

РОСОМЕД-2013, ИЗБРАННЫЕ ТЕЗИСЫ

Редакция журнала продолжает публикацию избранных тезисов, присланных на Второй съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. В прошлом номере были опубликованы тезисы по направлениям: «Объективизация оценки», «Инновационные разработки», «Симуляционный тренинг по хирургическим специальностям» и «Симуляционный тренинг в анестезиологии и реаниматологии». В данном выпуске журнала предлагаем Вашему вниманию тезисы по темам «Симуляционный центр: создание и управление» и «Симуляционный тренинг в акушерстве и гинекологии». Редакция журнала приносит свои извинения авторам, чьи работы мы не смогли включить в сборник тезисов.

Примечание: тезисы публикуются в авторском варианте, без редактирования и корректуры.

МЕНЕДЖМЕНТ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА

Концепция создания единого информационного пространства в сфере симуляционного обучения в структуре медицинского образования на территории Российской Федерации

Зарипова З.А., Лопатин З.В., Чернова Н.А. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург

Согласно ФГОС 3 поколения предусмотрено использование симуляционных тренингов, однако неодномоментное развитие симуляционных центров в регионах привело к отсутствию преемственности в образовании и затрудняет объективную оценку знаний и навыков. Реализация единой образовательной модели на территории РФ позволит ввести понятие «Единого информационного пространства», что будет соответствовать требованиям Болонского процесса и проявится в повышении конкурентоспособности подготовленных специалистов.

На сегодняшний день перед организацией РОСОМЕД поставлена одна из серьезнейших задач по разработке единых требований и рекомендаций для стандартизации симуляционного обучения в медицине. Следует отметить, что симуляция в медицинском образовании не самостоятельное направление, а неотъемлемая часть образовательного процесса, которая согласно Федеральному государственному образовательному стандарту предусматривает использование инновационных обучающих технологий в виде тренингов и направлена на закрепление теории и отработку мануальных навыков, посредством принципа этапности обучения. При этом определяющим моментом качественного образования считается не математическая сумма усвоенной информации, а способность врача действовать в различных клинических ситуациях. Таким образом, конечная цель симуляционного образования должна быть ориентирована на формирование компетенций специалиста. В этой связи симуляция становится не только обучающей технологией, но и средством оценки теоретических знаний и практических навыков.

Идея не является инновационной, а давно и активно развивается в зарубежных странах. Однако внедрение сложившейся европейской модели обучения в неизменном виде объективно затруднено, из-за существенных различий в системах образования, что может быть сопряжено с серьезными препятствиями при подготовке качественных медицинских кадров. Вступление России в Болонский процесс подразумевает создание единого образовательного пространства в Европе с сохранением преемственности в обучении.

Для реализации возможности получения непрерывного медицинского образования в России и на всей территории стран ближнего и дальнего Зарубежья требуется введение единообразной «сквозной» кредитно-модульной системы, которая не была предусмотрена из-за отсутствия координационного органа, в связи с чем на протяжении последнего десятилетия данное направление развивалось нелинейно в различных регионах и пока не имеет сформированной структуры.

Работа РОСОМЕД по внедрению отечественных методик с интеграцией зарубежного опыта приведет к позитивным изменениям как в здравоохранении, так и в других сферах, вовлекаемых в процесс формирования и структуризации принципиально новой отрасли образовательного процесса.

На наш взгляд, в ситуации, когда некоторые центры симуляционного обучения уже функционируют, а другие находятся на стадии формирования, целесообразно ввести единую образовательную модель на территории РФ. Внедрение подобной модели возможно с помощью двух различных механизмов: централизованного и децентрализованного.

Централизованная схема, с точки зрения организации, является наиболее простой, поскольку распорядительная документация служит прямой директивой к исполнению на местах. Апробация данного механизма может быть длительной, так как во многих симуляционных центрах уже сформировалась своя, консолидированная методика обучения, которая с трудом будет адаптироваться к новым требованиям, что снизит пропускную способность и эффективность их работы на период модернизации. Единоначалие при создании подобного рода программ может привести к появлению большого количества проблем, решение которых потребует дополнительных временных затрат.

Вторым вариантом является децентрализованная схема, когда подбор единой системы осуществляется на конкурсной основе: аккредитованные симуляционные центры детально прописывают свои программы и предоставляют их на конкурс в РОСОМЕД. В течение 6 месяцев конкурсные дела рассматриваются на предмет актуальности, новаторства и перспективности. Далее происходит адаптация программы выигравшего ВУЗа и её реализация во вновь открывающихся центрах.

Следующий этап – годовая апробация и, при необходимости, модернизация программ, что придаст мобильность данному механизму. Критерием эффективности будет служить минимальный процент ошибок в работе системы. Таким образом, децентрализованная схема предпочтительнее, потому что позволяет либо выбирать наиболее актуальную из

имеющихся программ, либо выделять подходящие аспекты из нескольких.

Для завершения картины единого информационного пространства необходимо введение понятий «Объединенный банк клинических кейсов» и «База данных студентов, прошедших подготовку в симуляционных центрах, с реестром учёта практических навыков», закрепление системы требований и объективных критериев оценки знаний и умений.

Результатом реализации данной концепции будет эргономичное функционирование организованной и систематизированной информационной структуры в сфере симуляционного обучения на Всероссийском уровне, которая повлечёт ряд положительных изменений, направленных на облегчение работы центров путём организации планирования и единого подхода к учебному процессу, что проявится в повышении конкурентоспособности подготовленных специалистов и улучшении качества оказания медицинской помощи с минимизацией рисков для пациентов в период обучения.

Роли уровня реализма и обстановки в симуляционном клиническом обучении

Курмангалиев К.Б., Тусупкалиев А.Б. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Учебно-клинический центр (УКЦ) ЗКГМУ имени М.Оспанова был организован в 2008 году. В настоящее время - это центр инновационных методов обучения с применением симуляционных технологий. Развернуты учебные классы по основным направлениям клинических дисциплин: терапия, педиатрия, хирургия, акушерство-гинекология, скорая и неотложная помощь, общая врачебная практика, сестринское дело. Создана система видеонаблюдения, комнаты наружного одностороннего наблюдения, комнаты для проведения дебрифингов.

УКЦ оснащен симуляционным оборудованием по всем уровням реалистичности (Горшков М.Д., Федоров А.В., 2012).

Цель работы. Определить влияние уровней реализма и обстановки на эффективность симуляционного обучения.

Материал и методы. Обучение практическим навыкам в УКЦ проводится у студентов, начиная с 3-го курса; таким образом, контингент обучающихся и уровень их базовой подготовки различается. На уровне 3 и 4-го курсов студенты, согласно учебному плану, обучаются отдельным мануальным навыкам. На 5 курсе и в интернатуре обучающиеся учатся совмещать приобретенные навыки с клиническим мышлением. Занятия проводятся инструкторами центра и преподавателями клинических кафедр. Для проведения занятий разработаны методические рекомендации по обучению практическим навыкам, подготовлены видео и фотоматериалы, обучающие компьютерные программы. Подготовлены симуляционные сценарии оказания неотложной помощи при различных экстренных состояниях.

Обсуждение. Основным условием при обучении является количество требуемого реализма обстановки. Наш опыт показывает, что уровень создаваемого реализма зависит от уровня знаний и навыков студента. Например, для студентов младших курсов полный реализм ситуации не так важен, потому что их клиническая неопытность поможет им не заметить какие-то недостатки в реализме ситуации. Напротив, для студентов старших курсов, интернов и тем более, резидентов, необходимо создавать высокую среду реализма, которая соответствует их клиническим знаниям. Иначе, различия между их клиническими знаниями и опытом и созданной средой приведет к тому, что они свои неправиль-

ные действия будут оправдывать недостатком реализма ситуации.

Процесс обучения отдельным практическим навыкам происходит на простых тренажерах (2,3 уровень реалистичности). К примеру, для отработки навыка интубации дыхательных путей достаточно простого тренажера дыхательных путей, который позволит выполнить все поставленные задачи.

Симуляторы с высокой достоверностью - ISTAN, BabySIM (6 уровень) применяются для обучения с использованием клинических симуляционных сценариев. В этих случаях, внутривенная инъекция и интубация дыхательных путей на таких симуляторах будет применяться в комплексе проводимых лечебных мероприятий.

В процессе отработки клинического сценария закономерным было предположить, что студенты, отработавшие, например, навык интубации на простых тренажерах, также успешно проведут эту манипуляцию и на симуляторе. Однако, некоторая часть студентов стала испытывать трудности при проведении интубации, хотя до этого на простых тренажерах они достаточно полно освоили этот навык. Причинами этого, по нашему мнению, могут быть:

1. При освоении навыков на простых тренажерах процесс обучения происходит в виде алгоритмов действий (пошаговое выполнение); при этом на практических занятиях клинические сценарии случаев
 2. В течение клинического сценария студентам, помимо выполнения практических навыков, необходимо проведение клинической оценки состояния «пациента», выявление отклонений, составление плана лечения и т.п.
 3. Отсутствие в плане занятий практических навыков, которым студенты не обучаются, но они необходимы при выполнении задания: например, причиной неудач может быть неспособность подготовить необходимые инструменты и оборудование для интубации дыхательных путей из-за того, что эта тема отсутствовала в программе обучения.
- Таким образом, алгоритмы выполнения помогают усвоить и отработать навыки на простых тренажерах на начальных этапах обучения. В конце программы, когда студенты достигают определенного уровня, необходимо вносить усложнение задания для того, чтобы готовить обучающихся к выполнению клинических симуляционных сценариев. Это могут быть короткие клинические ситуации с одновременным выполнением 2-3 практических навыков.

Стратегии преодоления психологического барьера у студентов при переходе на симуляционное обучение.

Гаупп Р.К. Эдисим. Лауфен Швейцария.

Введение: Симуляционные тренинги в целом воспринимаются студентами позитивно, повышают интерес курсантов к учебе и являются эффективным средством обучения. Тем не менее, курсанты могут столкнуться с трудностями при переходе с лекционного формата обучения к непосредственной практике на симуляционном оборудовании, что может привести к формированию психологического барьера. Он может оказаться серьезным препятствием в симуляционном обучении, однако существуют дидактические приемы, позволяющие решить эту проблему.

Методы: Анализ литературы выявил основные причины, по которым может формироваться психологический барьер при переходе на симуляционное обучение. Наряду с моделью экспериментального обучения Колбса была разработана модель адаптации студентов к симуляционной практике.