

ский инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек) заболеваний. Своевременная и правильная диагностика артериальной гипертензии крайне важна для как можно более раннего подбора необходимого лечения и улучшения прогноза пациента, качества и продолжительности жизни. К тому же измерение артериального давления является наиболее распространенной медицинской манипуляцией.

Цель

Целью нашего исследования была оценка остаточных знаний студентов в отношении навыков неинвазивной методики измерения артериального давления.

Материалы и методы

В нашем исследовании приняли участие 148 студентов выпускного курса Медицинского Института РУДН, проходивших обучение на базе Аккредитационно-симуляционного Центра в 2017–2018 учебном году в рамках подготовки к первичной аккредитации. В первом семестре студенты знакомились с порядком прохождения аккредитации и особенностями выполнения навыков по чек-листам, разработанным на базе РОСОМЕда и сдавали зачет. Навык измерения артериального давления подробно и пошагово представлен в паспорте станции «Диспансеризация». Затем во втором семестре в рамках цикла подготовки к аккредитации были оценены остаточные знания студентов. Студенты не были заранее предупреждены о том, что будет проводиться контроль, однако, во время занятий им предлагалось добровольно принять участие в исследовании; оценки за выполнение навыков не выставлялись.

За основу последовательности действий был взят чек-лист экзаменационной станции «Диспансеризация», однако, эта станция включает оценку нескольких объемных навыков (гигиеническая обработка рук медицинского персонала, общий осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация легких и сердца и т. д.). Поэтому, специально для нашего исследования, мы выделили из чек-листа станции только порядок действий, выполняемый при измерении артериального давления. Студентам была дана вводная, что пациента они видят впервые, таким образом, необходимо было выполнить приветствие и самопрезентацию, а также завершающие действия (уборка оборудования, заключительное общение с пациентом).

Выполненный навык оценивался в 1 балл, не выполненный — 0 баллов, таким образом, каждый студент имел возможность набрать максимально 50 баллов.

Для подготовки студентов и оценки навыков применялся корейский тренажер для измерения артериального давления с беспроводным контролем BT-CEAB2 (Южная Корея).

Результаты

Ни один из студентов не выполнил всего спектра навыков. Количество выполненных навыков составило от 15 (30%) до 49 (98%). В среднем было выполнено 33 пункта чек-листа (66%). Тем не менее, 74% студентов ($n = 109$) выполнило более 50% требуемых навыков, что относительно неплохо, учитывая, что исследо-

вание проводилось без дополнительной подготовки. По нашим данным практически единственный пункт, выполненный всеми студентами (99%, $n = 146$) — это приветствие, с чем сравнима только самопрезентация — 92% ($n = 136$) и выяснение личных данных пациента (фамилии, имени и отчества) — чуть более 80% ($n = 118$). Выполняемость остальных пунктов чек-листа колебалась от 39% ($n = 57$) — это «повторное измерение АД на другой руке» до 87% ($n = 129$) — «найти место пульсации лучевой артерии». Таким образом, среднее значение выполняемости составило 67% ($n = 99$).

Обсуждение

К наиболее распространенными ошибками при измерении артериального давления, относятся неверный подбор размера манжеты тонометра, или и вовсе отсутствие какого-либо подбора, ошибки аускультации, разговор во время манипуляции [DDD]. Измерение диаметра плеча пациента и подбор манжеты осуществил только 61% испытуемых ($n = 91$), что не может считаться удовлетворительным. К ошибкам аускультации могут приводить неверное расположение мембраны фонендоскопа, слишком резкое снижение давления в манжете тонометра; по нашим данным лишь 49% студентов ($n = 73$) не помещали головку стетоскопа под манжету, с рекомендуемой скоростью снижали давление в манжете лишь 60% испытуемых ($n = 89$).

Выводы

Таким образом, выживаемость знаний относительно методики измерения артериального давления в течение полугода после детального разбора и прохождения зачетного занятия, остается не вполне удовлетворительной, что свидетельствует о необходимости проведения дополнительных тренингов как на симуляторах, так и в условиях, более приближенных к реальным, возможно, с участием симулированных пациентов.

СИМУЛЯЦИЯ ПРИ ОЦЕНИВАНИИ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ В АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ: ПОДХОДЫ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ

Дьяченко Е. В.

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Аннотация DOI 10.46594/2687-0037_2020_3_1207
Реализация станции «Коммуникация» на практико-ориентированном этапе аккредитации медицинских специалистов с позиций организации и научно-методической проработки оценивания навыков общения со стандартизированным пациентом в симулированных условиях практико-ориентированного этапа аккредитации медицинских специалистов.

Simulation in assessing patient communication skills in accreditation of medical specialists: approaches, problems, solutions

Dyachenko E. V.

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

Summary

Implementation of the “Communication” station at the practice-oriented stage of accreditation of medical specialists from the standpoint of the organization and scientific and methodological study of the assessment of communication skills with a standardized patient in simulated conditions of the practice-oriented stage of accreditation of medical specialists.

Цель

Обозначить научно-методические и организационные подходы к оцениванию навыков общения с пациентом в симулированных условиях на практико-ориентированном этапе аккредитации медицинских специалистов, проблемы в реализации станции «Коммуникация», направления решений

Материалы и методы

Обозначаемые вопросы:

1. Что необходимо сделать, чтобы оценить навыки процесса общения врача с пациентом на практико-ориентированном этапе аккредитации медицинских специалистов?
2. Какие есть проблемы при оценивании навыков общения в симулированных условиях?

Результаты

Опыт организации станции «Коммуникация» в аккредитации медицинских специалистов, начиная с 2018 г., позволил сформулировать следующие позиции.

1. На этапе оценки навыков в симулированных условиях необходимо организовать и обеспечить два процесса:

- во-первых, организовать симуляцию фрагмента медицинской консультации с привлечением стандартизированного пациента (в соответствии с трудовыми действиями профессионального стандарта).
- во-вторых, обеспечить наблюдение за отдельными компонентами процесса и содержания общения (в соответствии с паспортом станции и оценочными средствами — клиническая часть задачи, сценарий стандартизированного пациента, оценочные листы).

Межуниверситетской рабочей группой [ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России], созданной Методическим центром аккредитации, разработаны подходы:

- к организации и обеспечению станции «Коммуникация» (Как организовать станцию? Как подготовить СП? Как организовать и обеспечить работу эксперта?);
 - к научно-методическому обеспечению оценивания навыков общения (Какие оценочные средства? Какая у них доказательная база? Как проходит их апробация и согласование с экспертами профильных медицинских научно-исследовательских центров?).
2. Минимум две ключевые проблемы в части оценивания коммуникативных действий врача, т. е. предмета оценки, реализованного в чек-листе:
- во-первых, отсутствие качественных отечественных исследований в области навыков общения отечественных врачей и, как следствие, отсутствие отечественных клинических рекомендаций/руководств

в области эффективных коммуникативных навыков врача как инструментов реализации профессиональных задач/трудовых функций (сбор жалоб, разъяснение и т. д.);

- во-вторых, отсутствие отечественных клинических рекомендаций/руководств требует объемной и репрезентативной психометрической работы по кросс-культурной оценке валидности зарубежных моделей клинического общения.

Выбор навыков процесса общения с пациентом, как предмета оценивания на станции «Коммуникация», опирался на позиции:

- убедительная доказательная база эффективности коммуникативного действия (навыка) для решения конкретной профессиональной задачи врача: например, сбор жалоб и анамнеза и/или разъяснение информации пациенту;
- доступность коммуникативного действия непосредственному наблюдению;
- согласованность мнений экспертов в отношении однозначности понимания и различения навыка в поведении аккредитуемого (в терминологии Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации).

Опыт организационно-методической работы и анализ результатов успешности прохождения коммуникативной станции аккредитуемыми показал ряд проблем. Во-первых, подготовка аккредитуемых к прохождению станции:

- отсутствие типовой программы обучения навыкам общения с пациентом (при наличии в отдельных организациях подобного обучающего модуля наблюдается отсутствие стандарта в реализации его содержания).

Во-вторых, подготовка стандартизированных пациентов как компонента оценочного средства.

- отсутствие официальных нормативных документов, регламентирующих работу лиц, исполняющих роль СП в ОСКЭ!
- обеспечение валидности работы СП на экзамене (стандарта поведения при предъявлении клинической ситуации):
- идентификация лица, исполняющего роль СП на станции (подмена лиц, привлечение несертифицированных и необученных лиц);
- трудности удержания стандарта поведения СП (жалобы, история болезни и т. д.) при многократной реализации сценария в течение рабочего дня;
- ежегодное выбывание лиц, из реестра обученных СП (до 47% в 2019 г., 24% в 2020 г.).
- на тренинг для освоения программы «СП в аккредитации медицинских специалистов» организациями, реализующими аккредитацию, направляются лица, не «подходящие для работы на данной станции»: студенты/ординаторы или преподаватели, ведущие подготовку аккредитуемых к ОСКЭ и не прошедшие обучение по курсу навыка общения с пациентом, административные работники.

В-третьих, подготовка экспертов для работы на станции оценки навыков общения.

- эксперты (члены аккредитационных подкомиссий), не прошедшие обучающий вебинар по методике оценки навыков общения, допускают существен-

ные и критические для аккредитуемого ошибки при работе с чек-листом (например, при работе с обратными (инвертированными) и взаимоисключающими дескрипторами чек-листа).

Выводы

Доказательно обоснованными направлениями решения могут выступить:

- проведение масштабных научных исследований в области навыков общения в повседневной врачебной практике в России (Какие актуальные проблемы есть у российских врачей при общении с пациентами? Какие навыки общения являются инструментами принятия клинических решений в условиях отечественных стандартов и порядков оказания медицинской помощи? Какие навыки важно формировать и оценивать? Какие есть возможности и ограничения в формировании навыков в симулированных условиях? Как готовить симулированных пациентов для целей обучения? Могут ли валидно симулировать фрагменты консультации «коммуникативные роботы»? и т. д.);
- поиск эффективных образовательных и оценочных практик, их интеграция в учебные дисциплины по клинической медицине в основные и дополнительные образовательные программы подготовки медицинских специалистов;
- создание многопрофильного научно-образовательного центра в области симуляционного обучения и оценивания специалистов здравоохранения (аналог AMEE-Russia).

ДИНАМИКА ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ ОСОБЕННОСТЯМ ИВЛ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (COVID-19) НА СИМУЛЯТОРЕ TESTCHEST

Логвинов Ю. И., Карпова Е. В.

Медицинский Симуляционный Центр Боткинской больницы, г. Москва, Российская Федерация

Аннотация DOI 10.46594/2687-0037_2020_3_1216

В статье представлены результаты, достигнутые в процессе проведенного исследования при обучении врачей-анестезиологов-реаниматологов по дополнительной программе повышения квалификации «Особенности ИВЛ у пациентов с вирусной пневмонией (COVID-19)» во время пандемии COVID-19.

Dynamics of training of doctors-anesthesiologists-resuscitators of the features of artificial lung ventilation in patients with viral pneumonia (covid-19) on the Test Chest simulator

Logvinov Yu. I., Karpova E. V.

Medical Simulation Center of Botkin Hospital, Moscow, Russian Federation

Summary

The article presents the results achieved in the course of the study during the training of anesthesiologists and resuscitators on the additional advanced training program “Features of mechanical ventilation in patients with viral pneumonia (COVID-19)” during the COVID-19 pandemic.

Актуальность

Лечение пациентов, находящихся в критическом состоянии, особенно с вирусной пневмонией, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, очень важно, поскольку проблемы управления и контроля жизненно важных функций, частично или полностью, решаются врачом.

Поэтому мониторинг должен обеспечивать непрерывную регистрацию установленных показателей, представление их в числовых или графических формах в реальном времени и динамике, первичную интерпретацию полученных данных. Естественно, что квалифицированная работа аппаратурой требует не только определенных «пользовательских» навыков, но и знание принципов возможных источников ошибок, ограничений и т. д.

Цель

Целью проведенного исследования является повышение уровня знаний, умений и навыков врачей-анестезиологов-реаниматологов по определенной тематике в максимально короткие сроки.

Материалы и методы

В настоящее время требования к профессиональной деятельности врачей-анестезиологов-реаниматологов неизмеримо возросло. Для создания системы высокой надежности в деятельности врача важно не только постоянно повышать уровень теоретических знаний, но и научить его правильно и безопасно выполнять технически сложные действия строго в соответствии с протоколами лечения.

При профессиональной подготовке врачей необходимо учитывать и психологические аспекты деятельности анестезиологов-реаниматологов, так как специалист постоянно рискует столкнуться с незапланированной ситуацией.

Одним из качественно новых подходов к подготовке врачей-анестезиологов-реаниматологов в профессиональной деятельности в сложившихся условиях является обучение особенностям проведения ИВЛ у пациентов с вирусной инфекцией (COVID-19).

Важнейшим преимуществом обучения является освоение практических навыков без нанесения физического и психологического вреда пациенту, а также объективная оценка качества профессиональной подготовки каждым специалистом.

Перед началом обучения всем специалистам врачам-анестезиологам-реаниматологам выдавались оценочные средства входного тестирования с целью исходного уровня знаний по развитию острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) у пациентов с вирусной инфекцией (COVID-19).

После обучения так же всем специалистам врачам-анестезиологам-реаниматологам выдавались те же оценочные средства, что и перед началом обучения, с целью итогового уровня знаний по данной тематике. Проводилось подробное обсуждение клинической ситуации, каждый специалист осуществлял анализ своих действий. Итогом являлось обсуждение проблем клинической практики, выявление и коррекция слабых сторон практической подготовки.