

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО, УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ «ТЕЛЕ-МЕНТОР» ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К ОСКЭ

Косцова Н.Г., Тигай Ж.Г., Шек Д.Л., Ахуба Л.Г., Адильханов А.В.

Центр симуляционного обучения Медицинского института Российского Университета Дружбы Народов, Москва

Актуальность

Введение процедуры аккредитации является одним из направлений измененной существующей модели медицинского образования. Важным этапом проведения процедуры первичной аккредитации является оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях, то есть проверка автоматизма выполнения практического навыка в определенной последовательности за определенный промежуток времени при встрече с определенной клинической ситуацией. В текущем учебном году на станции «Неотложная помощь» аккредитуемый должен был продемонстрировать навык - внутривенная инъекция - как общемедицинскую манипуляцию, которая выполняется врачом в условиях отсутствия среднего медицинского персонала, в рамках оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Ярким примером симулятора, позволяющего сочетать рутинное пошаговое обучение и педагогический контроль, является система Теле-ментор – интерактивная система полуавтоматического контроля качества выполнения манипуляций с предустановленными сценариями, инновационная отечественная разработка при участии ГБОУ ВПО Первого МГМУ им И.М.Сеченова. Данная система имеет несколько режимов работы, задействованы фантомы различных частей тела человека, необходимые инструменты, расходные материалы, планшет для регистрации параметров выполнения, но самыми значимыми моментами являются режим самообучения в соответствии с единичными требованиями к выполнению процедуры и объективная оценка уровня подготовки.

Материалы и методы

Целью нашего исследования было оценить уровень практической подготовки у студентов навыка «внутривенная инъекция» с использованием системы «Теле-ментор» по сравнению с обычным симулятором.

В исследование включено 220 (n=220) студентов 6 курса медицинского института, отрабатывающие мануальный навык «внутривенная инъекция» в рамках подготовки ко второму этапу аккредитации, в последующем студенты были разделены на две группы: группа 1 (G1, n=110) – отрабатывала данный навык с использованием системы «Теле-ментор», группа 2 (G2, n=110) отрабатывала данный навык с использованием тренажеров для обучения венопункции и внутривенной катетеризации LT00290 (Великобритания). Компетенция студентов оценивалась по стандартизированному чек – листу (выложенному в фонде оценочных средств на сайте Федерального методического центра аккредитации). Статистический анализ проводили с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0. Данные представлены в виде M+SD, где M – среднее значение, SD – стандартное отклонение среднего значения. Для сравнения частот признаков и качественных переменных использовали критерий хи-квadrat (*2). Результаты считали достоверно значимыми при значениях двустороннего (p<0,05).

Результаты

Все студенты (100%) успешно завершили испытание, не было выявлено значимой разницы во времени выполнения данной манипуляции между группами 1 и 2 (8,35±1,88 и 9,46±2,68 минут, p>0,05, соответственно).

Однако в группе 1 выявлено достоверно значимое уменьшение количества неправильно выполненных пунктов чек - листа, 50% против 72% в группе 1 и 2 соответственно ($\chi^2 = 19,82$, p<0,001), а такие пункты как «подготовка рабочего места», «подготовка стерильного лотка» были правильно выполнены только в группе 1.

Выводы

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности использования тренажеров для отработки навыка внутривенная инъекция, студенты обеих группах успешно завершили испытание, но при этом наиболее эффективной оказалась система «Теле-ментор», а с учетом освобождения преподавателя от рутинной работы и возможности вовлечения его в те тренинги, где педагог незаменим, система «Теле-ментор» представляется наиболее перспективной.

ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СТАЖЕМ РАБОТЫ

Павлова Р.А., Марийко В.А., Потапов В.Л., Соковикова Н.И. Отдел симуляционного медицинского обучения учебного Центра послеузовского профессионального образования врачей Тульской области, Тула

Актуальность

В период реформирования системы здравоохранения неизбежны ротации и изменение специализаций средних медработников. Смена места работы требует медицинской переподготовки. В процессе обучения применяются различные варианты от традиционных лекционно-аудиторных занятий до интерактивных ролевых игр с использованием смоделированных пациентов и групповых занятий на тренажерах и роботах-симуляторах высокой степени реалистичности, с обязательным учетом принципов андрагогики. Цель исследования: выяснить какой из компонентов обучения наилучшим образом стимулирует внутренние потребности курсантов для улучшения качества лечения больных.

Материалы и методы

На базе ОСМО УЦППВ ТО прошли обучение 60 курсантов, планирующих сменить профессиональную ориентацию. Рабочий стаж составлял от 10 до 40 лет, в среднем – 25 лет. Компонент цикловой подготовки «Принципы доврачебной помощи при критических состояниях» выполняли в форме имитационных ролевых игр с использованием самих курсантов в качестве смоделируемых пациентов. В процессе обучения, курсантов распределяли на команды по 5 человек. В каждой команде одного из курсантов назначали «ведущим специалистом», т.е. он имитировал специалиста, на глазах которого внезапно разыгрывался сценарий одной из четырех критических ситуаций. Интегрированный урок заканчивался, когда все члены команды выполняли все 5 ступеней имитаций. Оценку эффективности работы на каждом этапе проводили по 10-балльной шкале с применением оценочной системы OSATS (Objective Structured Assessment of Practical Skill) – объективная структурированная оценка практических навыков) в собственное модификации с последующим расчетом коэффициента обучаемости по шкале COU (степень обученности учащихся) для каждой команды. По окончании цикла проводили анонимное анкетирование на предмет выявления этапа обучения, произведшего наиболее эмоциональное впечатление на курсанта и способствовавшего лучшему запоминанию клинической ситуации

Результаты

Расчитанный по шкале СОУ коэффициент обученности по данной теме составил в среднем 65,6%, что признается репродуктивным уровнем (закрепленные способы применения знаний в практической деятельности). 98% курсантов отметили, что необходимость самим выполнять имитацию определенного критического состояния, вызвала наибольшее чувственное впечатление и стимулировала желание наиболее эффективно оказывать медицинскую помощь.

Обсуждение

Медицинские сотрудники с большим стажем работы, независимо от вида профессиональной деятельности, в прошлом, неизбежно встречались с пациентами, находящимися в критическом состоянии. Однако, «находясь по другую сторону ситуации», в большинстве своем, не ощущали эмоциональных переживаний страдающего пациента, воспринимали необходимость и порядок оказания неотложной помощи формально.

Включение курсантов в процесс симуляции критической ситуации, при соответствующей эмоциональной подаче, позволило внезапно чувственно ощутить переживания несчастного человека, усилило конкретику и мотивацию экстренной помощи и вызвало хороший «эффект погружения в ситуацию» с длительным эффектом последующего запоминания.

Выводы

Таким образом, включение в циклы переподготовки интегрированных уроков в виде имитационных игр с привлечением самих обучающихся в качестве симулируемых пациентов, является эффективным способом повышения мотивации обучения взрослого контингента. Результаты достигаются включением каждого обучающегося в процесс симуляции критического состояния, что позволяет чувственно ощутить состояние страдающего пациента т.е. сопереживать, и активизировать проявление стимулов для улучшения качества лечения больных.

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ. ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Лашина Г.В.

ГАУ ДПО Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации», Уфа

Актуальность

Введение обязательности прохождения процедуры первичной специализированной аккредитации медицинскими специалистами положительно скажется на качестве оказания медицинской помощи, учитывая, что допуск к профессиональной деятельности получают только те аккредитуемые, которые успешно пройдут все этапы аккредитации.

Материалы и методы

С 1-го полугодия 2017г. на базе Центра симуляционного и дистанционного обучения ГАУ ДПО Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации» (Центр) проводится пилотный проект по проведению процедуры первичной специализированной аккредитации средних медицинских специалистов (Проект). Объектами исследования являлись слушатели, прошедшие обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки (ДПП ПП) по специальности «Анестезиология и реаниматология» в количестве 48 человек и допущенные к аккредитации с предварительным инструктажем.

На подготовительном этапе Проекта рабочей группой Центра, после адаптации ДПП ПП «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии» объемом на 432

ак.ч., согласно Проекта Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела (медицинская сестра)» (подготовлен Минтрудом России 20.12.2016) созданы методический материал, в т.ч. банк контрольно-оценочных средств, Паспорта станций, учетно-отчетная документация. Была проведена огромная работа по оснащению пяти станций, созданию инструкций для участников процедуры аккредитации, техническому обеспечению (установка оснащения для проведения трансляции 3-х этапов в онлайн режиме, запись и архивирование видео и аудиозаписей). На сайте Центра (www.oscmed.ru) в разделе «Первичная специализированная аккредитация» были загружены алгоритмы, ситуационные задачи для индивидуальной подготовки слушателей.

В день проведения 1 этапа аккредитации - тестирования, аккредитуемым выдавались индивидуальные номера, действительные весь период процедуры аккредитации специалиста. Для каждого аккредитуемого компьютерной программой из базы оценочных средств Центра автоматически формировался индивидуальный набор тестовых заданий в количестве 60 шт.

2-й этап аккредитации-оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях проводился согласно логистике: маршрут-карусель; количество цепочек – одна, пять наблюдаемых станций: 1 станция «Экстренная медицинская помощь», 2 станция «Проведение профилактических мероприятий», 3 станция «Технология медицинских услуг», 4 станция «Организационная деятельность специалиста», 5 станция «Коммуникативные навыки». С целью наблюдения запланированного времени на выполнение навыка на станции (10 мин.) и поэтапного перемещения аккредитуемого, согласно карте индивидуального маршрута, экзаменационный процесс сопровождался голосовыми сигналами. Оценка правильности и последовательности выполнения действий практических заданий аккредитуемым осуществлялась членами АК с помощью оценочных листов на бумажных носителях. Для оценки коммуникативных навыков был привлечен обученный симулированный пациент, который также имел возможность оценить действия аккредитуемого согласно разработанного чек-листа.

На 3 этапе аккредитации индивидуальные варианты из трех ситуационных задач определялись путем случайного выбора экзаменационного билета самим аккредитуемым. Решение ситуационных задач оценивалось членами АК в составе трех человек одновременно путем заслушивания и определения правильности ответов аккредитуемого на 5 вопросов, содержащихся в каждой из трех ситуационных задач.

Результаты

1. 1 этап аккредитации: Допущено - 48 аккредитуемых. Из 48 человек сдали с первой попытки - 43 (89,6%); не сдали - 5 (10,4%); сдали со второй попытки - 3 (6,2%), не сдали - 2 (4,0%); сдали с третьей попытки - 2 (100%).

2. 2 этап аккредитации: Допущено - 48 аккредитуемых. Сдали с первой попытки - 45 (93,8%), не сдали - 3 (6,2%). Сдано со второй попытки - 3 (100%).

3. 3 этап аккредитации: Допущено - 48 аккредитуемых. Сдали с первой попытки - 45 (93,8%), не сдали - 3 (6,2%). Сдали со второй попытки - 1 (33,3%).

4. По результатам 3-х этапов аккредитации: Допущено к аккредитации - 48 (100%) аккредитуемых. Всего прошли аккредитацию - 46 (95,8%) аккредитуемых.

5. Основные показатели внутренней надежности 2 этапа аккредитации:

5.1. Итоговый балл по пяти станциям 78,24.

5.2. α Кронбаха характеризует экзамен приемлемым значением 0,852.

5.3. Уровень сложности станции: 1 станция - 80,3%, 2 станция-81,2%, 3 станция-77%, 4 станция-75,2%, 5 стан-

ция-78,3%. В нашем случае самой сложной была станция 4, а самой простой — станция 2.

5.4. Индекс дискриминации: 1 станция – 0,65, 2 станция – 0,37, 3 станция – 0,66, 4 станция – 0,46, 5 станция – 0,5. Таким образом, индекс дискриминации положительный на всех станциях, т.е. говорит о целесообразности станций.

Обсуждение

Создание и усовершенствование единого банка методического обеспечения и материально-технического оснащения станций на основе ДПП ПП необходимо для организации и проведения первичной специализированной аккредитации специалистов с целью эффективной оценки компетентности среднего медицинского персонала.

Выводы

1. Первичная специализированная аккредитация позволяет определить уровень компетентности специалиста, адаптации его к профессиональной деятельности;
2. Адекватно организованные станции с разгруппировкой навыков/умений специалиста, органично сочетающиеся в одной станции повышают валидность и надежность экзамена;
3. Мотивация слушателей к индивидуальной подготовке по разработанным алгоритмам, ситуационным задачам повышают процент успешной сдачи аккредитации.

ОШИБКИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бахтина И.С., Гардеробова Л.В., Баландина И.Н., Калинина С.А. ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский центр последипломного образования работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием ФМБА России», Санкт-Петербург

Актуальность

Симуляционное обучение предполагает создание определенной поведенческой модели, применимой в клинических ситуациях. Такая модель должна включать комплекс профессиональных компетенций, необходимых специалистам в реальных условиях. Профессиональные компетенции по специальности «Сестринское дело» определены Федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело». Каждой медицинской манипуляции соответствует определенный набор общих и специальных профессиональных компетенций. На первоначальном этапе овладения определенной медицинской технологией формируется отдельно взятая компетенция и конкретный производственный навык (например, внутримышечная инъекция, обеспечение сосудистого доступа, гигиеническая обработка рук и т. д.). На наш взгляд, оценка правильности единственной рабочей операции изолированно от полного комплекса профессиональных действий в определенной ситуации, применима только на начальном этапе обучения. В дальнейшем, при выполнении кейсовых заданий, обучающийся должен освоить определенный алгоритм рабочих операций, обеспечивающих комплексное выполнение необходимых манипуляций и реализацию нескольких профессиональных компетенций. Например, при обучении базовой сердечно-легочной реанимации контролируются не только правильность выполнения компрессий и ИВЛ, но и обеспечение безопасности, выполнение первичного осмотра, вызов скорой медицинской помощи. В противном случае в результате симуляционного обучения закрепляется ошибочный алгоритм действий, что повышает вероятность дефектов качества медицинской помощи. В условиях симуляционного экзамена требуется комплексная оценка реализации всех необходимых профессиональных компетенций. Серьезной методологической ошибкой мы считаем изолированную оценку отдельного навыка при выполне-

нии кейсового задания, сопровождающуюся допущением грубых нарушений алгоритма выполнения сопутствующих действий. Экзаменатором не должны игнорироваться такие сопутствующие действия как, правильность гигиенической обработки рук («руки условно помыты»), достижение терапевтического контакта, получение добровольного информированного согласия. Симуляционное обучение, фиксированное на выполнении изолированных задач, обеспечивает лишь фрагментарное освоение профессиональных компетенций. Подобные ошибки известны в клинической практике, когда в ходе реабилитации послеинсультных пациентов вырабатывались отдельные навыки и элементы двигательных актов. В результате пациент, имея достаточные локомоторные возможности, продолжал испытывать трудности с самоуходом и бытовым обслуживанием, так как сформированные навыки не обеспечивали решения задач, возникающих перед человеком в реальной жизни. Соответственно, при обучении медицинского персонала симуляционным методом и оценке достигнутых результатов, акцент должен ставиться на полноценном выполнении алгоритмов действий, позволяющих решать клинические задачи, максимально приближенные к действительности.

Материалы и методы

Нами проводилось обучение группы медицинских сестер (100 единиц наблюдения – основная группа) с использованием комплексного подхода, ориентированного на формирование нескольких взаимосвязанных компетенций в рамках одной манипуляции. Контрольная группа обучающихся медицинских сестер проходила симуляционное обучение, направленное на формирование конкретного технологического навыка. В завершение цикла обучения проводился экзамен кейсовым методом в соответствии со специально разработанной экспертной картой. Выполнен анализ экспертных карт оценки профессиональных компетенций по теме «Внутримышечное введение лекарственных средств». Слушатели-эксперты и преподаватель-эксперт следили за процессом выполнения клинической ситуации, оценивали действия специалистов и вносили в экспертную карту баллы, соответствующие действиям специалистов. После завершения задания все набранные баллы суммировались.

Результаты

В основной группе доля ошибок, связанных с выполнением инъекции, составила 22 %, что на 2% больше, чем в контрольной группе. 15% обучающихся в основной группе и 45% - контрольной группы допустили ошибки, связанные с обеспечением инфекционной безопасности. Слушатели недостаточно осведомлены о показаниях к гигиенической обработке рук. До контакта с пациентом не выполняют эту манипуляцию 5% (основная) и 15% (контрольная) обучающихся; выполняют со значительными нарушениями технологии соответственно 7% и 20%. 3% респондентов в основной группе и 10% - в контрольной не обрабатывают руки после контакта с оборудованием. Значительную долю в структуре допущенных ошибок в контрольной группе имеют коммуникационные ошибки (35%), тогда как в основной группе этот показатель меньше почти в два раза (17%). Особые трудности возникали с достижением терапевтического контакта со сложным пациентом.

Обсуждение

Таким образом, в процессе симуляционного обучения и проведения экзамена необходимо учитывать правильность освоения всех профессиональных компетенций, с учетом условий выполнения сестринского вмешательства, максимально приближенных к реальным. С целью формирования и последующей оценки коммуникативной компетенции в кейсы, наряду с выполнением инвазивных манипуляций, следует включать контакт с симулированным пациентом. Следует помнить, что именно при подготовке к экзамену обучающийся прикладывает особые усилия к

отработке действий исключительно в соответствии с требованиями экзаменаторов, поэтому при игнорировании сопутствующих действий прочно фиксируется ошибочный алгоритм - фактически слушатель не готов действовать правильно в реальной обстановке.

Выводы

Цена методологической ошибки весьма высока, а отсутствие стратегического понимания результатов симуляционного обучения может привести к непоправимым медицинским ошибкам. Напротив, эффективное использование симуляционных методов обучения позволяет заложить фундамент системной подготовки специалистов, гарантирующий качество медицинской помощи и качество жизни пациентов.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО».

Репин И.Г., Овчаренко В.Н.
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

Актуальность

Обучение специалистов со средним медицинским образованием на курсах повышения квалификации требует не только проведения лекционного курса, но и отработки практических мануальных навыков. Для этой цели необходимы тренажеры и виртуальные симуляторы. Однако количество симуляционной аппаратуры в учреждениях среднего профессионального образования до настоящего времени остается незначительным. В связи с этим новые возможности открываются при обучении таких специалистов на базах высших учебных заведений и учреждений дополнительного профессионального образования. При этом имеется возможность использовать в процессе обучения хорошо оснащенные симуляционные центры.

Материалы и методы

За минувший год в ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации проводилось обучение специалистов со средним медицинским образованием по специальности «сестринское дело». При обучении использовались возможности Медицинского аттестационно-симуляционного центра академии. При проведении занятий проводились тренинги по выполнению внутривенных инфузий с использованием муляжа LF111 с сосудами, заполненными искусственной кровью. При этом использовались различные типы инфузوماتов, отрабатывалась постановка периферических венозных катетеров. Навыки выполнения сердечно-легочной реанимации отрабатывались на тренажерах СЛР (взрослом и детском) с контролем положения рук, глубины компрессии при непрямом массаже сердца, объема дыхательных движений. Восстановление проходимости дыхательных путей выполнялось с использованием мешка Амбу, различных ларингеальных масок. Наличие в симуляционном центре различных тренажеров позволяет проводить отработку различных практических навыков. В ходе занятий отрабатывались навыки постановки мочевого катетера, назогастрального и желудочного зонда, отрабатывались навыки наложения различных повязок, смены специальных устройств для ухода за колостомиями.

Результаты

За прошедший год проведено обучение 281 специалиста со средним медицинским образованием по специальности «сестринское дело». Использование симуляционных технологий в процессе обучения позволяет отработать и усовершенствовать практические навыки. После прохождения такого обучения слушатели достаточно уверенно себя чувствовали во время контроля практических навыков в ходе аттестации специалистов.

Обсуждение

Использование симуляционных центров ВУЗов для обучения специалистов со средним медицинским образованием представляется достаточно перспективным. Создать аналогичные центры, оснащенные дорогостоящим высокотехнологичным симуляционным оборудованием, на базе учреждений среднего профессионального образования представляется возможным. Возможность привлечения для проведения занятий преподавателей высшей школы также повышает уровень обучения. Кроме того в таком симуляционном центре возможны совместные занятия по отработке коммуникативных навыков во врачебно-сестринских бригадах.

Выводы

1. Широкое использование симуляционных технологий в ходе повышения квалификации по специальности сестринское дело значительно повышает уровень знаний и практических навыков обучающихся.
2. Считаем целесообразным использование для обучения таких специалистов симуляционные центры учреждений ВПО и ДПО.
3. Именно в таких центрах целесообразно проводить совместное обучение врачебно-сестринских бригад.
4. На базе аттестационно-симуляционных центров следует также проводить аттестацию специалистов со средним медицинским образованием

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ СЕСТРИНСКИМ НАВЫКАМ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА РУДН: ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ ПОДХОДОВ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопетик В.С., Доготарь О.А., Луспаронян Г.А., Джопуа И.Д., Тания Р.В.

Центр симуляционного обучения Медицинского института Российского университета дружбы народов, Москва

Актуальность

Внедрение симуляционного обучения позволяет сделать современное медицинское образование более эффективным. В настоящее время при подготовке студентов медицинских вузов к производственной практике уже не встает вопрос о необходимости использования симуляционных технологий. Тем не менее, до сих пор обсуждается, как оптимизировать процесс обучения, чтобы повысить эффективность освоения и обеспечить длительное сохранение приобретенных навыков.

Материалы и методы

Целью данной работы было оценить эффективность обучения сестринским навыкам с использованием симуляционных технологий студентов младших курсов, обучающихся по специальности «лечебное дело». 94 студента 2-го курса Медицинского института РУДН составили группу наблюдения. Исследование включало следующие этапы: 1 - входной контроль базовых сестринских навыков (катетеризация мочевого пузыря у мужчин (КМ), катетеризация мочевого пузыря у женщин (КЖ), промывание желудка тонким зондом (ПЖ), постановка очистительной клизмы (Кл)); 2 – пошаговый разбор, демонстрация и отработка практических навыков на симуляторах для ухода за больными (студенты были разделены на 3 группы с разным количеством обучающихся и повторов отработки навыков (1, 2, 3 раза)), 3 - итоговый контроль практических навыков. Эффективность обучения оценивалась по шкале оценки практических навыков (max – 100 баллов) во время итогового испытания. Через 7 месяцев повторно проводился итоговый контроль (без предварительного тренинга). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0.

Результаты

В ходе исследования было выявлено достоверное улучшение освоения вышеуказанных навыков ($p=0,001$): средний балл в общей группе наблюдения на входном контроле составил – 33,4; итоговом контроле – 90,2. Результаты итогового контроля в общей группе были сопоставимо успешны независимо от сдаваемого навыка: средние баллы при КМ – 98, КЖ – 86, ПЖ – 91, Кл – 89. Не выявлено достоверных отличий по результатам итогового контроля в группах в зависимости от количества повторов ($r=0,02$, $p=0,8$) и количества обучающихся в подгруппе ($r=0,1$, $p=0,1$): I группа ($n=40$, 1 повтор, подгруппы по 5-7 чел.) - 92,6 баллов, II группа ($n=29$, 2 повтора, подгруппы по 3 чел.) - 89,4 балла, III группа ($n=25$, 3 повтора, подгруппы по 4 чел.) – 91 балл.

Повторный итоговый контроль спустя 7 месяцев показал эффективность проводимого обучения: средний балл в общей группе ($n=94$) составил 75,6. Данная тенденция сохранялась во всех группах: I группа - 79,2 балла, II группа - 70,7 баллов, III группа - 75,5 баллов. По результатам итогового контроля через 7 месяцев выявлены статистически значимые различия в группах в зависимости от сдаваемого навыка ($p=0,001$): показатели успеваемости самые высокие по КМ (81,3 балла), самые низкие – по КЖ (70,4 балла).

Выводы

Работа в малых группах (по 3-7 человек) при использовании симуляционных технологий способствует успешному овладению (включая отдаленный период – 7 мес.) и одинаково эффективна при малом количестве (1-3) повторов при отработывании сестринских навыков.

ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРИМЕНЕНИЮ ФОС ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ НА ЭТАПАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ

Макарова М.В., Пластинина Н.Б., Асулмарданова Л.И., Якимова Н.В.

БУДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», Ижевск, Удмуртия

Актуальность

Разнородность контингента, краткосрочность обучения, отсутствие профессиональных стандартов создают трудности в подборе компетенций для освоения и оценивания. Педагогический коллектив БУДПО УР «РЦПК МЗ УР» решает проблему обеспечения надежности в оценке уровня сформированности компетенций специалиста на этапах освоения ДПП и итоговой аттестации, а также компетентности при проведении сертификационного экзамена с помощью дифференцированного подхода в применении ФОС с учетом формы обучения (профессиональная переподготовка, повышение квалификации, профессиональное обучение). Разработка оценочных средств осуществляется по методическим рекомендациям, разработанным методическим центром аккредитации ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.

Материалы и методы

Разработана методика векторного дифференцирования в создании и применении ФОС, векторами которой являются виды медицинских навыков. Требования к уровню владения определяется квалификационными требованиями по специальности, видами профессиональной деятельности по должности в специальности. Для внедрения данной методики разработаны: реестр ДПП, реестр алгоритмов ухода и медицинских процедур по видам медицинских навыков с оценочными листами; паспорт ФОС ДПП; макеты для разработки матриц профессиональных компетенций. Нами разработана программа исследо-

вания результативности внедрения дифференцированного подхода к оцениванию отдельных компетенций и общей компетентности. При анализе отзывов слушателей мы учитывали: место и стаж работы; отношение к освоению и оцениванию компетенций, не связанных с профессиональной деятельностью; уровень удовлетворенности соответствием форм и методов контроля к осваиваемым навыкам на занятиях; отношение к обязательной оценке навыков оказания первой помощи; а также рассматривали предложения по совершенствованию образовательного процесса, процедуры контроля.

Результаты

Результаты применения дифференцированного подхода в подборе компетенций и в оценивании уровня сформированности компетентности подчеркивают значимость наличия реестра компетенций, реестра медицинских навыков, их распределение по видам деятельности и квалификационным требованиям. Это важно для создания кодификатора и спецификации, которые используются при формировании матриц компетенций и общей компетентности. Исследование показало, что для обеспечения надежности контроля освоения ДПП дифференцированный подход необходимо использовать при всех видах контроля, т.к. это позволяет решить проблему разнородности контингента по специальности, учесть их возрастные и личностные особенности. Внедрение векторной методики в контроль освоения ДПП ПП позволяет решить проблему обучения слушателей, имеющих большой перерыв в стаже медицинской деятельности.

Основная часть респондентов считает, что необходимо оценивать компетенции в соответствии с функциональными обязанностями занимаемой должности. Все анкетированные указали практическую значимость освоения и оценки навыков по оказанию первой помощи. Незначительная доля слушателей отметила, что часть оцениваемых навыков не осваивались на практических занятиях. К сожалению, среди слушателей присутствует низкий процент тех, кто считает необходимым освоение смежных компетенций. Медицинский персонал стал задумываться о смене специальности, должности, например: переход со специальности сестринское дело на специальность сестринское дело в педиатрии.

Обсуждение

Интерес к дальнейшему совершенствованию дифференцированного подхода к оцениванию компетентности вызван и запросами практического здравоохранения, и нашим стремлением быть конкурентоспособными на рынке образовательных услуг. Для работодателей в период интенсификации профессиональной деятельности и подготовки к процедуре аккредитации актуальным является наличие персонала, владеющего смежными компетенциями. Потребности слушателей и работодателей не совпадают. Задачей учреждения, реализующего образовательную деятельность, является помощь практическому здравоохранению и удовлетворение образовательных потребностей слушателей.

Выводы

Дифференцированный подход к подбору компетенций, выносимых на все виды контроля, включая итоговую аттестацию и сертификационный экзамен, обеспечивает достижение планируемых результатов обучения, реализацию компетентно-ориентированных принципов на всех этапах последипломной подготовки, повышает удовлетворенность слушателей в образовательных услугах. Данный подход позволяет также систематически проводить анализ и коррекцию образовательного процесса, его программного и учебно-методического обеспечения.