

Pismo uredništvu/Letter to the editor

ALTERNATIVNE OBLIKE IZOBRAŽEVANJA SPECIALIZANTOV GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA – MOŽNOST IZBIRE?

ALTERNATIVE EDUCATION IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RESIDENCY – IS THERE A CHOICE?

Lili Steblovnik

Klinični oddelek Perinatologija, Ginekološka klinika, Klinični center, Šljajmerjeva 3, 1525 Ljubljana

Ključne besede: specializacija; izobraževanje; programi za poučevanje; ginekologija in porodništvo

Key words: residency; education; teaching programs; obstetrics and gynecology

Izvilleček – Izhodišča. Specializacija iz ginekologije in porodništva v Sloveniji poteka po novem programu, ki ne vključuje izbirnih vsebin. Raziskavo o učinkovitosti programa pri nas nimamo. Zaradi potrebe po kakovostnem izobraževanju so v prispevku prikazane izkušnje z nekaterimi alternativnimi programi izobraževanja, objavljene v literaturi v zadnjih petih letih.

Abstract – Background. There is a new obstetrics and gynecology residency program in Slovenia, which does not include elective training. Efficacy evaluation of this program was not done. In this article we present experiences with some alternative forms of training, based on a review of a literature from the last five years.

Uvod

Specializacija iz ginekologije in porodništva v Sloveniji poteka po novem programu. Kakšne so prednosti in pomanjkljivosti novega programa, se bo izkazalo v naslednjih letih. Najopaznejša je sprememba dolžine programa. Teoretično gre za predlagani minimalen čas kroženja z možnostjo podaljšanja glede na individualne potrebe specializanta. Vendar delodajalci spodbujajo čim prejšnji zaključek specializacije. Potrebno je opraviti predpisano število posegov in obvladati teorijo. Pridobivanje poglobljenega znanja s posameznih področij pa poteka po specializantovi lastni izbiri in presoji. Reprezentativnih raziskav o učinkovitosti specializacije iz ginekologije in porodništva v Sloveniji ni. S pregledom objavljene literature iz tujine je možno prikazati nekatere učinkovite dodatne oziroma drugačne načine izobraževanja med specializacijo iz ginekologije in porodništva.

Metode

Pregled objavljene literature v preteklih petih letih, ki je citirana v zbirki Medline.

Rezultati

Učenje kirurških tehnik oziroma tehnik, ki zahtevajo ročno spretnost, vedno predstavlja izziv. Posega se je potrebno naučiti brez ogrožanja zdravja bolnikov. Zato v tujini posege sprva vadijo na simulatorjih. Ti so lahko elektronski ali mehanski. Potrdili so učinkovitost učenja amniocenteze na simulatorju. S tem so krivuljo učenja premaknili iz bolnikov v laboratorij (1). Šele ko specializant obvlada delo na simulatorju, lahko izvede poseg na človeku. Kakovostni simulatorji raz-

mer na pravem bolniku omogočajo lažji prehod na delo z bolnikom.

Da bi omogočili ustrezno učenje endoskopskih tehnik, so v programe specializacije vnesli delavnice iz endoskopske kirurgije. Znanje in spretnosti specializant na vsakoletnem tečaju nadgradi. Učenje poteka na mehanskih ali kombiniranih modelih (»pelvitrainerjih«) in simulatorjih, tudi na živalih (2–5). Specializant na modelu vadi nujno potrebno koordinacijo gibov ter izvedbo posega. Omenjajo pa tudi uspešnost vadbe laparoskopije na svežih truplih, s poudarkom na učenju anatomije (6).

Dvome v kakovost rekonstruktivnega operiranja specializantov z začetniškimi izkušnjami so ovrgli s primerjanjem izidov zdravljenja specialistov z izidi zdravljenja, ki so jih pod nadzorom specialista operirali specializanti. V spodbudo specializantom in njihovim mentorjem so ugotovili edino pomembno razliko pri operaciji prolapsa roditelj, in sicer daljši čas trajanja operacije pri operaterju specializantu. Izguba krvi, urološki zapleti, trajanje hospitalizacije se niso razlikovali (7).

Tudi v Ameriki so glavni izvajalci umetnih prekinitev nosečnosti (UPN) v prvem trimesečju in delno v drugem specializanti. V 90. letih so opazovali upad izobraževalnih programov za izvedbo UPN, kar vodi v večjo obolevnost predvsem mladih, sicer zdravih žensk. Zato so uvedli predpis o obveznem učenju UPN med specializacijo, razen v primeru moralno-etičnih zadržkov. Učenje poteka v operacijskih prostorih (8). K obveznemu delu specializacije spada tudi oskrba poškodb porodne poti. Učinkovitost in način učenja oskrbe poškodb porodne poti so ugotavljali v raziskavi o specializantih v zadnjih štirih mesecih specializacije. Ugotovili so, da 60% specializantov ni bilo didaktično poučenih o tehnikah šivanja epiziotomije in ni imelo pouka o anatomiji medeničnega dna. Samo v 30% so bili pri šivanju poškodbe presredka tretje stopnje nadzorovani. 7% jih je zašilo več kot 20 poškodb četrte

stopnje in 40% več kot 20 poškodb tretje stopnje. Kljub temu se 10% specializantov ob koncu specializacije čuti pomanjkljivo izobraženih za oskrbo poškodb porodne poti (9). Pri oskrbi poškodb porodne poti ali drugih ginekoloških operacijah je zelo pomembno znanje anatomije medeničnega dna in organov. Znanje, pridobljeno med študijem medicine, je pomanjkljivo, zato ima svoje mesto v specializaciji tudi pouk anatomije. Kot alternativo so uporabili učenje s pomočjo modeliranja gline, ki se je izkazalo za bolj učinkovito od klasičnega predavanja (10). Znanje anatomije so nadgrajevali tudi laparoskopsko na svežih truplih (6).

Pomemben del izobraževanja je tudi razpravljanje o bolnicah oz. zanimivih primerih. V randomizirani kontrolirani raziskavi so primerjali t. i. učenje ob bolniški postelji, ko razpravljanje o primeru poteka ob bolnici na seminarski način. Ugotovili so, da je predstavitev primerov ob bolniški postelji učinkovit način izobraževanja specializantov, ki ugaja tudi bolnicam. Bolnice so imele občutek, da se zdravniki bolj poglobljeno in več časa ukvarjajo z njimi. Manj izobražene bolnice je motilo izražanje s strokovnimi izrazi, ki jih niso razumele (11). Kot alternativno obliko izobraževanja med specializacijo lahko štejemo tudi poučevanje študentov medicine. Specialisti menijo, da lahko sami študente bolje naučijo. Strinjajo se, da bi morali biti poučevanje študentov medicine sestavni del specializacije. Na ta način specializant pridobi komunikacijske spretnosti, spretnosti poučevanja ter samopreverja znanje. Specializantom naj bi zato omogočili tudi dodatno izobraževanje o poučevanju (12).

Tudi v ginekologiji in porodništvu se srečujemo z bolniki, ki jim moramo sporočiti slabo novico (stanje, prognozo). Preizkušena je bila delavnica na to temo. Potekala je v obliki pogovora z bolniki, ki so jim sporočili slabo novico. Vključeni bolniki z izkušnjami so bili pripravljeni ponovno sodelovati (13). Pomanjkljivo prepoznavanje depresivnih motenj in pomanjkanje samozavesti pri skrbi za depresivne bolnice je vodilo k izoblikovanju kratkega programa za specializante (14).

Stresu pa so podvrženi tudi specializanti ginekologije in porodništva (15). Obvladovanja stresa bi se lahko naučili v delavnici na to temo. Predlagajo celo, da bi jo vključili v program specializacije (16).

V Ameriki ponuja izbirne vsebine 50% specializantskih programov. Večinoma gre za programe, ki trajajo štiri tedne, specializanti pa najraje izberejo kirurške vsebine (17).

Razpravljanje

Raziskav o učinkovitosti specializacije iz ginekologije in porodništva v Sloveniji nimamo. Imamo nov program, ki ne vključuje izbirnih vsebin. Samo izobraževanje je zelo fleksibilno, predvsem zaradi nedefiniranosti. Specializanti se trudimo pridobiti zahtevano število posegov. Podobni programi, kot jih opisujejo objavljene raziskave, pri nas potekajo v obliki delavnic ali tečajev (npr. endoskopski tečaj, kolposkopski tečaj, tečaj fetalne in embrionalne anatomije, ultrazvočni tečaji in podobno), ki pa jih je potrebno posebej plačati in si zanje največkrat vzeti dopust.

Uporaba tehnoloških pripomočkov pri urjenju kirurških spretnosti je pri nas bolj izjema kot pravilo. Pridobivanje spretnosti sprva z asistencami in opazovanjem, nato pa s počasnim prehodom na delo pod nadzorom specialista, je vsekakor bolj zanimivo kot začetniško vežbanje na modelih. Hkrati pa je bolj obremenjujoče za specialiste, ki na »živih« modelih učijo osnov in trepetajo ob nekoordiniranih gibih začetnikov. Tudi napredek specializantov je počasnejši. Zahtevano število zahtevnejših posegov je težko izpolniti. Objavljene izkušnje iz

tujine nas spodbujajo k iskanju novih možnosti za dodatno izobraževanje. Potrebno pa bi bilo v čas specializacije zajeti tudi izbirne vsebine.

Glede na omejene možnosti izbire in alternative pri specializaciji iz ginekologije in porodništva pri nas menim, da se naučimo največ, če z mentorjem razvijemo korekten in ploden odnos mojster – vajenec in pridobljeno znanje sproti nadgrajujemo z dodatnimi programi in izbirnimi vsebinami, ki jih opravimo v drugem okolju (drug izobraževalni center, tujina).

Zaradi želje specializantov po aktivnem sodelovanju pri izobraževanju, sem skušala prikazati nekaj v tujini preizkušenih alternativnih programov, ki omogočajo poglobljeno in širše znanje.

Zaključki

Specializanti sami se zavedamo, kako pomembno je kakovostno izobraževanje v času specializacije iz ginekologije in porodništva. Od mentorjev bi se radi naučili čim več. Osnovni program specializacije zajema le grob oris poteka izobraževanja. Imeti bi morali več dodatnih programov za poglobljanje znanja s posameznih področij. Delavnice in seminarji za poglobljanje znanja iz ginekologije in porodništva, ki v Sloveniji že potekajo in so namenjene tudi specialistom, bi morale biti za specializante dostopne in deloma obvezne.

Literatura

1. Pittini R, Oepkes D, Macrury K, Reznick R, Beyene J, Windrim R. Teaching invasive perinatal procedures: assessment of a high fidelity simulator-based curriculum. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 19: 478–83.
2. Sammarco MJ, Youngblood JP. A resident teaching program in operative endoscopy. *Grad Edu* 1998; 81: 463–5.
3. Coleman RL, Muller CY. Effects of laboratory-based skills curriculum on laparoscopic proficiency: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 836–42.
4. Anne-Claire J, Denis Q, Patrick D et al. S.P.I.C. pedagogical simulator for gynecologic laparoscopy. *Stud Health Technol Inform* 2000; 70: 139–45.
5. Goff BA, Lentz GM, Lee DM, Mandel LS. Formal teaching of surgical skills in an obstetris-gynecologic residency. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 785–90.
6. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG. Effectiveness of laparoscopic cadaveric dissection in enhancing resident comprehension of pelvic anatomy. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 492–7.
7. Coates KW, Kuehl TJ, Bachofen CG, Shull BL. Analysis of surgical complications and patient outcomes in a residency training program. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1380–3.
8. Almeling R, Tews L, Dudley S. Abortion training in U.S. obstetrics and gynecology residency programs, 1998. *Family Planning Perspectives* 2000; 32: 268–71.
9. McLennan MT, Melick CF, Clancy SL, Artal R. Episiotomy and perineal repair. An evaluation of resident education and experience. *J Reprod Med* 2002; 47: 1025–30.
10. Myers DL, Arya LA, Verma A, Polseno DL, Buchanan EM. Pelvic anatomy for obstetrics and gynecology residents: an experimental study using clay models. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 321–4.
11. Lehman LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Engl J Med* 1997; 336: 1150–6.
12. Busari JO, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP, Essed GG. The perceptions of attending doctors of the role of residents as teachers of undergraduate clinical students. *Med Educ* 2003; 37: 241–7.
13. Romm J. Breaking bad news in obstetrics and gynecology: educational conference for resident physicians. *Arch Women Ment Health* 2002; 5: 177–9.
14. Learman LA, Gerrity MS, Field DR, van Blaricom A, Romm J, Choe J. Effects of a depression education program on residents' knowledge, attitudes and clinical skills. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 167–74.
15. Schneider KM, Monga M, Kerrigan AJ. Stress in residency: reality or myth? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 907–9.
16. Rheume CI, D'Amboise A, Mailloux JR. Workshop on mental preparation and stress management: experience of residents finishing in obstetrics and gynecology. *J Obstet Gynecol Can* 2002; 24: 426–9.
17. Huppert JS, Hillard PJ. Electives in obstetric/gynecology residencies. Evidence of flexibility. *J Reprod Med* 2002; 47: 1011–5.