

на препаратах более, чем в 2 раза сокращалось количество испытуемых, нарушавших технологию анестезии.

Во второй группе при использовании тренажера наблюдалось большее число неудач при первичном выполнении метода обезболивания, чем в 1 группе, что можно объяснить большей приближенностью рабочего поля к полости рта. Наличие визуально-аудиального обратного ответа при целевом введении позволяет повысить точность и снизить количество локационных ошибок.

В третьей группе отмечено отсутствие врачей, не справившихся с выполнением методики обезболивания во второй попытке и показана необходимость комбинированного обучения, которая включает в себя отработку навыков на как на простых тренажерах, так и на более приближенных к реальным условиям.

Вывод: доказана необходимость комбинированного подхода в изучении основ местного обезболивания в стоматологии, где использование симулятора является заключительным, но не доминирующим этапом.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РОЛЕВЫХ ИГР

Батыров Т.У. Астана, Казахстан

Учреждение: АО «Медицинский университет Астана»

Актуальность: При традиционном обучении студентов и молодых специалистов до настоящего времени выявляются недостатки: неспособность применить в практической деятельности полученные знания, формальность этих знаний, недостаточная сформированность клинического мышления, неумение строить общение с пациентами и коллегами. По данным литературы усваивается только 10% учебного материала изложенного вслух.

Цель: Анализ результатов использования ситуационных задач и дидактических ролевых игр в преподавании студентам раздела стоматологии хирургической «Комбинированные поражения челюстно-лицевой области».

Задачи: Провести сравнительный анализ выживаемости знания при различных (пассивных и активных) методах обучения.

Предмет и объект исследования: текущая успеваемость с определением коэффициента долгосрочной выживаемости (КДВ) знаний у 55 студентов 5 курса стоматологического факультета, из числа которых 27 обучались с использованием активных методов обучения (основная группа) и 28 с использованием традиционного (пассивного) метода (группа сравнения). Определение КДВ знаний осуществлялось путем тестирования через шесть месяцев после проведения зачетного итогового занятия.

Результаты и обсуждения: Суть деловой игры-моделирование деятельности врача на основе создания различных ситуаций и групповое управление, в процессе которого вырабатывается последовательность решения искусственно созданных условиях, максимально приближенной к комбинированному поражению раненого в боевых действиях.

Метод разыгрывания ролей, предусматривает реализацию сценария, определения ролей каждого участника (см. ниже). Специфической особенностью ролевой игры являются:

- различие целей участников при общей главной цели спасти раненого; -динамизм обстановки; -повторяемость шагов; -сложное сочетание вариантов мероприятий;-сжатие временных масштабов; -регламентация взаимодействия участников определенными правилами, базирующих на реальных условиях профессиональной деятельности; -оценка эффективности решений в соответствии с заранее выработанными критериями.

Процесс создания ролевой игры включает 3 этапа:

1. Выбор объекта у нас - диагностический, лечебный, организационно-тактический направления при оказании неотложной помощи комбинированным раненым в че-

люстно-лицевую область.

2. Разработка сценария игры, которая предусматривает: - формирования состава участников с четким предписанием функции каждого и их взаимодействия; - определенная последовательность этапов (шагов), реализуемых в процессе игры; - определение объема и содержания деятельности каждого участника, применяемых методов решения задач, технических средств; - получение, отработка и выдача результатов работы, оформление их в виде предусмотренных документов (мед карта, выписка истории болезни и т.п.); - установление регламента игры на каждом этапе дифференцированно; - учет и анализ проведенной игры.

3. Методические рекомендации проведения ролевой игры сформулированы общие и конкретные цели игры, а также программа базисных знаний студента для участия в такой игре. Мы для этих целей заранее даем на дом задание проработать специальные ситуационные задачи с ответами, схожими к разыгрываемой деловой игре.

Исходная ситуация ролевой игры – ситуационная задача, которого озвучивает условно раненный-студент.

В процессе ведения игры на всех 5 этапах (шагах) проводится анализ, самоанализ и оценка.

- 1- Этап: Само и взаимопомощь на поле взрыва атомной бомбы. 2- Этап: Доврачебная помощь на уровне медсанинструктора. 3- Этап: Первая врачебная помощь в медицинском пункте полка (МПП). 4- Этап: Квалифицированная хирургическая помощь медицинском санитарном батальоне (МедСБ) или в отдельном медицинском отряде (ОМО). 5- Этап: Специализированная медицинская помощь в специализированном полевом нейрохирургическом госпитале (СПНХГ).

После окончания игры проводится общий анализ работы групп с привлечением самих студентов в качестве «оппонента» и сравнения результатов работы с эталоном. В процессе проведения ролевых игр каждая группа состоит из 1-3 студентов, ответы которых оценивает арбитр (студент) или преподаватель. При этом очень важно правильная своевременная достаточная медицинская помощь, без задержки «продвижение» условно раненого на следующий этап.

В процессе игры студенты могут в малых группах совещаться и спорить или же с разрешения арбитра привлекать студентов из другой малой группы. При конечной оценке все это учитывается в баллах, быстрые правильные решения вопроса ситуации поощряется, и наоборот - задержка и неправильные решения снижает общий балл малой группы.

Проведя сравнительный анализ выживаемости знания определением коэффициент долгосрочной выживаемости (КДВ) знаний путем тестирования через шесть месяцев после проведения зачетного итогового занятия отметили в основной группе тенденцию к более высоким результатам по сравнению с группой сравнения, и составили $0,55 \pm 0,1$ и $0,48 \pm 0,1$ соответственно ($0,01 > p > 0,05$).

Было принято считать положительным тестирование при КДВ $\geq 0,50$. Среди тестируемых студентов с заданием справилось, то есть прошли тестирование с результатом коэффициента долгосрочной выживаемости знаний $0,50$ и более, – 52%. При этом в основной группе, среди студентов успешно прошедших тестирование, среднее значение КДВ знаний было достоверно выше, чем в группе сравнения, и составило $0,65 \pm 0,1$ и $0,55 \pm 0,1$ соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: Использование ситуационно-ролевых игр на практических занятиях позволило повысить интерес студентов к изучению предмета и текущую успеваемость на практических занятиях, имела место более высокой выживаемости знаний. Проведение ситуационно-ролевых игр позволило оценить уровень знания студентами учебного материала, умение применять данные основных и дополнительных методов исследования в диагностике, способствовало лучшему усвоению теоретического материала, развитию клинического мышления студента, на базе освоенных им умений и знаний улучшил процесс обучения.