., Beck G.L., Wolf F.M. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials // Eval. Health Prof. 2007 Mar; 30(1):3-21.

7.2. Кадровое обеспечение реализации рабочей программы

№ п/п	Код раздела, темы рабочей программы	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместительству	Объем учебной нагрузки в соответствии с учебным планом программы
1	**Б 1.1**			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
2	Б 1.1.1			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
3	Б 1.1.2			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4

4	Б 1.1.3			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
5	**Б 1.2**			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
6	Б 1.2.1			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	2
7	Б 1.2.2			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России		2
8	**Б 1.3**			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
9	Б 1.3.1			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
10	Б 1.3.2			ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	—	4
					Итого:	**36**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анохин П.К. Идеи и факты в разработке теории функциональных систем». // Психологический журнал. – 1984 - Т.5, стр. 107-118
2. Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А., Михайлова Н.А., Драпкина О.М. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(1S):3559. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3559
3. Бструм Р.Развитие творческого и критического мышления. М.: Изд-во «ИОО», 2000.
4. Вертгеймер М. Продуктивное мышление. М.: Прогресс, 1987.
5. Драпкина О.М., Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Деринова Е.А., Михайлова Н.А. Модель формирования умений профилактического консультирования //РОСОМЕД-2022-XI съезд общества РОСОМЕД и Международная конференция «Симуляционное обучение в медицине: опыт, развитие, инновации» - URL: https://rosomed.ru/theses/941 (дата обращения: 20.02.2023).
6. Драпкина О.М., Астанина С.Ю., Шепель Р.Н. Алгоритм разработки дополнительных профессиональных программ с учетом требований профессиональных стандартов «врач-терапевт», «врач общей практики (семейный врач)», «врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (методические рекомендации) / О.М. Драпкина, С.Ю. Астанина, Р.Н. Шепель. – М. ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. – 2020.- 65 с.
7. Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT
8. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235 с.24-29, с.44-52, с.57-59, 60-64.
9. Методика преподавания в высшей школе: учеб-практич.пособие / В.И. Блинов, В.Г. Виненко, И.С. Сергеев. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 315 с. – Серия: Образовательный процесс.
10. Новиков А.М. Методология учебной деятельности. – М.: Издательство «Эгвес», 2005. – 175 с.
11. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002. – 256 с.
12. Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. Грант. – 2018. 304 с.

13. Современные образовательные технологии: учебное пособие/ коллектив авторов; под ред. Н.В. Бордовской. – М.: КНОРУС, – 2011. – 423 С.

14. Старостенкова Т.А. Введение в психологию. Учебное пособие / Т.А. Старостенкова. – РМАПО. – 2006. – 65 с.

15. Сухомлинский В. А. Избранные педагогические произведения: в 3 т. М.: Педагогика, 1979. Т. 1. 560 с.

16. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

17. Csikszentmihalyi M. Beyond boredom and anxiety. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1975. - 231 p.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Астанина С.Ю.	-	заведующая кафедрой медицинской педагогики, руководитель Методического аккредитационно - симуляционного центра, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.п.н., доцент
Калинина А.М.	-	главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, д.м.н., профессор
Шепель Р.Н.	-	заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И. Евдокимова Минздрава России, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.
Деринова Е.А.	-	эксперт Методического аккредитационно - симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н., доцент
Михайлова Н.А.	-	эксперт Методического аккредитационно - симуляционного центра ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н., доцент
Волкова Л.Ю.	-	старший преподаватель кафедры терапии и общей врачебной практики ФГБ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.
Драпкина О.М.	-	директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, академик РАН, профессор

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:

Москва, Петроверигский пер., д.10, стр. 3

+7 (495) 212-07-13

www.gnicpm.ru

vk.com/gnicpmru

t.me/fgbunmictpm