

ты в первичном звене, как средний - 56% . По мнению большинства опрошенных (61%), требования экзамена не сложные, но требуют более основательной подготовки и не просто в дополнительное время, а ввести это как занятия основного расписания. При анализе видео с реанимационных станций есть основания полагать, что примерно половина выпускников прилежно выучили алгоритмы, но не понимали, зачем они выполняют те или иные действия. Об этом же свидетельствуют и отдельные высказывания участников аккредитации 2017 в публикациях в сети интернет, а также дополнительные комментарии респондентов о театрализованных постановках. Другая половина позволила себе не запоминать последовательность и названия используемых предметов. Было видно, что аккредитуемые не понимают значения оснащения экстренной укладки, не понимают, зачем нужна именно такая последовательность, то есть механизм и причины заболевания/состояния. Также были и те, кто действительно показал хорошие результаты, подготовку и клиническое мышление. О полезности демонстрации одинакового набора навыков в одинаковых условиях поддержано 50% опрошенных, 45 % не согласны с ними. В дополнительных комментариях присутствуют сомнения о равенности условий и сожаления о том, что если бы условия действительно были равными, это было замечательно. Поступило предложение о замене перечня навыков на более повседневные с демонстрацией не манекенах, а на пациентах.

Есть отзывы, что внедрение реанимационных станций ничего не дало, так как есть не адекватное современному законодательству мнение, по которому обязанность проводить реанимацию есть только у врачей реаниматологов. Но большинство считают, что это один из самых важных навыков, которым должен владеть профессионал в любой области медицины.

Обсуждение

Высказывания респондентов о том, что всё-равно все делали по-разному, а результат один и тот же - «все сдали» можно объяснить тем, что внешнее благополучное завершение аккредитационного экзамена при наличии внутренних проблем крайне необходимо на первоначальном этапе. Успешное прохождение испытания при субъективно и объективно недостаточном уровне подготовки обусловлено рядом факторов: и малым количеством заданий (вариантов), позволяющим зазубрить действия без понимания; и укрупненными чек-листами; и дополнительной лояльностью внешней комиссии, большинству представителей которой требовалась более глубокая подготовка, которая должна найти отражение в портфолио системы непрерывного профессионального образования. Большая часть негативных высказываний респондентов можно объяснить непониманием первоначального и переходного этапа. Требование предоставить пациентов для демонстрации своего уровня подготовленности возможно только тем, где-то симуляционное обучение не нашло своего пользователя. Пожелание о формате экзамена в виде свободного собеседования с экспертами не соответствует представлениям об объективности и практико-ориентированности этого этапа. Также необходимо констатировать, что у большинства участников существует представление, что чек-лист это алгоритм. Требований строго следовать чек-листу нет, а все, почему-то вместо демонстрации своего поведения в подобной ситуации, демонстрируют следование пунктам... Пункты нужны только для того, чтобы очень разное поведение соотносить с одинаковыми (идеальными, а следовательно мало выполнимыми в жизни в полном объеме) требованиями, впоследствии, вести статистику, какие требования менее всего выполняются. На основании этого проводить анализ, что необходимо поменять. Как только все участники достигают высокого уровня, условия задания меняются...

Выводы

Таким образом, проанализированные первые результаты внедрения станций ОСКЭ (объективного структурированного клинического экзамена) в первичную аккредитацию свидетельствуют о том, что данная практика целесообразна и желанна, но для получения запланированного результата в виде обеспечения качества трудовых ресурсов системы здравоохранения, требует дальнейших шагов, без которых второй этап аккредитационного испытания склонен превратиться в ритуальные, ресурсопожигающие, ничего незначущие движения. Такими шагами должно стать: увеличение количества вариантов заданий, калибровка оценочных средств (необходимая детализация чек-листа), специальная подготовка экзаменаторов и, безусловно, изменение программ и форматов обучения в медицинском вузе.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА К СДАЧЕ ВТОРОГО ЭТАПА ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Крюкова А. Г., Виктор В.В., Титова Т.А.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России Кафедра факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО, г. Уфа, Башкортостан.

Актуальность

В предыдущем учебном году прошла подготовка выпускников педиатрического факультета к первичной аккредитации специалистов в соответствии с новым профессиональным стандартом «Врач педиатр участковый».

Цель

Цель и задачи обучения: формирование трудовых функций А/01.7 Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности» и трудовых действий «оценка клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям».

Материалы и методы

В учебном плане основной образовательной программы высшего образования по специальности «Педиатрия»31.05.02 был предусмотрен цикл симуляционного обучения для студентов 6 курса. Модуль рассчитан на 108 часов и включает лекции, практические занятия и самостоятельную работу студентов в симуляционном центре. По станции «экстренной медицинской помощи» обучение проходило с использованием компьютерных манекенов BabySim, PediaSim и решением клинических сценариев кетоацидоза, гипогликемии, бронхообструкции, лихорадки, на заключительном этапе- анафилактического шока. В качестве вспомогательного персонала по подготовке станций, сопровождению выпускников выступили интерны и ординаторы педиатрических кафедр.

Результаты

На начало учебного года четкие указания относительно подготовки студентов отсутствовали. Поэтому студенты готовились с учетом пяти станций, запланированных для второго этапа аккредитации. Неоднократные изменения сценариев и заданий оценочных листов самой сложной станции «экстренной медицинской помощи» обуславливали трудности обучения и восприятия информации студентами. Преподавателям и студентам необходимо было постоянно перестраиваться и изучать все новые версии заданий. В отличие от тренингов командной работы врачей, а также второго этапа государственной итоговой аттестации, где студент сдает экзамен у постели больного и имеет возможность живого общения с пациентом и его родителями, будущему выпускнику предстояло работать в изолированных условиях, в «одиночку» с «молчаливым» пациентом.

В этой связи при подготовке ко второму этапу аккредитации первостепенными задачами обучения были умения:

- установить коммуникативные связи с «пациентом» и «родителями»: здороваться, представиться, познакомиться с родителями пациента и пациентом, быть вежливым, получить информированное согласие
- соблюдения правил гигиены и безопасности, что включало гигиеническую обработку рук, одевание перчаток, маски и очков;
- работать на камеру;
- четко и громко озвучивать свои действия;
- правильно и четко вызвать на помощь бригаду скорой помощи.

Станция «Экстренной медицинской помощи» наиболее насыщенная по сценариям, оборудованию и оснащению. Поэтому важная роль была отведена закреплению профессиональных компетенций (ПК). ПК 5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных ... исследований, в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания, ПК 11 готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства и общепрофессиональной компетенции (ОПК-11) готовностью к применению медицинских изделий. Студенты учились накладывать кислородные маски, устанавливать воздуховод, пользоваться ротаметром, аспираторами, пульсоксиметром, глюкометром, учебным дефибриллятором; подключить, настроить и интерпретировать показатели монитора.

Результаты сдачи второго этапа аккредитации по станции «Экстренной медицинской помощи» выпускниками педиатрического факультета были успешными.

Обсуждение

Анализ 115 заключительных оценочных листов. Основная часть выпускников набрали необходимые 70 % ответов, но допускали различные ошибки, среди которых часто встречались следующие:

- Торопливо проговаривали заученные вопросы оценочных листов.
- Действия не скоординированы с озвучиванием.
- Аускультация легких проводилась поверхностно.
- Небрежные санация дыхательных путей, присоединение датчика пульсоксиметра, наложения манжетки тонометра.
- В условиях ограничения времени отмечено пренебрежение безопасностью: использованные аспираторы падали на пол, не все выпускники правильно утилизировали перчатки, не помещали их в специальный контейнер с мешком для отходов.
- При вызове специалистов скорой медицинской помощи забывали озвучивать свои личные данные, не дожидались подтверждения принятия вызова.
- Нарушалась последовательность повторного ABCDE-осмотра.

К сожалению, 6,6 % выпускников не набрали 70 % правильных ответов. Положительный момент ответов выпускников: хорошо были выполнены пункты по применению правильного набора лекарственных средств, выбору оптимального способа их введения, использовались верные дозировки и верное разведение лекарственных препаратов. Из 32 вопросов, представленных в оценочном листе, по всем пунктам ответ «Да» составил у 20 % выпускников. Действия их были спокойные, четкие, координированные с озвучиванием, аккредитуемые продемонстрировали отличные знания, умения, приобретенные навыки и личные качества соблюдали все правила оказания личной безопасности и безопасности пациента.

Выводы

Актуальность и важность симуляционного обучения студентов для обеспечения быстрого вхождения в про-

фессию подтверждают успешные результаты второго этапа первичной аккредитации, которые обусловлены большой работой преподавателей и вспомогательного персонала. Итоги первичной аккредитации выпускников педиатрического факультета необходимо учесть при подготовке студентов в текущем учебном году, обращая особое внимание на допущенные ошибки.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ ЗНАНИЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Кабирова Ю.А., Ховаева Я.Б., Рудин В.В.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера МЗ РФ, Пермь

Актуальность

В 2017 году впервые была проведена первичная аккредитация специалистов лиц, завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского и высшего фармацевтического как обязательная процедура для контроля оценки знаний и практических умений выпускника. С целью оценки выживаемости знаний после симуляционного (второго) этапа первичной аккредитации проведено анкетирование и повторная оценка с помощью чек-листа по станциям «Внезапная остановка кровообращения. СЛР» и «ОКС» ординаторов, которые прошли первичную аккредитацию в 2017 году.

Материалы и методы

В сентябре 2017 года проводилась оценка выживаемости знаний ординаторов 1 года обучения кафедры терапии и семейной медицины ФДПО Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера по специальностям «Общая врачебная практика», «Функциональная диагностика» и «Ультразвуковая диагностика». Все ординаторы являются выпускниками 6 курса лечебного факультета. Анализ выживаемости знаний включал в себя анкетирование, тестирование и проведение занятия в симуляционном центре с оценкой навыков с помощью чек-листов по станциям «Внезапная остановка кровообращения. Сердечно-легочная реанимация (СЛР)» и «острый коронарный синдром (ОКС)».

Результаты

Анализ результатов показал высокую заинтересованность в последующем обучении, все ординаторы успешно справились с повторным прохождением станций на 84-96% при тестировании и оценке практических навыков в симуляционном центре. Исследование показало, что все ординаторы успешно владеют теоретическими знаниями (протокол базовой СЛР согласно рекомендаций Европейского Совета по реанимации BLS/ AED, оказанием неотложной помощи при ОКС). Никто из ординаторов не делал нерегламентированных и небезопасных действий, а выявленные нарушения не носили критический характер. Практически не выявлено дефектов при оценке навыков оказания неотложной помощи (соблюдение пунктов чек-листов на 88-92%). Обращает на себя внимание следующая особенность, что даже при тестировании более высокий процент ответов наблюдается по темам, связанных с навыками, которые входили в станции при аккредитации. Например, на вопросы по базовому алгоритму СЛР процент правильных ответов составлял в среднем 94%, а по вопросам о проведении дефибриляции – правильных ответов было 48%.

Выводы

Таким образом, использование симуляционных технологий, проведение второго этапа аккредитации повышает уровень практической подготовки специалистов и качество медицинской помощи в целом. Выживаемость знаний выше по тем разделам, которые оцениваются на станциях второго этапа первичной аккредитации выпускников.