

представляють єдність теоретичної і практичної готовності і здатності людини застосовувати комунікативні знання та вміння, а також особистісні якості для успішної діяльності в професійній сфері. Професійно-спеціальна комунікативна компетентність формується у ВНЗ, а також в післядипломній освіті при вивченні спеціальних культурно-мовних, педагогічних і психологічних дисциплін та вдосконалюється в практиці професійної взаємодії з іншими особистостями.

Список використаних джерел.

1. Перовская Л.А. Компетентность в общении. Москва : Изд-во МГУ, 2003.
2. Шарков Ф.И. Компетентностный подход при подготовке бакалавров и магистров (на примере бакалавров и магистров рекламы и связей с общественностью).
3. Sarnquist, C., Sawyer, M., Calvin, K. Communicating about vaccines and vaccine safety: what are medical residents learning and what do they want to learn? J Public Health Manag Pract 2013; 19: 40–46.

Курчинок О.В.

студентка,

Донецький національний технічний університет

СВІТОВИЙ ДОСВІД НАВЧАННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З СИМУЛЯЦІЙНИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ ТА ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Екстрена медична допомога пов'язана з високими ризиками розвитку ускладнень, стислими термінами надання допомоги, відсутністю стандартних умов роботи, обмеженими можливостями прогнозування ургентних станів. Загрозливі для життя ситуації за даними ВООЗ виникають в 25% випадків.

Найчастіше неправильна і несвоєчасна допомога може привести до виникнення серйозних наслідків для пацієнта. На сьогоднішній день існує проблема якості надання медичної допомоги, а також смертності

внаслідок лікарських помилок. За останніми даними, 6,1% всіх смертельних випадків можна було запобігти, оскільки причинами їх стали лікарські помилки, порушення в організації роботи і взаємин персоналу [4, с. 44].

Правильне і своєчасне проведення первинних реанімаційних заходів на ранніх етапах гострого захворювання або травми може виявитися важливіше, ніж все подальше лікування.

Серії експериментальних і клінічних досліджень виявили залежність між виживаністю пацієнтів після зупинки серця і якістю надання серцево-легеневої реанімації [3]. Від моменту початку і ефективності проведення штучної вентиляції легенів і непрямого масажу серця безпосередньо залежить результат пацієнтів. Якщо серцево-легенева реанімація розпочата в перші 8 хвилин після зупинки серця, то виживання може збільшуватися до 20%, а застосування дефібриляції в поєднанні з базисною серцево-легеневою реанімацією в перші 3-5 хвилин після зупинки серця підвищує виживаність до 75%. Кожна хвилина бездіяльності підвищує смертність на 71% [3, с. 124].

Найбільш актуальними проблемами охорони здоров'я є:

- порушення співвідношення лікарів і середнього медичного персоналу;
- неоптимальне співвідношення між лікарями первинного контакту і лікарями-фахівцями;
- проблема фінансування;
- низький рівень якості медичної допомоги.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України будь-який лікар незалежно від спеціалізації зобов'язаний надавати першу допомогу, в тому числі забезпечувати прохідність дихальних шляхів, зупиняти кровотечі, проводити серцево-легеневу реанімацію.

Більше 65% пацієнтів не задоволені якістю надання медичної допомоги. Низький рівень підготовки медичного персоналу є наслідком недосконалої базової та післядипломної освіти: слабе матеріально-технічне забезпечення ВНЗ, традиційні методи навчання з упором на теоретичні знання, відсутність наступності всередині і між вузами, проблема диференційованого підходу на індивідуальному рівні, проблема мотивації медичних працівників до безперервної освіти та інші. Випускники медичних вузів погано володіють практичними навичками, теоретичні знання мають суто фундаментальний, а не прикладний характер. Знання і навички більшості не відповідають

сучасним рекомендаціям з надання невідкладної допомоги і носять характер «уривчастих».

Анкетування 1000 молодих лікарів зі стажем менше 5 років за оцінкою їх підготовки у вузі показало, що з клінічних дисциплін тільки 23% респондентів оцінили свою підготовку як хорошу, 55% – як задовільну, а 22% – як незадовільну. Оцінка молодими лікарями якості сформованих у вузі практичних умінь і навичок показала наступне: 12% вважали їх якість хорошою, 49% – задовільною і 39% – незадовільною. Початківці педіатри не отримують достатньої практичної підготовки для роботи в галузі невідкладної педіатрії, не мають чіткого налагодженого алгоритму дій [2, с. 65].

У зв'язку з євроінтеграцією України, виходячи з вищевикладеного, сьогодні існує потреба у створенні нової сучасної моделі навчання, яка відповідатиме потребам лікарів різного рівня підготовки для скорочення числа лікарських помилок, підвищення якості надання невідкладної допомоги.

Клінічне моделювання, або симуляція, є одним з найефективніших і безпечних методів вирішення цих проблем. Очевидними перевагами симуляційної підготовки за допомогою системи клінічного моделювання невідкладних станів є:

- максимальна наближеність до реальних умов роботи лікаря;
- абсолютна безпека для здоров'я пацієнта, можливість об'єктивної оцінки компетентності лікаря до початку роботи з реальними пацієнтами;
- абсолютна безпека для курсантів;
- безперервна постдипломна освіта практичних лікарів усіх спеціальностей;
- моделювання рідкісних захворювань і тактики їх лікування, можливість аналізу результату роботи курсанта в режимі офлайн, що є одним з елементів стимулювання до подальшого вивчення матеріалу;
- можливість проведення роботи над помилками і повторення клінічних сценаріїв до досягнення успішного вирішення завдань [5, с. 157].

Незважаючи на широке застосування симуляційних технологій в галузі медицини, в світі не було проведено жодного дослідження, присвяченого вивченню якості реанімаційної допомоги практикуючими лікарями невідкладної медичної допомоги. Залишається відкритим питання про вплив специфіки роботи лікаря на якість надання серцево-

легеневої реанімації. Головною проблемою симуляції є відсутність єдиної методології оцінки якості практичних навичок лікаря.

Незважаючи на перспективи розвитку симуляційних технологій в практико-орієнтованій підготовці фахівців, існують і складності у впровадженні симуляції в освітній процес: висока вартість придбання та обслуговування обладнання; труднощі відтворення умов з максимальним ступенем реалістичності; підготовки нового типу викладача, який володіє не тільки спеціальними знаннями, але і навичками роботи зі складним в технічному плані обладнанням; труднощі професійної мотивації викладачів і технічного персоналу. Незважаючи на окремі негативні обставини, світовий досвід і запити сучасного суспільства показують, що симуляційні технології необхідно вбудувати в систему медичної освіти на всіх етапах підготовки фахівця, підвищуючи її якість і вдосконалюючи систему допуску до професії.

Список використаних джерел:

1. Бевз Г.В. Организация и эффективность симуляционного учебного процесса преподавания сердечно-легочной реанимации для студентов 5-го курса // Медицина неотложных состояний. – 2015. – № 7(70). – С. 89-92.
2. Дацюк О.І. Використання симуляційних технологій для формування компетентності клінічних ординаторів і аспірантів у проведенні серцево-легеневої реанімації / О.І. Дацюк, О.Л. Очеретна, Г.В. Бевз, Л.В. Дацюк, В.А. Озимий // Медицина неотложных состояний. – 2017. – № 6(85). – С. 65-69.
3. Ехалов В.В. Принципы подготовки врачей-интернов разных специальностей по циклу «Неотложные состояния» / В.В. Ехалов, В.И. Слива, Д.М. Станин // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4. – С. 124-129.
4. Льовкін О.А. Аналіз навчання бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги проведенню серцево-легеневої реанімації з використанням симуляційних технологій / О.А. Льовкін, К.В. Серіков, С.Ю. Конаков // Екстрена медицина: від науки до практики. – 2014. – № 5-6. – С. 44-50.
5. Марков Ю.І. Симуляційні технології відпрацювання практичних навичок серцево-легеневої реанімації в медицині невідкладних станів / Ю.І. Марков, В.В. Орел // Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 7(62). – С. 157-158.