

**А. И. Яременко, Н. П. Ванчакова, Е. С. Макошина, Н. В. Красильникова, Е. А. Вацкель**

**Модель формирования целостного восприятия пациента врачом  
в системе непрерывного медицинского образования**

В статье представлен результат анализа профессиональной деятельности врача, в частности ее диагностического направления, с точки зрения взаимодействия с пациентами. Выявлено, что у обучающихся недостаточно формируется компонент клинического мышления, ориентированный на целостное восприятие пациента как человека, которому требуются не только собственно клинические мероприятия, но и психолого-педагогическое сопровождение. Специальная компетенция, посвященная этой трудовой функции во ФГОС ВО подготовки врачей, в частности врачей-стоматологов, также отсутствует. Предложены определение содержания компонента клинического мышления врача «целостное восприятие пациента», модель формирования этого компонента клинического мышления и соответствующей компетенции в системе медицинского образования.

Ключевые слова: клиническое мышление, компетентностный подход, федеральный государственный образовательный стандарт, целостное восприятие пациента, синдром ПСАФ-аутодезадаптации.

**A. I. Yaremenko, N. P. Vanchakova, E. S. Makoshina, N. V. Krasilnikova, E. A. Vatskel**

**A Model of Formation of Holistic Perception of a Patient  
by the Doctor during Continuous Medical Education**

The article presents results of the doctor's professional activity and its diagnostic component analysis in relation of doctor-patient interaction. It was highlighted that an important component of medical judgment aimed at holistic perception of a patient (not only clinical dimension but also psychological and pedagogic one) was not adequately formed in students and clinical residents. No special competence presenting this component was found in the Dentistry federal state educational standard. The definition of «holistic perception of a patient» as a component of medical judgment is given. A model of its formation is proposed.

Keywords: medical judgment, competence-based approach, federal state educational standard, holistic perception of a patient, psycho-sensory-anatomic-functional self-maladjustment syndrome.

В процессе профессиональной деятельности врач сталкивается с необходимостью решения множества сложных ситуаций. В частности, на этапе диагностики и лечения это необходимость анализа и синтеза большого количества информации, выбора, принятия решения, а также связанные с этим возможные риски. Эффективная профессиональная деятельность врача возможна благодаря клиническому мышлению – сложному синтетическому новообразованию в структуре личности профессионала, позволяющему должным образом действовать в соответствующих профессиональных ситуациях. Его формирование является одной из целей медицинского образования.

В Большой медицинской энциклопедии клиническое мышление определяется как особый вид деятельности врача, включающий специфические формы анализа и синтеза, ориентированный на соотнесение картины заболевания с выявленным симптомокомплексом, принятие соответствующего решения относительно природы заболевания на основе профессионального опыта: как логического и осознанного, так и интуитивного [2]. О. О. Кузьминов определяет клини-

ческое мышление как способность собирать, анализировать и интерпретировать необходимую информацию, осуществлять диагностику и планировать лечебно-профилактические мероприятия [4]. Согласно Г. И. Царегородцеву, клиническое мышление врача – это способ диалектического мышления, особый процесс мышления, который придает целостность и законченность медицинскому знанию [7]. По мнению А. Ф. Билибина, клиническое мышление включает не только процесс объяснения наблюдаемых явлений, но и отношение (гносеологическое и этическое-эстетическое) к ним врача [1].

В современных исследованиях говорится о значимости в структуре клинического мышления профессиональных знаний [4], а также профессионального опыта и интуиции [8, 9]. Специфика формирования клинического мышления состоит в его комплексности и многомерности, что требует использования соответствующих форм обучения, предполагающих обучение в клинике, демонстрацию работы с пациентом, то есть погружение студента не только в квазипрофессиональную, но и в профессиональную деятельность. Методы обучения ориентированы на развитие

аналитических способностей, умения самостоятельно принимать решения в сложных стрессовых условиях, выражена ориентация на принцип проблемности.

Очевидно, что клиническое мышление врача должно обеспечить творческий подход к каждому пациенту, способность эффективно работать в каждом уникальном случае. В контексте компетентного подхода формирование клинического мышления будущего врача представляется особенно значимым, поскольку одной из важнейших целей обозначенного подхода является обеспечение способности специалиста действовать в сложных условиях реальной практики, адекватно отвечать на возникающие вопросы и решать специфические профессиональные проблемы. Во ФГОС ВО представлен комплекс общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, которые отражают различные аспекты клинического мышления врача. Овладение этими компетенциями в ходе обучения должно вести к эффективному выполнению врачом всего объема профессиональной деятельности на этапе профессиональной практики. Комплекс компетенций, представленных во ФГОС ВО по направлениям *Стоматология, Лечебное дело, Педиатрия*, ориентирован на достаточно широкий круг профессиональных функций врача, связанных с выполнением профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности [6]. В контексте взаимодействия с пациентом как с личностью особенно важной представляется психолого-педагогическая деятельность врача: он должен быть компетентен не только в отношении диагностики, лечения и реабилитации, но и в плане общения с больным, развития у него мотивации здорового образа жизни, желания следовать предписаниям врача.

Анализируя сущность труда врача, важно понимать, что врач получает сведения о заболевании не «в вакууме», а в контексте общения с пациентом, поэтому, наряду с собственно клинической информацией, в поле внимания врача может попадать информация эмоционального, социального характера, транслируемая пациентом. Больной может, помимо заболевания, говорить о значимости для него исхода лечения, выразить тревогу по этому поводу, поделиться значимыми для него житейскими наблюдениями и т. д. Часть такой информации окажется для врача важной в постановке диагноза и планировании тактики лечения, часть – послужит для составления социально-психологического портрета пациента и

выявления его психолого-педагогических потребностей. В дальнейшей работе с больным социально-психологическая информация также должна быть использована врачом при обучении пациента: от формирования необходимых в лечении навыков до изменения стиля жизни в связи с заболеванием. Понимание личностных особенностей больного также поможет врачу более эффективно проектировать и реализовывать занятия в школе для пациентов (если это требуется). Таким образом, очевидно, что врач, обладающий клиническим мышлением, должен уметь работать не просто в поле выявления нозологии, но и в поле социального и психолого-педагогического взаимодействия с пациентом и быть готовым к целостному восприятию больного.

В настоящий момент наблюдается проблема: практика требует от врача владения определенными личностными качествами и профессиональным инструментарием, что позволяет воспринимать пациента целостно, а на этапе освоения теории не хватает именно момента соединения различных направлений подготовки – как собственно медицинских, так и социального и психолого-педагогического характера. С этой целью в ПСПбГМУ им. И. П. Павлова был проведен анализ уровня подготовки обучающихся и предложена модель решения выявленной проблемы.

В ПСПбГМУ им. И. П. Павлова были проанализированы представления о больном у студентов 2 курса и у клинических ординаторов первого года различных специальностей (на начальном этапе обучения). Сопоставление полученных результатов выявило, что у значительной части обучающихся была недостаточно сформирована способность и готовность целостно воспринимать пациента и работать с ним. У студентов отсутствовало понимание, что у пациента может не проявлять стремления к комплаенсу (согласию с лечением и выполнению рекомендаций врача), в таком случае одна из первых педагогических задач врача – научиться его формировать. Также для всех студентов был характерен перенос своих проекций на пациентов. Первичная оценка знаний и навыков с помощью тезауруса, учебных дискуссий, ролевых игр установила: восприятие пациента у студентов 2 курса было примитивным, что ярко отражалось в понятии «идеальный пациент» и его достаточно упрощенном и идеалистичном содержании. Представления о картине мира пациента у студентов были тождественны представлениям об их собственной картине мира.

Анализ опыта обучения врачей-ординаторов показал, что их адаптивные профессиональные

ресурсы к моменту вступления в клиническую деятельность оказались недостаточно развитыми. Ситуация взаимодействия в сложном многосубъектном поле клинической работы значительную часть молодых врачей приводила к различной степени дезадаптации, в том числе к возникновению у ряда обучающихся феномена профессионального выгорания на раннем этапе вхождения в профессию. Для личности молодого врача это, по сути, связано с экзистенциальным кризисом, а для государства и общества как источников социального заказа – с неэффективностью его выполнения: на образование специалиста тратятся существенные ресурсы, однако специалист оказывается неготовым к работе и может уйти из профессии в самом начале трудовой деятельности.

Очевидно, что система подготовки будущего врача должна включать дополнительные педагогические ресурсы, повышающие адаптационный потенциал будущих врачей. Одним из результатов соответствующей педагогической работы является формирование некоего свойства, компонента клинического мышления, включающего набор представлений и личностных качеств, который должен подразумевать способность и готовность к целостному восприятию больного. Этот компонент клинического мышления должен помогать врачу в восприятии всего комплекса информации о больном, в том числе информации социально-психологического и психолого-педагогического характера.

При этом анализ ФГОС ВО не позволил выявить специальной компетенции, ориентированной на целостное восприятие пациента в ходе первичного контакта. Во ФГОС отражен значительный круг компетенций, предполагающих получение значимой для постановки диагноза и назначения лечения информации, а также подразумевающих способности к ее обработке и интерпретации, анализу собственной деятельности (ОК-1, ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6) [6]. Эти компетенции связаны с диагностикой, оценкой и планированием тактики взаимодействия с пациентом. Однако мы считаем, что необходимо формирование такого компонента клинического мышления врача, как «целостное восприятие пациента», и освоение соответствующей компетенции как результата обучения в медицинском вузе. Данный компонент клинического мышления включает способность к восприятию, переработке, анализу и синтезу всего комплекса информации, поступающей от пациента: не только медико-биологического, но и социально-личностного и психолого-педагогического характера.

С целью подготовки врача, способного ориентироваться в сложном потоке информации при взаимодействии с больным, формировать картину не только заболевания, но и личности пациента, в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова разработана концепция синдрома психо-сенсорно-анато-функциональной аутодезадаптации больного (ПСАФ) и соответствующая методика его диагностики. Использование такой диагностической методики позволяет врачу получить обширный пул клинической и социально-психологической информации от пациента. При использовании этой методики врач может получить информацию по нескольким кластерам, связанным с заболеванием: психологическому (всему спектру переживаний, связанных с болезнью), анатомическому (связанному с анатомическими изменениями в связи с заболеванием), сенсорному (включающему физиологические переживания – боль, жжение, зуд и т. д.), функциональному (подразумевающему сбой в работе определенных систем организма и их неправильное функционирование). Использование методики оценки ПСАФ-аутодезадаптации пациента помогает врачу увидеть внутреннюю картину заболевания глазами самого пациента и получать более глубокую информацию, необходимую для работы [5].

На наш взгляд, компонент клинического мышления врача «целостное восприятие пациента» должен быть отражен в стандартах обучения врачей в виде соответствующей компетенции. Компетенции, согласно И. А. Зимней, – «внутренние сокрытые потенциальные психологические новообразования: знания, представления, алгоритмы действий, системы ценностей и отношений, которые затем выявляются в компетентностях человека» [3, с. 24]. Таким образом, можно говорить о компетенции «способность и готовность к целостному восприятию пациента». В содержательном плане она включает комплекс теоретических представлений об особенностях пациента и кластерах его возможной аутодезадаптации (психологическом, сенсорном, анатомическом и функциональном), умение собирать, обрабатывать и интерпретировать соответствующую информацию, а также владение соответствующими навыками.

Модель подготовки исследуемого нами компонента в ходе обучения в вузе по каждому направлению подготовки (Стоматология, Лечебное дело, Педиатрия) должна учитывать его особенности. В данной статье обратимся к разработке модели формирования «целостного восприя-

тия пациента» и соответствующей компетенции на примере подготовки врачей-стоматологов.

Модель формирования компетенции «способность и готовность к целостному восприятию пациента» у врача-стоматолога подразумевает преемственность и включает систему дисциплин на втором и третьем курсе обучения, ориентированных на формирование у студентов представлений о сборе, анализе и интерпретации транслируемой пациентом информации (относимой к различным кластерам заболевания, в том числе психологическому), а также соответствующих умений и навыков. В аксиологическом плане она готовит студента к восприятию больного как личности во всей ее полноте, а не как «набора симптомов». Обучение по этой модели подразумевает использование активных методов, в том числе решение специальных ситуационных задач из клинической практики.

На втором курсе у студентов-стоматологов происходит изучение дисциплины «Системный и интегративный подход к целостному восприятию здоровья и болезни». В процессе обучения студенты учатся оценивать «я реальное» (исследуют свою тревогу, депрессию, локус контроля, копинг-стратегии) и «я идеальное» (рефлексия осуществляется в виде эссе), таким образом, происходит подготовка к встрече с картиной мира другого (других студентов, и в дальнейшем – пациентов). В процессе ролевых игр с приемом психодраматического метода, заданий, направленных на развитие рефлексии и эмпатии, также происходит более глубокое знакомство с картиной мира окружающих и формирование представлений о различии картин мира разных людей. По сути, на втором курсе реализуются социально-профессиональные пробы, предполагающие воспитание толерантности и умений, связанных с социальными и культурными нормами взаимодействия. Формирование умений и навыков оценки уровня ПСАФ аутодезадаптации пациента также направлено на становление компетенции «способность и готовность к целостному восприятию пациента».

В ходе пилотного внедрения курса удалось заложить основу восприятия пациента в совокупности его физического и психического состояния, а также готовность к целостному восприятию пациента с использованием понятия «синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации». Студенты смогли увидеть себя как личность и преодолеть первый уровень адаптации к профессии, уйти от школярской позиции.

Студенты третьего курса и старше вовлекаются в клиническое обучение. При изучении дисциплин «Стоматология» (модули хирургического профиля) и «Челюстно-лицевая хирургия» происходит активное решение клинических многоуровневых интегративных ситуационных задач, которые составлены на основе интервьюирования экспертов-практиков и анализа их опыта. Также эти задачи организуют самостоятельную деятельность студента в процессе освоения будущей профессии и формируют понимание, в какой конкретной ситуации реализовывать манипуляцию, технически отработанную на доклиническом этапе обучения. Многоуровневые задачи включают информационный, аналитический и мануальный блоки, последовательное продвижение по которым определяет эффективность деятельности студента в рамках предложенной клинической ситуации. Процесс решения усложняется самостоятельным выбором траектории движения по задаче и, как следствие, возможным отклонением от эталонного маршрута. Обучение дисциплинам «Стоматология» (модули хирургического профиля) и «Челюстно-лицевая хирургия» с помощью клинических многоуровневых интегративных ситуационных задач позволяет студентам реализовывать профессиональные пробы в ходе квазипрофессиональной деятельности: начиная от сбора анамнеза и заканчивая проведением определенных лечебных действий. Таким образом, студент продолжает учиться интегрировать разнообразные представления, полученные в ходе первого контакта с больным, в общую сложную карту и целостно воспринимать больного.

Следует отметить, что в рамках предложенной модели происходит формирование клинического мышления (базовой цели образования в течение всего обучения) и формируется такой его компонент, как «целостное восприятие пациента» (в единстве биопсихосоциальных особенностей).

Можно сделать вывод, что целостное восприятие пациента – значимый компонент клинического мышления специалиста, играющий особую роль в становлении диагностической компетентности врача. Однако он не представлен в полной мере в виде соответствующей компетенции во ФГОС ВО. Это позволяет говорить о необходимости введения соответствующей компетенции при разработке ФГОС ВО нового поколения. Модель формирования данного компонента клинического мышления и соответствующей компетенции у врачей-стоматологов включает систему дисциплин на втором и третьем курсе обучения, ориентированных на формирование готовности

воспринимать больного во всей полноте его личности (включая психолого-педагогическое измерение). Модель подразумевает применение социально-профессиональных и собственно профессиональных проб, активных методов, в том числе решения клинических многоуровневых интегративных ситуационных задач из клинической практики.

#### Библиографический список

1. Билибин, А. Ф. О клиническом мышлении [Текст] / А. Ф. Билибин, Г. И. Царегородцев. – М. : Медицина, 1973. – 168 с.
2. Большая Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%9C%D0%AB%D0%A8%D0%9B%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%95>
3. Зимняя, И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования [Текст] / И. А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 34–42.
4. Кузьминов, О. О. Формирование клинического мышления и современные инновационные образовательные технологии в образовании [Текст] / О. О. Кузьминов, Л. А. Пшеничных, Л. А. Крупенькина. – Белгород, 2012. – 110 с.
5. Соловьев, М. М. Использование синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах / М. М. Соловьев и др. ; под С. Ф. Багненко, А. И. Яременко, А. А. Скоромца. – СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2015. – 36 с.
6. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.fgosvo.ru](http://www.fgosvo.ru)
7. Царегородцев, Г. И. Диалектический материализм и теоретические основы медицины [Текст] / Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин. – М., 1986. – 288 с.
8. Юдин, С. С. Мысли о медицине [Текст] / С. С. Юдин. – М., 1968. – 120 с.
9. Ясько, Б. А. Клиническое мышление в структуре профессионального мышления врача [Текст] / Б. А. Ясько // Человек, общество, управление. – 2008. – № 4. – С. 82–91.

#### Bibliograficheskiy spisok

1. Bilibin, A. F. O klinicheskom myshlenii [Tekst] / A. F. Bilibin, G. I. Caregorodcev. – M. : Medicina, 1973. – 168 s.
2. Bol'shaja Medicinskaja jenciklopedija [Jelektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%9C%D0%AB%D0%A8%D0%9B%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%95>
3. Zimnjaja, I. A. Kljuचेvyе kompetencii – novaja paradigma rezul'tata obrazovaniya [Tekst] /

I. A. Zimnjaja // Vysshee obrazovanie segodnja. – 2003. – № 5. – С. 34–42.

4. Kuz'minov, O. O. Formirovanie klinicheskogo myshlenija i sovremennye innovacionnye obrazovatel'nye tehnologii v obrazovanii [Tekst] / O. O. Kuz'minov, L. A. Pshenichnyh, L. A. Krupen'kina. – Belgorod, 2012. – 110 s.

5. Solov'ev, M. M. Ispol'zovanie sindroma psiho-sensorno-anatomo-funkcional'noj dezadaptacii v lechebno-diagnosticheskom, uchebno-obrazovatel'nom i vospitatel'nom processah / M. M. Solov'ev i dr. pod S. F. Bagnenko, A. I. Jaremenko, A. A. Skoromca. – SPb. : Izdatel'stvo SPbGMU, 2015. – 36 s.

6. Federal'nyj gosudarstvennyj obrazovatel'nyj standart vysshego obrazovaniya (uroven' podgotovki kadrov vysshej kvalifikacii) [Jelektronnyj resurs] – rezhim dostupa: [www.fgosvo.ru](http://www.fgosvo.ru)

7. Caregorodcev, G. I. Dialekticheskij materializm i teoreticheskie osnovy mediciny [Tekst] / G. I. Caregorodcev, V. G. Erohin. – M., 1986. – 288 s.

8. Judin, S. S. Mysli o medicine [Tekst] / S. S. Judin. M., 1968. – 120 c.

9. Jas'ko, B. A. Klinicheskoe myshlenie v strukture professional'nogo myshlenija vracha [Tekst] / B. A. Jas'ko // Chelovek, obshhestvo, upravlenie. – 2008. – № 4. – С. 82–91.

#### Reference List

1. Bilibin A. F. On clinical thinking. – M. : Meditsyna, 1973. – 168 pages.
2. Big Medical encyclopedia [An electron resource]. – Access mode: <http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%9C%D0%AB%D0%A8%D0%9B%D0%95%D0%9D%D0%98%D0%95>
3. Zimnyaya I. A. Key competences – a new paradigm of education result // the Higher education today. – 2003. – № 5. – Page 34–42.
4. Kuzminov O. O. Formation of clinical thinking and modern innovative educational technologies in education. – Belgorod, 2012. – 110 pages.
5. Soloviov M. M. Use of a syndrome of psychosensorial-anatomic-functional disadaptation in medical and diagnostic, educational and up-bringing processes / M. M. Soloviov, etc. under S. F. Bagnenko, A. I. Yaremenko, A. A. Skoromtsa. – SPb. : Publishing House of SPbSMU, 2015. – 36 pages.
6. The federal state educational standard of the higher education (level of training of staff of the top skills) [An electron resource] –access mode: [www.fgosvo.ru](http://www.fgosvo.ru)
7. Tsaregorodtsev G. I. Dialectic materialism and theoretical fundamentals of medicine. – M., 1986. – 288 pages.
8. Yudin S. S. Thoughts on medicine. M., 1968. – 120 p.
9. Yasko B. A. Clinical thinking in the structure of the doctor's professional thinking // the Person, society, management. – 2008. – № 4. – Page 82–91.