

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 выполняли 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