

Чтобы хорошо лечить, надо постоянно пополнять свои знания – эта истина особенно хорошо известна опытным, высококвалифицированным врачам, к которым стремится попасть любой пациент. Не потому ли на III Московской научно-практической конференции по геронтологии и гериатрии, собравшей недавно в столице многочисленную аудиторию из разных регионов страны и зарубежья, не было таких выступающих, которые бы не затронули самый актуальный сегодня вопрос – о подготовке специалистов, занимающихся здоровьем старшего поколения. Эта проблема волнует как руководящие органы здравоохранения, так и докторов первичного звена. Своё видение данной проблемы наиболее интересно осветила на конференции профессор кафедры семейной медицины доктор медицинских наук Северо-Западного государственного медицинского университета Минздрава России Елена ФРОЛОВА. Сегодня она беседует с нашим корреспондентом.

Конечно, радости от работы, когда человек постоянно лежит, не двигается, у врача мало, но, когда у него появляется мотивация, налицо и результат.

Что касается программ обучения – нам пора перейти от овладения болезнями к овладению гериатрией, потому что до сих пор наши программы несут ориентированный на болезнь характер. И раз уж мы этим занимаемся, надо разрабатывать такие стандарты, которые будут

Какие бывают варианты у смешанного обучения? Во-первых, общение «лицом к лицу», когда материал преподносится преподавателем, а электронные ресурсы используются только для закрепления знаний. Во-вторых, когда ведущая роль отдаётся дистанционному онлайн-обучению, и только контрольные вопросы консультирует преподаватель. Гибкая модель позволяет часть программы преподавать как онлайн, а педагог выступает

правильного питания и др. Безусловно, обучение велось интенсивно. По результатам обратной связи (а вопросы мы задавали не на уровне «понравилось – не понравилось», а оценивали, насколько уверенно человек себя чувствует). Было усвоено 83% материала, это очень хороший результат, но среди наиболее интересных тем слушатели отметили разбор клинических случаев и домашние задания, видеоролики.

Приказано – ну и что?

– Елена Владимировна, в своём выступлении на конференции вы особо подчеркнули необходимость в ближайшее время подготовить в стране большое количество гериатров. Задача сложная, трудновыполнимая, учитывая, что преподавателей этой специальности в стране не так уж и много. Каково ваше видение решения этой проблемы?

– Почему мы сегодня так много говорим об обучении и обсуждаем эту проблему? Прежде всего потому, что нам действительно необходимо подготовить немало врачей, занимающихся здоровьем старшего поколения... Ведь для этого нельзя никак упростить обучение, надо, чтобы оно было эффективным. Но что означает эффективное обучение? В первую очередь то, что человек сам понимает свои образовательные потребности. Чтобы обучить тысячу гериатров или 10-15 тыс. врачей общей практики по гериатрии, нам надо понять, хотят ли они этого и что именно им необходимо знать, поскольку ранее мы этому не обучали, а значит неизвестно, будет ли в таком случае прок, польза от такого обучения на практике. Врачу предстоит овладеть новыми методиками, знаниями, что, конечно же, непросто.

Но прежде надо сказать о мотивации. При любом обучении должна присутствовать внутренняя потребность, связанная с необходимостью роста. Но пока не будут удовлетворены базисные нужды человека – наличие жилища, оплата его труда, – до тех пор у него не будет мотивации к саморазвитию, а значит, к самообучению. В связи с этим очень остро встаёт вопрос финансирования. Мы не знаем, захотят ли обучаться те врачи, которых мы решили сделать гериатрами, потому что если они при переходе что-то теряют, то обучаться они не захотят... Правда, руководители регионов могут принять волевое решение и всё же отправить врачей обучаться, тогда у нас будут формальные слушатели, но не мотивированные к повышению образования специалисты.

Прежде всего – человек

– Когда я вижу больного, немощного, старого человека, даже понимаю, почему врач говорит о пациенте более чем спокойно, даже равнодушно, как бы давая понять, что он у постели пациента только по долгу службы...

– Это ещё один больной вопрос. Я долго не могла понять, почему врачи не хотят идти в гериатрию. Молодые – это понятно, они далеки от представления о «старости», им это неинтересно, увы, таков закон жизни. Но вот сейчас, когда мы стали обучать врачей Ленинградской области гериатрии, как-то после окончания курса доктора нам приглянулись, что всё им понравилось, что занятия, лекции

Наши интервью

Проникать в мир пожилых

Кто и как научит этому гериатров?



были очень интересными, но зачем, спрашивали они, нам это надо? Сначала я их не поняла, а потом сообразила – ведь они все работают в психоневрологических интернатах, к ним поступают пациенты, которые практически в государственных учреждениях никакой динамики состояния не демонстрируют – поступает человек с когнитивными нарушениями и там просто лежит, лечить его как бы и незачем. Вот и в данном случае слушатели спрашивали меня, зачем нам эти «шкалы», «диаграммы», которые вы нам даёте, что мы с ними будем делать, отдайте это врачам амбулаторной помощи. Конечно, и им мы это тоже отдадим и научим их работать, но почему доктора, работающие в учреждениях долговременного наблюдения, этого не понимают? А потому, что у нас в прошлой, той прежней нашей гериатрии, о которой хотелось бы забыть, лежат в стационарах, медицинских учреждениях старые больные люди без минимального внимания к человеку. Это прискорбный факт, и хочется, чтобы мы начали работать в другой гериатрии, в которой мы можем видеть динамику лечения больного.

Не так давно я посетила одного своего пациента, который ещё две недели назад лежал с открытым ртом, весь в пролежнях, с закрытыми глазами, ничего не понимая. А сейчас, когда я к нему подошла, он уже говорил, мог делать 15-20 шагов. Вот и получается, что доктор, которая его вела, видит результат своего труда, значит вложенные силы не прошли даром. Врач несомненно должен получать удовлетворение от своей работы, и подобные ситуации – тому подтверждение.

учить врача совершенно иным ориентирам – не на болезнь, а на проблемы пожилого возраста. В программе обучения должны быть записаны, например, проблемы боли, профилактики и другие, более зримые, эффективные.

Наши проекты

– Какие методы сегодня можно применять, предложить их для обучения?

– Вот, например, дистанционное обучение, вызванное развитием электронных технологий. Все успокоились, что, мол, вот больше ничего и не надо, все будут сидеть перед компьютерами, изучать предмет и «всё прекрасно». Но это оказалось вовсе не так, для обучающихся всё равно нужно живое общение с профессором, преподавателем, им нужно обсуждать сложные вопросы, необходимы понимание, взаимодействие с товарищами в группе, навыки общения, такой важный фактор, как социализация – всё это пока никто не отменял.

Очень бурно сегодня развивается концепция смешанного обучения. Это комбинация традиционного и электронного методов. Очное и электронное методы обучения развивают знания, но электронное – ускоряет процесс получения знаний. Теоретики и практики педагогики считают, что это будущее любого образования. Уже издано американское руководство, и с 2009 г. более 45 тыс. американских школьников и студентов колледжей работают, обучаются по этим новым технологиям. Это будет основным видом получения знаний везде.

в качестве координатора и отслеживает только самые сложные вопросы, обсуждает их в группе на занятиях вместе со всеми или индивидуально. Смешанное обучение имеет огромное преимущество. Во-первых, это гибкость образовательного процесса, когда понятно, что можно приспособить любые темы под такую смешанную программу. Во-вторых, это открытость обучения, поскольку, когда вы сдаёте компьютерный тест, компьютер обмануть невозможно. При открытом обучении большинство учеников видят, что оно приводит к получению знаний, что они могут сравнить себя с другими, всё это повышает у студентов мотивацию к их освоению.

Опыт смешанного обучения у нас уже есть. Это наш проект «Ежегодная весенняя школа практической гериатрии». Первая часть его называлась «Мир пожилых», она посвящена комплексной гериатрической оценке пациента. Этот курс работает уже второй год, на нём обучились 110 человек, по анкетам «обратной связи» все обучающиеся высказывают только положительные оценки, и что интересно для меня как педагога что из всех модулей, а у нас их представлено 7, самые большие проблемы в овладении материалом возникают при изучении таких тем, как оценка неврологического статуса и психоэмоциональные проблемы. Оценка эмоциональных проблем представляет наибольшую сложность для наших учеников.

Наша школа разделена на три стадии: первой – был курс, по итогам которого были отобраны 20 человек с лучшими оценками, во время обучения каждый участник изучил 7 модулей, прослушал 7 лекций, просмотрел все видеоконсультации пожилого человека, 9 видеофильмов, сдал тесты и выполнил 9 письменных заданий. Большинство в итоге отмечают, что эффективность такого обучения по прослушанным лекциям в том, что ты можешь к ним вернуться несколько раз, выбрать те моменты, которые тебе интересны, пройти повторно тест, если ты его не запомнил, и многое другое. Критериями отбора были тесты, которые фиксировал компьютер, и ответы на вопросы, которые предлагались. Надо сказать, что кто-то проходил курс интенсивно – всего за несколько дней они продолжали обучение дальше.

Затем мы провели Международный семинар по важным проблемам гериатрии. Всего в семинаре участвовали 32 человека, темы, которые мы обсуждали, были очень разнообразны – старение, эпидемия седых волос, изменения походки, вопросы

Мотивация – главное

– На любой гериатрической конференции встаёт вопрос об особенностях лечения больных старшего поколения.

– Действительно, как осматривать пожилого человека? Как установить с ним контакт? Оказалось, что многие наши слушатели не умеют это делать. Откуда идёт эта сложность? Несомненно, от базисного образования. Такой подготовке наших докторов пока уделяется мало внимания, кроме того, у них возникают трудности при определении психоэмоционального статуса больного. Наши доктора привыкли всё лечить таблетками, а их без побочных эффектов не бывает. Врачи остались как бы без инструмента, но есть ещё навыки консультирования, общения, которые помогают разобраться в психоэмоциональном состоянии пожилого больного. Мы не привыкли использовать немедикаментозные средства, изучать их, у нас принято правило: не назначил таблетку – значит плохо пролечил.

В проекте Школы практической гериатрии мы использовали ещё и такой этап обучения, когда каждому участнику было сделано своё портфолио, аккаунт на сайте школы. Те, кто больше всего провёл обучающих семинаров, адресованных коллегам, проявил себя как успешного преподавателя, стал «форпостом» новой гериатрии, получили право участвовать в следующем семинаре 2017 г.

Меня волнует проблема «угасания мотивации» после обучения. Доктора разъезжаются по своим регионам, городам, а там у них помимо работы есть дом, семья, дети, и понятно, что всё «доброе, высокое», усвоенное во время обучения, забывается, оттесняется на задний план повседневными проблемами, высокой рабочей нагрузкой. Как поддерживать эту мотивацию – здесь, прямо скажу, нужны поиски. Ежегодная школа практической гериатрии – нужное, полезное мероприятие, смешанное обучение позволяет преодолеть такие проблемы, как недоступность образования, привлечение лидеров отрасли к дистанционному обучению. У врачей первичного звена, наших гериатров есть огромная потребность в знаниях, в профессиональном общении, которого им очень недостаёт. Наша задача – помочь им обрести полезный опыт, стать образованными докторами, дать возможность работать на новом, современном уровне, который соответствует запросам XXI века.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.