



Министерство здравоохранения Омской области  
Омская профессиональная сестринская ассоциация  
Центр повышения квалификации работников здравоохранения

**Межрегиональная научно-практическая конференция  
с международным участием**

**“КАДРЫ ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.  
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И КАЧЕСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ”,**

*посвященная 30-летнему юбилею  
центра повышения квалификации работников здравоохранения*

**26 октября 2018г.  
г. Омск**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

**ОМСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ОМСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СЕСТРИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ»**

**КАДРЫ ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. МЕДИЦИНСКОЕ  
ОБРАЗОВАНИЕ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ.**

**Всероссийская  
научно - практическая интернет-конференция с  
международным участием**

**(Омск, октябрь 2018г.)**

**Материалы**

*Под общей редакцией Н.Ю. Крючковой*

**Омск  
2018**

ББК 51.1(2 Рос)  
К 13

**Под общей редакцией:** директора БУ ДПО ОО ЦПК РЗ Н.Ю. Крючковой  
**Ответственный редактор:** заместитель директора по НМР и качеству  
Е.А. Филиппова

К 13 Кадры для современного здравоохранения. Медицинское образование и качество медицинской помощи: межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием, Омск, октябрь 2018 года: материалы. – Омск: БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, 2018. - 345с.

В сборник включены материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Кадры для современного здравоохранения. Медицинское образование и качество медицинской помощи», проведенной БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, Министерством здравоохранения Омской области и Омской региональной общественной организацией «Омская профессиональная сестринская ассоциация».

ББК 51.1(2 Рос)

© БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, 2018

## Уважаемые коллеги!



Выражаю искреннюю благодарность всем участникам Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Кадры для современного здравоохранения. Медицинское образование и качество медицинской помощи», посвященной 30-летию БУ ДПО ОО «Центра повышения квалификации работников здравоохранения»!

В рамках конференции нами было предложено поделиться опытом и всесторонне осветить актуальные вопросы подготовки специалистов в системе среднего и высшего образования в условиях перехода на новую систему допуска к профессиональной деятельности, лучшие образовательные практики в подготовке квалифицированных кадров в медицинском образовании и практическом здравоохранении, инновационные технологии в сестринской практике, вопросы совершенствования профессионального развития кадрового потенциала медицинских организаций.

На страницах нашего сборника авторы особое внимание уделяют вопросам непрерывного медицинского образования, взаимодействию образовательных организаций и профессиональных сообществ, управлению качеством медицинской помощи на основе инновационных технологий в здравоохранении, а так же кадровому менеджменту и управлению профессиональными рисками в сестринском деле.

Выражаю уверенность в том, что творческая работа участников конференции будет способствовать развитию профессиональной компетентности специалистов, внедрению организационных и технологических инноваций, повышению качества медицинской помощи.

Желаю всем творческих успехов и профессиональной реализации!  
Надеюсь на дальнейшее сотрудничество!

Директор  
БУ ДПО ОО ЦПК РЗ

Н.Ю. Крючкова

## Оглавление

<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА НОВУЮ СИТЕМУ ДОПУСКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....</b>	<b>10</b>
<i>С.Е.Калугина</i> «Топ-регион как современный инструмент подготовки медицинских кадров курганской области».....	11
<b>ЛУЧШИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ В ПОДГОТОВКЕ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ КАДРОВ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....</b>	<b>17</b>
<i>Л. В. Белкина, Е. А. Деговцова</i> «Технология знаково-контекстного обучения: опыт внедрения».....	18
<i>Т.Н.Белоусова, Н.П.Девяткина</i> «Игра-симуляция, как метод обучения в андрагогике».....	21
<i>Ю.В. Богданова</i> «Формирование общекультурных компетенций у студентов 1 и 3 курсов отделения «Фармация» БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж».....	23
<i>Е.А. Васильева</i> «Подготовка средних медицинских работников к профессиональной деятельности на занятиях иностранным языком».....	27
<i>И.П. Вершинина, Т.И. Проценко</i> «Опыт применения методов симуляционного обучения специалистов в области паллиативной помощи».....	30
<i>Г.П. Голованова</i> «Применение дистанционного образования и симуляционных методик при подготовке специалистов в системе среднего образования Томского базового медицинского колледжа».....	33
<i>В.Ю. Григорьева, А.О. Дмитриева, Т.Р. Ковалевская</i> «Новый формат конкурса профессионального мастерства в ОГБПОУ «ТБМК» (с применением симуляционных методик)».....	36
<i>Н.Л.Дочкина, И.Г.Иванова, И.В.Чвора, В.А.Чепель</i> «Современные образовательные технологии, как фактор повышения качества оказания медицинской помощи».....	39
<i>Д.А. Елфимов, З.А. Пермякова, И.В. Елфимова, О.И. Фролова, С.В. Соловьева, Е.В. Кручинин</i> «Опыт комбинирования различных педагогических технологий в формировании компетенций».....	42
<i>Г.А. Ефименко</i> «К вопросу об учебно-исследовательской деятельности будущего специалиста».....	45
<i>Е.А. Кочетовская</i> «Преимущества каскадного принципа обучения персонала (опыт работы ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ»).....	48
<i>В.Д. Краля</i> «Формирование и развитие общих и профессиональных компетенций нятиях по педиатрии».....	51
<i>Е.Н. Крикун, Л.В. Пахомова, Т.В. Кравцова</i> «Проектно-исследовательская деятельность в обучении как инструмент подготовки современного медицинского работника».....	58
<i>Г.В. Лашина</i> «Опыт применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при реализации дополнительных профессиональных программ ГАУ ДПО Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации».....	61
<i>М.А.Лебедев</i> «Обучение студентов сердечно-легочной реанимации на практических занятиях дисциплины «Безопасность жизнедеятельности».....	64
<i>А.С. Метиева</i> «Симуляционное обучение - новая эпоха в медицинском	

образовании».....	68
<i>И.В.Писарева</i> «Организация образовательного процесса с использованием симуляционных технологий. Симуляционный тренинг».....	72
<i>Н. А. Поленова</i> «Имитационные методы обучения как гарантия качества обучения сестринскому делу».....	76
<i>Т.И. Проценко, О.В.Кулябина</i> «Инновационность и вариативность содержания образовательных технологий в условиях дополнительного профессионального образования».....	79
<i>С.Д. Рехтина, Т.С. Кундич</i> «Опыт использования бинарных лекций с запланированными ошибками в повышении квалификации специалистов в Томском базовом медицинском колледже».....	85
<i>А.Ю. Смагин, Л.С.Ноздрякова</i> «Симуляционные тренинги для формирования командного взаимодействия при оказании первичной и реанимационной помощи новорожденным детям».....	89
<i>Л.В.Тюменцева</i> «Реализация инновационного проекта «Формирование методического обеспечения инновационного содержания образовательных программ в целях подготовки компетентного специалиста в системе здравоохранения» в Липецком медицинском колледже».....	93
<i>В. К. Ушаков</i> «Формирование у студентов общих и профессиональных компетенций через активный метод обучения - деловая игра».....	97
<i>А.В. Фортус</i> «Формирование духовно-нравственной культуры будущих медицинских работников».....	101
<i>И.В.Чвора, В.А.Чепель</i> «Опыт ГБПОУ «КОМК» в подготовке стандартизированного пациента».....	105
<i>Л.Е. Черкасова</i> «Активные методы обучения: «визитная карточка» и «эвристическая беседа».....	108
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ.....</b>	<b>110</b>
<i>Е.А. Деговцова, Л.В.Белкина</i> «Обратная связь в симуляционном обучении».....	111
<i>А.А. Исаева, А.В. Масолько</i> «Внедрение методик симуляционного обучения в подготовку обучающихся по профессиональному модулю «выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным. Технология оказания простых медицинских услуг" в ОГБПОУ «ТБМК».....	115
<i>Л.С.Ноздрякова</i> «Применение симуляции для реализации комплексного подхода оценки результатов освоения дополнительных профессиональных программ».....	119
<i>Д.Р. Чернина</i> «Симуляционное обучение при реализации ФГОС СПО по специальности 31.02.02 «Акушерское дело».....	122
<b>НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ТРАДИЦИИ, ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ. ПЕРЕХОД К ПРОЦЕДУРЕ АККРЕДИТАЦИИ. РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ.....</b>	<b>127</b>
<i>Е.В.Афанасьенко, Т.Ф.Бобрусова, Т.В.Рубе</i> «Роль непрерывного медицинского образования в медицинской организации».....	128
<i>Е. А. Батура</i> «Дистанционные образовательные технологии :преимущества и перспективы развития».....	131
<i>Л.Д. Белоцерковцева, С.Е. Иванников, Т.И. Салимова, Е.В.Джурбий</i> «Опыт непрерывного медицинского образования среднего медперсонала в БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский клинический перинатальный центр».....	135
<i>Т.Н. Белых</i> «Типология междисциплинарных связей и механизмы их реализации в учебном процессе».....	139
<i>Е.А Божко.</i> «Инновационная педагогическая деятельность».....	143
<i>Л.В. Вергай, Е.Г. Балякина</i> «Взаимодействие с БУ ДПО ОО «ЦПК РЗ» как основа	

непрерывного профессионального образования специалистов».....	146
<i>Е.П. Гирфанова, Т.Н. Лудын</i> «Непрерывное профессиональное развитие сестринского персонала как необходимое условие решения проблемы качества сестринской помощи в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова».....	149
<i>Е.А. Глазкова, А.О. Дмитриева</i> «Организация образовательного процесса повышения квалификации медицинских работников среднего звена в системе непрерывного профессионального развития».....	152
<i>Е.А.Долматова, В.М.Огрызков</i> «Инновационные подходы к обучению специалистов в области реабилитации, как инструмент повышения качества медицинской помощи».....	157
<i>С.Э. Заварукина</i> «Электронное обучение и дистанционные образовательные технологии при реализации программ дополнительного профессионального образования».....	161
<i>И.В. Иващенко, Е.В. Ларионова</i> «Создание условий для непрерывного обучения в медицинской организации».....	165
<i>И.В. Каралова, Э.З. Шмиголь</i> «Современные тенденции непрерывного медицинского образования среднего медперсонала».....	169
<i>О.В. Кулябина, Т.И.Проценко</i> «Особенности мотивации в последипломном образовании».....	173
<i>О.В. Лычагина</i> «Качество медицинского образования в России».....	176
<i>Н.Н.Николаева</i> «Интеграция принципов информационно-аналитической работы в деятельность общественных сестринских организаций».....	180
<i>Ю.П. Носова</i> «От профессионализма медицинских работников к повышению качества оказания медико-социальной помощи пожилым».....	183
<i>А.А. Осипова</i> «Из записок медицинской сестры».....	187
<i>Т.В. Плетнева</i> «Роль учебно-методического кабинета в системе непрерывного профессионального образования медицинской организации».....	190
<i>И.А. Поздеева</i> «Использование инновационных обучающих технологий в современном образовательном процессе системы СПО».....	194
<i>Л.А. Пономарева, Н.Г. Бурлова, Ю.Ю. Барина, Г.Е. Холодковская</i> «Роль образовательной организации в кадровом обеспечении системы здравоохранения муниципального образования».....	197
<i>О.В.Ружина</i> «Непрерывное профессиональное образование специалистов здравоохранения среднего звена в области медицинской профилактики».....	201
<i>Л.В Савина</i> «Методика построения занятия с применением тренинг-технологий при изучении инфекционных болезней».....	204
<i>А.Ю.Смагин, П.А.Васильев, Чернякова Е.В.</i> «Симуляционный тренинг как обязательный компонент образовательного процесса в учреждениях медицинского образования ».....	209
<i>С.В.Траль</i> « Основные принципы и этапы разработки структуры и содержания профессионального модуля».....	211
<i>С.А.Худорожкова</i> «Непрерывное медицинское образование: традиции, опыт, инновации, перспективы».....	215
<i>Э.З. Шмиголь, И.В. Каралова</i> «Инновации в системе последипломного образования».....	218
<b>ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ.....</b>	<b>222</b>
<i>А.Г. Алещенко</i> «Инновационные технологии в сестринской практике».....	223
<i>Н.С.Веремьева</i> «Инновационные технологии в оперативной гинекологии. Роль операционной медицинской сестры».....	226
<i>Н.А. Коваль, Н.В. Панина, Н.Г. Пивоварова</i> «Этапы обучения операционных медицинских сестер при работе с технически-сложным медицинским оборудованием».....	229

<i>А.А. Козлова</i> «Применение инновационных технологий в операционном блоке БУЗОО «ГК БСМП №1».....	233
<i>Е.В. Комарова, М.В. Котенко</i> «Иновационные технологии в практической деятельности медицинских сестёр – анестезистов БУЗОО «ОКБ».....	237
<i>Н.М. Корольчук, М.Ю. Дорошенко</i> «Роль средств массовой коммуникации в повышении эффективности профилактической работы наркологических заболеваний».....	240
<i>Л. А. Кученкова</i> «Организация оказания медицинской помощи маломобильным группам населения в БУЗОО «Городская поликлиника №4».....	245
<b>ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА.....</b>	<b>251</b>
<i>М.В. Волова, Н.М. Курч</i> «Инновационные подходы в реабилитации недоношенных детей».....	252
<i>Ю.С. Печникова</i> «Формирование ценностного отношения к профессии медицинского работника и профессионально важных качеств будущих медицинских сестер».....	256
<i>И.М. Садовская</i> «Роль научно-исследовательской деятельности в формировании профессиональных компетенций будущих специалистов по специальности «Сестринское дело».....	260
<i>О.В. Филатова</i> «Эффективность применения двойных перчаток с системой индикации проколов с целью снижения риска передачи гемоконтактных инфекций».....	262
<b>ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:СОВРЕМЕННЫЙ ПРОФИЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....</b>	<b>267</b>
<i>А.Н. Белоус, С.Ф. Дацюк</i> «Роль медицинской сестры в обеспечении ухода за пациентами при применении трансплантационного метода лечения».....	268
<i>В.В. Гущина</i> «Профессиональная подготовка сестёр – хозяек – важное звено в оказании качественной медицинской помощи пациентам в медицинских организациях».....	272
<i>Н.Б. Жорова, И.М. Курочкина</i> «Профессионализм и ответственность: современный профиль медицинской сестры – анестезиста в практическом здравоохранении».....	274
<i>Н.Н.Захарова</i> «Роль медицинской сестры по физиотерапии в обеспечении качества оказания медицинской помощи в Областной клинической больнице».....	276
<i>О.Ю. Землякова</i> «Роль сестринского персонала централизованного стерилизационного отделения бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница» в обеспечении качества оказания медицинской помощи».....	279
<i>Е.В. Ильиных</i> «Выбор венозного доступа, ориентированного на пациента».....	282
<i>Е.В. Ильиных, Г.А. Киселева</i> «Снижение уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после химиотерапии в отделении гематологии».....	285
<i>А.А. Козлова</i> «Профессионализм и ответственность: современный профиль специалиста практического здравоохранения».....	290
<i>А.А. Лисовик</i> «Роль медицинской сестры в профилактике туберкулеза».....	294
<i>О.Д.Панькова</i> «Современный профиль специалиста лабораторной диагностики в практическом здравоохранении».....	298
<i>Е.В. Плехова</i> «Эмоциональная компетентность как фактор профессиональной успешности медицинского работника».....	301
<i>Е. В. Поливода</i> «Роль сестринского персонала в обеспечении качества оказания медицинской помощи на стоматологическом приеме».....	304
<i>Т.В. Половинко</i> «Современный специалист практического здравоохранения».....	308



<i>Т. В. Саитова</i> «Пациент – ориентированная и семейно – ориентированная модель оказания медицинской помощи – важный принцип соблюдения права человека на здоровье».....	311
<i>А.Г.Санькова</i> «Роль сестринского персонала в обеспечении качества оказания медицинской помощи».....	313
<i>О.В.Саратова</i> «Роль акушерки в повышении доступности и качества оказания медицинской помощи».....	315
<i>В.А.Сербинова, А.В.Данилов</i> «Причины этико-деонтологических проблем в деятельности медицинской сестры-анестезиста, возможные пути решения».....	318
<i>И.Ю.Соколова, Г.А. Киселева</i> «Применение современных одноразовых дренирующих систем для улучшения качества лечебного процесса и реабилитации пациентов».....	322
<i>М.А.Филатова</i> «Роль медицинского лабораторного техника в обеспечение качества медицинской помощи».....	325
<i>О.В. Филатова</i> «Современный профиль специалиста – «операционное дело».....	328
<i>А.М. Фильчаков</i> «Профессиональная компетентность как фактор качества в инновационном подходе к лабораторной диагностике».....	331
<i>О.В Хомченко</i> «Современные подходы к обеспечению эпидемиологической безопасности при технологиях ухода за новорожденными в перинатальном центре».....	335
<b>КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ И УПРАВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ РИСКАМИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.....</b>	<b>339</b>
<i>М.Ю. Дорошенко, О.Г. Чаркова</i> «Особенности организации работы сестринского персонала амбулаторной службы в обеспечении качества оказания медицинской помощи пациентам наркологического профиля».....	340

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ  
СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО И  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА  
НА НОВУЮ СИТЕМУ ДОПУСКА К  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

## **ТОП-РЕГИОН КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

С.Е. Калугина

*ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж», г. Курган*

Поставленная Президентом Российской Федерации В.В. Путиным стратегическая задача «К 2020 году как минимум в половине колледжей России подготовка по 50 наиболее востребованным и перспективным рабочим профессиям должна вестись в соответствии с лучшими мировыми стандартами и передовыми технологиями...» находит свое решение и на территории Курганской области (Послание Президента Федеральному Собранию от 4 декабря 2014 г.).

Государственная программа Курганской области «Развитие образования и реализация государственной молодежной политики» на 2016-2020 годы (утв. Постановлением Правительства Курганской области от 21.01.2016 №9) предусматривает создание эффективной системы профессионального образования Курганской области для кадрового обеспечения социально-экономического развития региона. Протоколом заседания Координационного совета по подготовке квалифицированных кадров для хозяйственного комплекса Курганской области утвержден перечень наиболее востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий, требующих среднего профессионального образования ТОП-РЕГИОН. В ТОП-РЕГИОН Курганской области вошли специальности и медицинского профиля: лечебное, акушерское и сестринское дело.

Для обеспечения подготовки кадров по ТОП-РЕГИОН в Курганской области приказом Департамента образования и науки Курганской области «О создании ведущих колледжей» от 4 октября 2016 года №1511 определена сеть «ведущих» профессиональных образовательных организаций, в которую вошел ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж». Реализация возложенных на «ведущие» колледжи новых «специфических» функций обусловила необходимость разработки сетевой модели подготовки кадров наиболее востребованных и перспективных специальностей медицинского профиля в Курганской области (рис. 1).

**Реализация ФГОС по 50 наиболее востребованным и перспективным специальностям и рабочим профессиям в профессиональных образовательных организациях Курганской области (2016-2020 гг)**



Рисунок. 1 Схема сетевой модели подготовки кадров по наиболее востребованным и перспективным специальностям Курганской области.

Современная материально-техническая база, высокий уровень профессионализма педагогического коллектива позволяют обеспечить системный инновационный режим развития колледжа. Система управления, сложившаяся в колледже, обеспечена необходимой нормативной и организационно - распорядительной документацией, соответствующей требованиям действующего законодательства и Устава колледжа; направлена на правильное построение образовательного процесса, реализацию целей деятельности колледжа, создание условий, в которых непрерывно совершенствуется образовательный процесс.

Для достижения поставленной цели: «Обеспечение подготовки кадров по наиболее востребованным и перспективным специальностям медицинского профиля в соответствии с передовыми технологиями для текущих и перспективных потребностей экономики Курганской области на основе модели сетевого взаимодействия» ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж» решает следующие задачи:

- Формирование модели взаимодействия с участниками проекта как одно из важнейших условий подготовки специалистов со средним медицинским образованием Курганской области.
- Обновление содержания программ для обеспечения соответствия требованиям современной экономики в условиях модернизации здравоохранения.
- Внедрение и распространение современных технологий реализации профессиональных образовательных программ и инструментов оценки качества профессионального образования.

- Обеспечение повышения квалификации руководящих и педагогических работников системы СПО по вопросам реализации программ подготовки по наиболее востребованным и перспективным специальностям медицинского профиля.
- Развитие перспективных форм сотрудничества профессиональных образовательных организаций, медицинских и фармацевтических организаций как одно из важнейших условий повышения качества подготовки специалистов со средним медицинским образованием Курганской области.
- Создание условий для перехода специалистов среднего звена медицинского профиля в систему непрерывного медицинского образования через совершенствование последиplomной подготовки с дальнейшей аккредитацией среднего медицинского персонала.
- Внедрение новых методов профориентационной деятельности по формированию осознанного выбора наиболее востребованных и перспективных профессий в сфере здравоохранения, отвечающих потребностям рынка труда Курганской области.

Для реализации задачи по непрерывному медицинскому образованию возникла необходимость выстроить индивидуальную траекторию профессионального самоопределения, становления и роста, которая состоит из трех этапов:

1 этап «Профессиональное самоопределение на медицинскую профессию» данное профориентационное направление реализуется через инновационный проект «Медицинский навигатор» в рамках межведомственного взаимодействия.

2 этап «Профессиональное становление будущего специалиста», которое предусматривает организацию образовательного процесса по профессиональным модулям на базах медицинских организаций; участие в реализации социально-значимых, медико-социальных проектах; конференциях УИРС и конкурсы профессионального мастерства среди студентов с учетом стандартов чемпионатного движения WorldSkills.

3 этап «Профессиональный рост» включает в себя повышение квалификации и профессиональную переподготовку лиц со средним медицинским и фармацевтическим образованием по дополнительным профессиональным программам, с последующей сертификацией специалистов. В дальнейшем переход к аккредитации среднего медицинского персонала.

Выполнение третьего этапа является приоритетной задачей многофункционального центра прикладных квалификаций ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж». Для обеспечения высокого качества медицинской помощи медицинский работник должен постоянно совершенствоваться. Он обязан быть в курсе новейших достижений медицинской науки и поддерживать свой уровень знаний и навыков.

Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами - такова цель подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Данная подпрограмма для удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи предусматривает:

-устранение дефицита кадров, региональных и структурных диспропорций, в том числе между средним медицинским персоналом и врачами;

-переход на практико-ориентированные образовательные технологии в условиях создания системы непрерывного профессионального образования, направленные на подготовку высококвалифицированных специалистов, мотивированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений и навыков, необходимых для достижения и сохранения высокого качества профессиональной деятельности в соответствии с требованиями профессиональных стандартов в здравоохранении, а так же стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания.

Качество оказания медицинской помощи населению, оптимальное использование ресурсов системы здравоохранения, повышение эффективности здравоохранения субъектов страны, определенные Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598, напрямую зависят от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки,

Опираясь на действующую законодательную базу, термин непрерывное медицинское образование, можно определить, как обязательное для медицинских и фармацевтических работников, постоянное обучение по программам повышения квалификации, которое начинается после получения специальности и длится в течение всей жизни.

Основная цель непрерывного медицинского образования - обеспечение гарантии гражданам РФ, что в медицинских организациях оказывается качественная и безопасная медицинская помощь в соответствии с международными показателями.

Статья 69 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011года предусматривает право на осуществление медицинской деятельности лиц, получивших медицинское образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности.

Успех реализации системы непрерывного медицинского образования в Курганской области заключается в интеграции таких ресурсов как: Департамента здравоохранения Курганской области, профессиональной образовательной организации (МФЦПК ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»), медицинских и фармацевтических организаций, общественных организаций (Ассоциация средних медицинских работников Курганской области). Распределение направлений и содержание деятельности между участниками системы непрерывного медицинского образования представлено на рисунке 2.

В рамках представленного взаимодействия Министерство здравоохранения РФ обеспечивает единую нормативную базу и единство подходов. Задачей ГБОУ ДПО «ВНУМЦ» является разработка методических материалов в сфере непрерывного профессионального образования (в том числе новые программы дополнительного профессионального образования).

МФЦПК ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж» отвечает за учебно-методическое обеспечение реализации дополнительных профессиональных программ (разработка рабочих программ, дидактических материалов, фонда контрольно-измерительных материалов, технологий обучения), а так же обеспечивает аккредитацию образовательных модулей, с последующим размещением на интернет-портале непрерывного медицинского образования.

В рамках приведенной схемы медицинские и фармацевтические организации обеспечивают практико-ориентированные образовательные технологии, являясь базами практик, стажировок. Кроме того, представителей медицинских и фармацевтических организаций следует включать в состав аккредитационной комиссии.

Работодатель, являясь представителем медицинской организации согласовывает работнику выбранные цикл обучения и обеспечивает связь с интернет-порталом, в том числе по использованию виртуального образовательного сертификата.

Роль общественных профессиональных некоммерческих организаций (Ассоциация средних медицинских работников Курганской области) заключается в организации образовательных мероприятий: конференции, семинары, в том числе с использованием дистанционных технологий. Данные мероприятия размещаются на интернет-портале с присвоением зачетных единиц. Представители общественных организаций также включаются в состав аккредитационной комиссии.

Основной функцией интернет-портала является связь с медицинской организацией и регистрация образовательной активности медицинского работника. Подобное межведомственное взаимодействие обеспечит консолидацию усилий, направленных на повышение качества последипломного образования медицинских работников.

Поскольку существует прямая связь между уровнем квалификации медицинских работников и повышением качества оказания медицинской помощи, ее безопасностью, а так же повышением эффективности расходования государственных ресурсов.



Рисунок. 2 Распределение направлений и содержание деятельности между участниками системы непрерывного медицинского образования Курганской области.

Представленная схема взаимодействия позволит планомерно перейти к процедуре аккредитации специалистам Курганской области, получившим дополнительное профессиональное образование по программам переподготовки в сроки, установленные приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 22.12.2017г. №1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» (с 01.01.2019г.).



**ЛУЧШИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ В  
ПОДГОТОВКЕ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ КАДРОВ В  
МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПРАКТИЧЕСКОМ  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

## ТЕХНОЛОГИЯ ЗНАКОВО-КОНТЕКСТНОГО ОБУЧЕНИЯ: ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ

Л. В. Белкина, Е. А. Деговцова

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

Деятельность акушерки в настоящее время характеризуется большим разнообразием оказываемых услуг (участие в высокотехнологичных клинических вмешательствах, оказание первичной медико-санитарной помощи, самостоятельное проведение акушерских манипуляций). Значима роль акушерки в гигиеническом воспитании и обучении населения по таким важным вопросам, как формирование здорового образа жизни, половое воспитание, планирование семьи, безопасное материнство.

Главной задачей совершенствования системы последиplomного образования акушерок считаем подготовку специалистов, ориентированных на достижение высоких результатов в охране репродуктивного здоровья населения. При организации процесса обучения используем современные педагогические технологии. Одним из вариантов современных педагогических технологий являются технологии знаково-контекстного обучения.

*Сущность технологии знаково-контекстного обучения* состоит в организации активности слушателей в соответствии с закономерностями перехода от учебных текстов (знаковых систем) как материальных носителей прошлого опыта к профессиональной деятельности в современных условиях.

*Стратегическим направлением* активизации обучения является не увеличение объема предлагаемой информации, а создание условий осмысленности учения, включение в процесс обучения слушателя на уровне не только интеллектуальной, но и личностной и социальной активности. Важно подчеркнуть необходимость внутридисциплинарных и междисциплинарных связей. Без этого контекстное обучение теряет смысл.

*Адекватной формой организации деятельности* слушателей является не какая-то одна форма, а совокупность всех форм обучения.

Основываясь на теории знаково-контекстного обучения, мы разработали стратегию построения учебного процесса, которая в обобщённой форме выглядит следующим образом:

- в соответствии с квалификационными характеристиками определили модель специалиста, воплощённую в требованиях к компетенциям, на основе этого обозначили контекст профессиональной деятельности, разделив его на более мелкие составляющие;
- для каждого компонента подобрали содержание учебного материала, определили те виды деятельности слушателей, которые позволят им усвоить этот материал.

Моделирование профессиональной деятельности слушателей осуществляем с помощью трех типов взаимосвязанных моделей: семиотической, имитационной, социальной.

*Семиотическая модель* содержит учебные тексты (лекционные, учебные задачи и задания); присвоение знаний - индивидуальное; единица работы – речевое действие.

*Имитационная модель* содержит модели профессиональных ситуаций; присвоение – через самостоятельное мышление; единица работы – «профессиональноподобное» действие.

*Социальная модель* содержит проблемные ситуации; присвоение происходит в совместных формах работы в интерактивных группах; единица работы – поступки.

Мы разделяем положение о том, что невозможно овладеть тем или иным действием, наблюдая за тем, как его выполняют другие, или читая книги, слушая рассуждения специалистов. Только включение в процесс и неоднократное получение планируемого результата позволит специалисту сказать: "Да, я умею это делать".

При использовании контекстного обучения мы сделали попытку создания такой системы внутренних и внешних условий поведения и деятельности слушателей, которая бы позволила слушателям развиваться в ходе индивидуального и совместного анализа и решения профессиональных ситуаций.

Мы предположили, что внедрение технологии знаково-контекстного обучения позволит нам реализовать в образовательном процессе следующие принципы:

- принцип преемственности традиционных и новых педагогических технологий;
- принцип единства обучения и воспитания профессионала;
- обеспечение личностного включения слушателей в учебную деятельность;
- принцип ведущей роли совместной деятельности.

При внедрении знаково-контекстной технологии в специальности «Акушерское дело» в течение года мы проводили анкетирование акушерок по специально разработанным для этого анкетам.

Нас интересовали: возраст, уровень образования, занимаемая должность, стаж работы акушеркой, наличие квалификационной категории, основные мотивации повышения квалификации, мнение о сроках и формах повышения квалификации, о формах проведения занятий в ЦПК.

Слушатели отметили темы лекционных и практических занятий, которые были наиболее интересны и актуальны по их мнению, и те темы, которые не вызвали особого интереса. В анкетах слушатели рассказали о трудностях во время обучения. В процессе анализа полученных результатов вносились коррективы в ход образовательного процесса с учетом пожеланий и замечаний слушателей. Особое внимание мы уделили темам занятий, которые не вызвали интереса у слушателей.

*Особенности построения лекционного курса в контекстном обучении* связаны с тем, что слушатели должны усвоить тот объем теоретических знаний, который им необходим при выполнении их профессиональных обязанностей. Эпиграфом к работе над материалами лекционного курса послужили слова А. Франса: *«Не старайтесь удовлетворить своё тщеславие, обучая их слишком многому. Возбудите только любопытство. Откройте своим слушателям глаза, но не перегружайте их мозг. Достаточно заронить в него искру и огонь сам разгорится там, где для него есть пища».*

Мы выделили основные структурные блоки, которые необходимо повторять слушателям по специальности «Акушерское дело», независимо от возраста, занимаемой должности, стажа работы, наличия квалификационной категории, профессиональной подготовки. Темы лекционных занятий, в которые заложены основы классического акушерства, были предложены слушателям для самостоятельного повторения со сдачей зачетов на практических занятиях (например, диагностика беременности в раннем и позднем сроке, анатомически узкий таз, тазовое предлежание плода, неправильное положение плода и некоторые другие).

Мы считаем, что с помощью контекстных лекций обеспечивается последовательный переход от простой передачи информации до активного освоения содержания лекции с включением механизмов погружения акушерок в профессиональный контекст через конкретные ситуации.

#### *Практические занятия.*

Известно, что критически осмыслить свое собственное понимание можно только в том случае, если взглянуть на него со стороны. Для того, чтобы вывести специалиста на этапе профессиональной подготовки на новый уровень понимания специфики и трудностей в профессии и способствовать развитию рефлексии, на практических занятиях используем следующие *виды организации самостоятельной деятельности слушателей*: решение проблемно-ситуационных задач, выполнение профессионально-ориентированных заданий, диалоговое обучение в парах, симуляционно-тренинговые технологии, работа со специальной медицинской литературой и нормативно-правовыми документами.

Осознание своего незнания или осознание заблуждения в отношении проблем, с которыми сталкивается специалист в решении профессиональных задач, для слушателя является толчком к переходу понимания важности своей подготовки на новый уровень. При каждом акте такого осознания в учебном процессе слушатель расширяет границы своих представлений, обнаруживая возможность с помощью преподавателя и своих коллег взглянуть на привычную ситуацию с какой-то новой позиции. В конце каждого практического занятия проводится анализ типичных ошибок с привлечением самих слушателей к объяснению причин их возникновения и поиску путей преодоления. С их помощью у слушателей формируется коллективное понимание не только

специфики, но и сложности профессиональной деятельности. Это обстоятельство является определяющим условием для социальной значимости, карьерного роста и профессиональной успешности специалиста.

Технологии знаково-контекстного обучения в системе повышения квалификации акушерок способствуют достижению поставленной задачи, а, именно, подготовка специалистов, ориентированных на достижение высоких результатов в охране репродуктивного здоровья населения.

### **Библиографический список**

1. Андреев В.И. Педагогика высшей школы: Инновационно-прогностический курс. – Казань: Центр инновационных технологий, 2005.
2. Вербицкий А.А. Новая образовательная парадигма и контекстное обучение. М., 1999.
3. Змеев С.И. Андрагогика: основы теории и технологии обучения взрослых. – М.: ПЕР СЭ, 2003.
4. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: Уч. пос./Под ред. Е.С.Полат. – М.,2001.
5. Попков В.А. Теория и практика профессионального образования. – М., 2004.

### **ИГРА-СИМУЛЯЦИЯ, КАК МЕТОД ОБУЧЕНИЯ В АНДРАГОГИКЕ**

Т.Н.Белоусова, Н.П.Девяткина

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

Модернизация профессионального образования, переориентация его на личностную парадигму и компетентностный подход, современные темпы роста научной информации требует от образовательных организаций перестройки взглядов на процесс обучения медицинских работников, побуждают преподавателей внедрять новые педагогические приемы.

Стратегическим направлением интенсификации обучения в современных условиях становится создание дидактических и психологических условий для осмысленности обучения, включения в этот процесс обучающихся не только на уровне интеллектуальной, но и личностной активности.

Педагогическая база современных образовательных программ в системе последипломного обучения медицинских работников основывается на андрагогических положениях и принципах, с использованием, наряду с традиционными методами, интерактивных методик.

Обучение взрослых предполагает активную работу всех участников процесса обучения, взаимодействие обучающегося как с преподавателем, так и с другими обучающимися, их взаимопомощь в процессе обучения, обмен опытом. Благоприятная психологическая атмосфера обучения взрослых людей характеризуется взаимным уважением участников процесса обучения, эмпатическим, доброжелательным отношением друг к другу.

Значительный интерес в профессиональном образовании вызывают игровые (симуляционные) технологии, позволяющие воспроизводить клинические ситуации с целью обучения, повторения, оценки и исследования. Методики симуляции варьируют от базового уровня в виде вербальной симуляции до более совершенных, с применением компьютеризированных манекенов различного уровня реалистичности, и таких, как стандартизированные или симулированные пациенты.

Имеющийся опыт андрагогической деятельности преподавателей БУ ДПО ОО ЦПК РЗ позволяет использовать игровые технологии при проведении занятий по таким учебным дисциплинам, как: современные технологии сестринского ухода, акушерство и гинекология, терапия, хирургия, педиатрия, реаниматология и др. Игры-симуляции применяются не только самостоятельно в рамках изучаемой проблемы, но и как дополнение в другую технологию для достижения учебных целей, что является одним из перспективных методов оптимизации образовательного процесса.

Игровые формы обучения в наибольшей мере способствуют приобретению навыков социального взаимодействия в ходе игровых действий и формированию необходимых компетенций через личностную причастность к профессии.

В зависимости от учебных целей различают обучающие, тренировочные и контролирующие игры.

По характеру игровой деятельности выделяют предметные, сюжетно-ролевые, деловые, имитационные игры и игры-драматизации (или «катастрофы»).

Игры-симуляции строятся на интенсивном взаимодействии играющих (включая мозговые штурмы, групповые и межгрупповые дискуссии), на индивидуальном и коллективном принятии решений, многократном повторении изучаемых медицинских технологий.

В имитационных играх не предусматриваются подробные инструкции для поведения и принятия решений в смоделированной производственной среде, а лишь имитируются некоторые принципы (технологии), определяющие поведение специалистов и алгоритмы их действий.

Главная цель игры-симуляции состоит в осознании участниками смысла и целесообразности командного взаимодействия, сотрудничества, поиска компромисса или выработки консенсуса, в развитии аналитического потенциала и лидерских качеств специалиста.

Реализация игровой технологии требует координации работы игровых групп (внутрикомандную и межгрупповую), оказания помощи и эмоциональной поддержки играющим, экспертной оценки содержания работы и эффективности полученных в процессе игрового взаимодействия результатов, осуществления «обратной связи» для выявления степени удовлетворенности участников игры и руководства послеигровой дискуссией (дебрифинг), которая несет большую смысловую нагрузку и дает разностороннее представление о проблеме (задаче), улучшает восприятие новой информации, актуализирует механизмы коллективной и индивидуальной ответственности.

Конечно, игровые технологии не заменяют в полной мере клиническую практику, а условия моделирования ситуации имеют отличия от реальной, но возможность формирования и совершенствования профессиональных компетенций без риска для пациента, отсутствие стресса для обучающегося, увеличивает ценность игр-симуляций в медицинском образовании и открывает новые горизонты для повышения квалификации специалистов здравоохранения.

### **ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ 1 И 3 КУРСОВ ОТДЕЛЕНИЯ «ФАРМАЦИЯ» БПОУ ВО « ВОЛОГОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Ю.В. Богданова

*БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж», г. Вологда*

Развитие российского общества требует от системы образования подготовки не просто специалистов, но и морально и нравственно развитого, обладающего широкой эрудицией, способностью и стремлением к самообразованию Гражданина. Именно поэтому от современного образования требуется развитие у студентов не только компетенций профессиональных, но и общекультурных.

Общекультурные компетенции отличаются от других своей постоянностью. Они остаются на всю жизнь, при этом существующие компетенции помогают в дальнейшем в приобретении новых, которые помогают развиваться дальше и достигать новых высот и в профессиональном становлении.

Изучая интересы студентов, необходимо формировать различного рода программы, которые будут учитывать возможности и профессиональную специализацию студента.

В процессе внеучебной деятельности формируются различные общекультурные и личностные компетенции студентов, которые имеют различную направленность в зависимости от того проекта в котором заняты студенты.

Выпускник должен обладать не только профессиональными, но и общекультурными компетенциями, поскольку современный рынок труда требует специалиста с высоким уровнем профессиональной подготовки, обладающего психологической устойчивостью к нагрузкам, стрессовым ситуациям, способностью ориентироваться в постоянно изменяющейся обстановке, работать в команде, мобилизоваться, перестраиваться, принимать самостоятельные решения, вести переговоры и т.п.

С целью анализа формирования общекультурных компетенций у студентов 1 и 3 курса отделения «Фармация», было проведено анкетирование по выявлению формирования общекультурных компетенций, с последующим анализом и выводами.

Анкетирование проведено по следующим методикам:

- опросник «Стиль саморегуляции поведения» Морсанова В.И.;
- самооценка творческого потенциала личности;
- диагностика коммуникативных и организаторских склонностей;
- методика изучения мотивации обучения Т.И. Ильиной;
- В.И. Андреев. Оценка способности к саморазвитию, самообразованию.

Нами были опрошены студенты 1 и 3 курсов Вологодского областного медицинского колледжа, направления подготовки "Фармация" в количестве 35 человек и были получены следующие результаты.

Опросник «Стиль саморегуляции поведения» Морсанов В.И. Цель методики -это диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств - гибкости и самостоятельности.

По шкале планирование, моделирование и программирование наиболее высокие результаты показали студенты 1 курса, наиболее низкие студенты 3 курса, по шкалам оценивание и гибкость студенты 1 и 3 курсов показали одинаковый процент по результатам анкетирования. Высокий результат по шкале «Общий уровень саморегуляции» показали 20% студентов как 1 так и 3 курса, низкие результаты по этой шкале показали студенты 1 курса – 30% по сравнению с 3 курсом-10%.



Самооценка творческого потенциала личности. Методика позволяет определить самооценку личностных качеств либо частоту их проявления, которые и характеризуют уровень развития творческого потенциала личности.

Среди студентов 1 курса значительный творческий потенциал заложен у 4,3%, у 65, 8% - есть барьеры, которые мешают творить.

Студенты 3 курса набрали среднее количество баллов, что говорит о наличии страха, боязни неудачи, боязни осуждения.

Диагностика коммуникативных и организаторских склонностей.

У студентов 1 и 3 курсов отмечается преобладание организаторских склонностей- 58, 4 % и 54, 5% соответственно.

У студентов 1 курса отмечается высокий уровень проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, стремятся расширить круг своих знакомых, помогают близким и друзьям, проявляют инициативу в общении, способны принимать решения в трудных, нестандартных ситуациях.

У студентов 3 курса - средний уровень проявления способностей. Они стремятся к контактам с людьми, отстаивают свое, однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью. Требуется дальнейшая воспитательная работа по формированию и развитию этих качеств личности.

Методика изучения мотивации обучения Т.И. Ильиной предполагает оценку качеств, которые человек ценит в себе, от каких качеств человек хотел бы избавиться, а также качества, которые помогают и мешают учиться.

Среди качеств, которые ценят в себе студенты преобладают: 1 курс- настойчивость, трудолюбие, упорство, дисциплинированность, доверие; 3 курс – доброта, рвение к учебе, хорошая память, коммуникабельность, общительность.

Среди качеств, от которых студенты хотели бы избавиться преобладают: 1 курс-скандальность, агрессивность, доверчивость, легкомыслие; 3 курс- лень, нерешительность.

Качества, которые мешают учиться: 1 курс- медлительность, лень; 3 курс- невнимательность, лень.

Качества, которые помогают учиться: 1 курс- любопытство, усердие, трудолюбие, целеустремленность, интерес, терпение; 3 курс- целеустремленность, упорство, усидчивость, желание добиться успеха в работе, трудолюбие, настойчивость.

В.И. Андреев. Оценка способности к саморазвитию, самообразованию.

Студенты 1 курса в среднем набрали 33,7 баллов - способность к саморазвитию и самообразованию находится на уровне чуть выше среднего.

Студенты 3 курса тоже в среднем набрали 33 балла - способность к саморазвитию и самообразованию находится на уровне чуть выше среднего.

По итогам исследований высокий общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека показали 20% студентов, как первого, так и третьего курсов.

По показателю творческого потенциала личности у студентов 1 и 3 курсов есть качества, которые позволяют творить, но есть и барьеры. Самый опасный – это страх, особенно если ориентация идет только на успех.

При диагностике коммуникативных и организаторских склонностей у студентов 1 и 3 курсов отмечается преобладание организаторских склонностей, на овладение профессией и получение диплома, большую мотивацию имеют студенты первого курса, студенты третьего курса - на приобретение знаний, а способность к саморазвитию, самообразованию у студентов обоих курсов находится на уровне чуть выше среднего.

Исследование общих компетенции у студентов в образовательном учреждении еще находится на уровне формирования, что не дает возможности проследить их уровень на каждом году обучения в динамике и требует совершенствования методики исследования.

### **Библиографический список**

- 1.Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 33.02.01 Фармация от 12 мая 2014 г.
- 2.Бурухин высшей школы: концепция новой образовательной модели // Высшее образование в России. 2008. №2. С. 4.
- 3.Формирование компетенций в практике преподавания общих и специальных дисциплин в учреждениях среднего профессионального образования: сб. ст. по материалам Всерос. науч.-практ. конф., 5 мая 2011 г. / науч. ред. Э. Ф. Зеер. Екатеринбург-Березовский: Филиал Рос. гос. проф.-пед. ун-та в г. Березовском, 2011.
- 4.Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. // Высшее образование сегодня. 2003. № 5. С.34 – 42.
- 5.Олейникова О.Н. Модульные технологии: проектирование и разработка образовательных программ: учебное пособие / О.Н. Олейникова, А.А. Муравьева, Ю.Н. Коновалова, Е.В. Сартакова. Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Альфа-М; ИНФРА-М, 2010. 256 с.
- 6.Словарь-справочник современного российского профессионального образования / авторы-составители: Блинов И.И., Волошина И.А., Есенина Е.Ю., Лейбович А.Н., Новиков П.Н. – Выпуск 1. – М.: – ФИРО, 2010. 19 с.

7.Формирование компетенций в практике преподавания общих и специальных дисциплин в учреждениях среднего профессионального образования: сб. ст. по материалам Всерос. науч.-практ. конф., 5 мая 2011 г. / науч. ред. Э. Ф. Зеер. Екатеринбург-Березовский: Филиал Рос. гос. проф.-пед. ун-та в г. Березовском, 2011.

8.Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования // Народное образование. – 2003. – № 2. – С. 58–64; № 5 – С. 55–61.

## **ПОДГОТОВКА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКОМ**

Е.А. Васильева

*НФ ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж», г.Новокузнецк*

Экономическое и социальное развитие любого общества определяется качеством подготовки специалистов профессиональных образовательных учреждений, успешным освоением студентами учебной программы, востребованностью в соответствии с полученным образованием и эффективностью их трудоустройства, быстрой производственной адаптацией.

Как социальная группа студенты характеризуются профессиональной направленностью. Это время становления человека как будущего деятеля, что учитывается нашими педагогами в содержании, проблематике и приемах организации учебной деятельности. Поэтому учебные задания направлены как на понимание, осмысление, так и на запоминание и структурирование в памяти студента усваиваемого материала, его сохранение и целенаправленную актуализацию. Образование должно содержать профессионально-ориентированный компонент, формирующий возможность использования сформированных компетенций в практической деятельности.

Освоение программы учебной дисциплины «Иностранный язык» способствует формированию общих (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций:

ОК.1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.

ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

Поэтому обучение иностранному языку в нашем медицинском колледже профессионально ориентировано. Учебная деятельность студентов на занятии организуется следующим образом: каждая тема начинается с введения лексического минимума, затем представлены лексико-грамматические задания, направленные на формирование и совершенствование умений и навыков студентов в чтении и переводе медицинских текстов, в составлении и презентации монологических или диалогических высказываний профессионального характера.

Для формирования специалистов нового поколения студентам необходимо заниматься внеаудиторной самостоятельной работой на протяжении всего периода обучения. С этой целью мной были разработаны методические рекомендации по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы студентов для всех специальностей. В них подробно расписан план данного вида работы, содержание каждой темы (количество часов на ее выполнение, цель

работы, общие указания к выполнению работы, форма отчётности и контроля), система оценивания внеаудиторной самостоятельной работы и перечень литературы.

Вопросы и задания для самостоятельной работы определяются с учётом выделенного на них времени в программах и охватывают учебный материал по изучаемой тематике, не рассматривающийся на аудиторных занятиях. Задания разнообразны: заучивание правил инфекционной безопасности и симптомов заболеваний, работа с профильно-ориентированными текстами, перевод инструкций по медицинскому применению лекарственных средств, составление кроссвордов, опорных схем, планов, оформление таблиц, рассказов, подготовка и заучивание диалогов, пересказов текстов по ассоциограмме или опорной схеме, подготовка ролевой игры, слайд – презентаций, подбор дополнительной информации и подготовка проектов и реферативных сообщений.

Разнообразие заданий, аутентичность материала, профессиональная направленность поднимают интерес к иностранному языку и усиливают мотивацию его изучения; способствуют расширению лексического запаса, профессионального кругозора обучающихся и формированию у них иноязычной коммуникативной компетенции, в том числе общеучебной и информативной компетенций.

Контроль и оценка результатов освоения дисциплины осуществляется преподавателем в процессе проведения практических занятий через устный опрос, устное сообщение, инсценировку диалога, реализацию мини-проекта, демонстрацию (предъявление) слайд-презентаций, таблиц, кроссвордов в письменном виде.

Поскольку студенты чрезвычайно чутки к оценочным суждениям педагога, отметка должна отражать динамику его роста, степень его продвижения в освоении учебной дисциплины для того. Студенты с низкой языковой подготовкой нередко затрудняются ответить, дают неправильный ответ, поэтому не стоит ставить им отрицательные оценки, чтобы у них не угас интерес к изучению иностранного языка. Также неточный ответ не должен сравниваться с хорошим, а студенты противопоставляться друг другу, тогда у более слабых не возникнет чувство унижения, неполноценности, зависти к чужому успеху, а сильные не будут утверждаться в своем превосходстве над сверстниками, что оборачивается взаимным приписыванием несвойственных черт.

Также важным фактором для формирования нового поколения здравоохранения является установка обратной связи во время занятия. Педагогу необходимо знать, какое впечатление оставляет у студентов каждое занятие. Дело в том, что совместный поиск истины возможен лишь в условиях равнопартнерского сотрудничества. Плодотворный диалог основан на взаимном доверии, открытости, безбоязненном выражении взглядов, мыслей и чувств, поэтому огромное значение для наших преподавателей обрели актуальные вопросы: как

действовать и вести себя, чтобы быть понятым обучающимися, и как помочь студентам понять друг друга, что способствует в дальнейшем их эффективному взаимодействию с коллегами и пациентами в профессиональной практической деятельности

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

И.П. Вершинина, Т.И. Проценко

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная помощь — это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента.

На сегодняшний день, по причине приумножения числа онкобольных и глобального старения людей процент числа incurable больных ежегодно растет. Индивиды, страдающие онкологическим недугом, испытывают непереносимые алгии, а потому и нуждаются в едином медицинском подходе, социальной поддержке. Поэтому решение проблемы паллиативной помощи не теряет собственной актуальности и необходимости.

Цель паллиативной помощи достигается путем облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи. Таким образом, паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

На сегодняшний день действует приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. N 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению", а также приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» (далее — Порядок), в пунктах 19 и 20 которого предусмотрена паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Она оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, и включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли, в том числе с применением наркотических средств, и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний.

Паллиативную помощь оказывают не только медицинские работники, но и волонтеры, религиозные деятели, общественные организации. Работать с умирающими людьми не каждому под силу. Например, медицинская сестра паллиативной помощи должна не только иметь профессиональные навыки выполнения процедур (инъекции, капельницы, установка катетеров, подключение больного к аппаратам, поддерживающим жизненно необходимые функции организма), но и обладать такими качествами, как сострадание, человеколюбие, уметь быть психологом, помогающим пациентам спокойно воспринимать их положение и близкую смерть. Нужно понимать, что и на самих медработников паллиативной помощи род их деятельности оказывает негативное воздействие. Постоянное присутствие рядом с умирающими часто приводит к депрессии, нервным срывам либо вырабатывает равнодушие к чужой боли, что является своего рода психологической защитой. Именно поэтому неопределимо важно со всеми занимающимися паллиативной помощью регулярно проводить обучение, семинары, тренинги.

При проведении практических занятий у специалистов, оказывающих паллиативную помощь необходимо пробудить интерес к изучаемой теме, выяснить какие трудности испытывают они при выполнении лечебно-диагностических процедур, насколько профессионально умеют работать с документацией в рамках своей профессиональной деятельности, работать в команде, быть лидером, готовы ли анализировать свои ошибки и добиваться поставленных целей. Всего этого можно достичь при проведении тренингов.

В симуляционно-тренинговом центре БУ ДПО ОО ЦПК РЗ созданы все необходимые условия для активной практической деятельности обучающихся. Оснащение центра техническими средствами обучения, симуляторами различного уровня реалистичности не только расширяют спектр обрабатываемых умений и навыков, но и выводят эффективность обучения на очередной, качественный уровень. Материальная база позволяет реализовывать различные формы организации обучения с использованием фантомов, муляжей, симуляционных элементов, таких как:

- мастер-классы для формирования и совершенствования профессиональных компетенций;
- тренинги, обеспечивающие готовность специалистов выполнять как определенного вида услуги, так и комплексные задачи в рамках нового вида профессиональной деятельности.

Важным направлением в обучении специалистов, оказывающих паллиативную помощь являются психологические тренинги, направленные на развитие профессиональных компетенций и личностного роста, которые также проводятся в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ.

С целью применения возможностей симуляционного обучения при реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации медицинских работников был разработан и проведен простой четырехэтапный тренинг.

Структура данного практического занятия содержит несколько этапов:

*организационный момент* - на этом этапе осуществляется проверка готовности аудитории и слушателей к проведению занятия. Озвучивается тема занятия; далее *брифинг* - проводится актуализация темы в интерактивной форме с привлечением слушателей (выявляется проблема, связанная с недостатком знаний/умений в ходе решения профессионально ориентированной задачи, предложенной преподавателем), определяется цель и формулируются задачи занятия. Затем *контроль исходного уровня знаний*, путем выполнения слушателями заданий в тестовой форме по теме.

Далее проводится *инструктаж слушателей* об этапах предстоящей самостоятельной работы, форме симуляционного тренинга, методах контроля за выполнением самостоятельной работы.

Непосредственно *работа слушателей в симуляционной секции*: совершенствование практических навыков с применением метода простого четырехэтапного тренинга:

1. Демонстрация эталона действий преподавателем без комментариев и пояснений.
2. Демонстрация эталонного выполнения преподавателем с пояснениями.
3. Демонстрация эталонного выполнения с комментариями обучающихся (участников тренинга).
4. Самостоятельное многократное выполнение обучающимися отрабатываемой технологии.

Затем осуществляется *решение профессионально-ориентированных задач* с выполнением практических заданий: обучающиеся анализируют предложенную ситуацию, изучают медицинскую документацию и выполняют индивидуальное задание с использованием симулятора.

Веб-камера фиксирует выполнение практического задания каждого слушателя.

Важнейшим этапом тренинга является *дебрифинг* – это обсуждение приобретенного слушателями опыта, анализ действий обучаемых, обеспечивающий обратную связь для оценки качества выполнения симуляционного задания и закрепления полученных навыков и знаний.

Для эффективного проведения дебрифинга необходимо разделить его на несколько этапов:

1. Рассадить участников таким образом, чтобы они могли видеть друг друга, дать возможность выйти из роли, расслабиться и коротко обменяться личными впечатлениями.
2. Напомнить участникам о целях и задачах практического тренинга и вовлечь их в обсуждение, задавая открытые вопросы, позволяющие акцентировать внимание и память на важных моментах проделанной работы, опираясь на эмоциональный отклик и психологическое состояние обучающихся.



3. Просмотреть видеозаписи самостоятельной работы слушателей, сопровождая обсуждением и всесторонним анализом результатов тренинга для оценки степени решения поставленных задач обучения.

4. На заключительном этапе провести обобщение, полученного обучающимися опыта, актуализацию его применения в их дальнейшей профессиональной деятельности.

На заключительном этапе занятия рекомендовано *Тестирование или Контрольное выполнение задания* с целью объективного подтверждения результатов тренинга и успешности индивидуального практического опыта.

Опыт проведения практических занятий с применением тренинга наглядно показывает нам более высокое качество выполнения слушателями технологий ухода за пациентом.

Таким образом, симуляционное обучение даёт возможность медицинским работникам совершенствовать профессиональные компетенции, которые позволят им в дальнейшем самостоятельно решать задачи и проблемы ухода за пациентом при оказании паллиативной помощи.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СИМУЛЯЦИОННЫХ МЕТОДИК ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ТОМСКОГО БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА**

Г.П. Голованова

*ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Реализация приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения, процессы реформирования и модернизации отрасли выявили с особой остротой проблему профессиональной подготовки медицинских работников[6].

Повсеместно в отрасли ощущается острый дефицит специалистов высокой квалификации. Поэтому закономерно что одним из главных направлений в сфере медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки и переподготовки медицинских работников среднего звена при сохранении должного уровня теоретических знаний.

Основной стратегической целью государственной политики в области образования является повышение доступности и качества профессионального образования, соответствующего требованиям современных тенденций педагогических инноваций. Решать эти вопросы можно за счет поиска внутренних резервов, а это возможно только при активном внедрении и использовании современных педагогических технологий, которые позволяют реализовать

компетентностный и модульный подходы, с изменением технологического обеспечения организации образовательного процесса. Результатами освоения образовательных программ сегодня являются компетенции, овладение которыми рассматривается как основная цель обучения. Перечень компетенций рассматривается как комплексная профессиональная модель, соответствие которой является основной целью профессионального образования [1]. Современные тенденции медицинского образования предлагают использование симуляционной техники, позволяющей достичь максимальной степени реализма при имитации разнообразных клинических сценариев, а также отработки технических навыков отдельных диагностических и лечебных манипуляций. Для обеспечения высокого качества подготовки специалистов только наличия тренажеров недостаточно. Необходимо использование определенных педагогических технологий, обеспечивающих преемственность системы формирования, отработки и совершенствования практических навыков и готовность к выполнению профессиональной деятельности[2].

Обучение с привлечением средств новых информационных технологий предоставляет широкие возможности для обучения и обучаемых в предоставлении обратной информационной связи [3].

В Томском базовом медицинском колледже на отделении последипломной подготовки проводится повышение квалификации и специализация фельдшеров, медицинских сестер, акушерок, лаборантов. Программы в системе дополнительного среднего профессионального образования модернизированы с учетом современных тенденций развития профессионального образования и запросами работодателя, ведется тесное сотрудничество с ассоциацией медицинских сестер Томской области. Преподавателями колледжа активно внедряется в учебный процесс инновационные и интегративные педагогические технологии. Как показал опыт работы на отделении повышения квалификации, предшествие изучения теоретической части материала по средствам дистанционного образования, отработке практических навыков дает положительные результаты. Первым этапом, через который проходят обучающиеся, является теоретическая подготовка - это разработанный специальный курс по одному из разделов медицины. Изучать данный дистанционный курс возможно в любое удобное время для записавшихся на повышение квалификации, и после успешного освоения теоретической части – итоговый тест.

После этого возможно перейти в учебные аудитории для освоения практических навыков, где по темам собраны тренажеры для отработки отдельных медицинских манипуляций: сердечно-легочная реанимация, восстановление проходимости ВДП, сосудистый доступ, десмургия и иммобилизация, транспортировка, катетеризация мочевого пузыря, постановка клизмы, промывание желудка, уход за стомами.

А затем, имея теоретическую подготовку (первый этап), владея практическими навыками (второй этап), обучающийся или небольшая группа специалистов, повышающих свой профессиональный уровень, попадает на симуляционное занятие, где в условиях, приближенных к настоящим (реальная обстановка, реальное оборудование, полноростовой манекен), они путем многократного повторения и разбора ошибок добиваются совершенства своих навыков, навыков работы в команде. В условиях перехода на новую систему допуска к профессиональной деятельности при получении специализации, т.е. приобретении новых профессиональных навыков медицинскими специалистами, симуляционные методики приобретают особую значимость, т.к. являются безопасными для отработки навыков как для пациента, так и для обучающегося.

С целью удовлетворенности качеством и доступностью образования в условиях занятости на производстве повышающих свою квалификацию медицинских специалистов, было проведено анкетирование. Которое выявило, что дистанционное изучение теории более доступно и приемлемо для работающих специалистов, так как не требует присутствия в учебной аудитории в конкретное время (95% опрошенных). Симуляционные методики воспринимаются как более безопасные и действенные формы отработки конкретной медицинской манипуляции в условиях приближенных к реальной ситуации с большой вероятностью того, что в подобной ситуации обучающийся среагирует подобным образом, т.е. по алгоритму, который отработался и сформировался на симуляционном занятии, также бесценен опыт работы в команде.

В современных условиях целью обучения становится не простая трансляция имеющейся информации, а раскрытие индивидуальных способностей личности, развитие ее умственной активности, готовность человека к отбору необходимых знаний путем критического анализа, осмысления информации и умением самостоятельно принимать решение. [4,5].

Модернизация образования требует от современного преподавателя постоянного совершенствования педагогического, профессионального мастерства. Инновационные методы обучения направлены не только на повышение мотивации к изучению материала, но и на оптимизацию работы преподавателей. Все современные образовательные технологии направлены на подготовку высококвалифицированных специалистов[6].

Практически ежегодно проводятся научно-практические конференции по актуальным вопросам здравоохранения, педагогики среднего профессионального образования. Рассматриваются и анализируются проблемы организации учебного процесса, методов обучения, в соответствии с новыми требованиями к реализации компетентностного подхода и инновационных форм сопровождения образовательного процесса в образовательных организациях среднего профессионального образования. Согласно Концепции развития

образования РФ до 2020 года, одной из приоритетных задач является обеспечение инновационного характера базового образования и наш колледж принимает активное участие в ее реализации.

### **Библиографический список**

1. Романцов М.Г. Мельникова И.Ю. Инновации в медицинском образовании посредством внедрения педагогических технологий. Успехи современного естествознания. 2015; 2: 189-194.
2. Агаршева О. В. Симуляционное обучение в подготовке медицинских специалистов. Материалы межрегиональной заочной научно-практической конференции. педагогические традиции и инновации в работе профессиональной образовательной организации: 23 марта 2018 г. – Ижевск, 2018; с. 14-16.
3. Сулейменова А.С. Инновационные модели обучения в медицинском колледже «Болашак». Молодой учёный. 2017; 19.1 (153.1): 8-9.
4. Ивлева Н.В. Реализация нового Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования на основе технологии компетентностно-ориентированного обучения при изучении медицины катастроф. Медицинская сестра. 2015; 2: 53-55.
5. Амиров А. Ф. Опыт реализации интегративно-деятельностного подхода к обучению студентов медицинского колледжа. Pedagogical Journal. 2016; 4:270-281.
6. Муравьев К.А., Ходжаян А.Б., Рой С.В. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10-3. – С. 534-537: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=28909> (дата обращения: 28.09.2018).

### **НОВЫЙ ФОРМАТ КОНКУРСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРТЦВА В ОГБПОУ «ТБМК» (С ПРИМЕНЕНИЕМ СИМУЛЯЦИОННЫХ МЕТОДИК)**

В.Ю. Григорьева, А.О. Дмитриева, Т.Р. Ковалевская  
*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж» г. Томск.*

Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на период 2015-2030 гг. определяет приоритеты и основные направления государственной политики в сфере здравоохранения, а также задачи, решение которых нацелено на сохранение и укрепление здоровья граждан на основе обеспечения повышения доступности и качества медицинской

помощи. Эффективное развитие системы здравоохранения напрямую зависит от качества практической подготовки медицинских специалистов.

Разумеется, без модернизации, укрепления и развития материально-технической базы, обеспечивающей формирование предметно-производственной среды, невозможно организовать обучение по профессиональному модулю на высоком уровне. Так, например, в Томском базовом медицинском колледже в 2015-2018 гг. созданы новые учебные кабинеты, чье оснащение максимально приближенно к профессиональной деятельности медицинского специалиста среднего звена. В настоящее время в колледже работают следующие тренинговые классы: «Процедурный кабинет», «Перевязочная», «Родильный зал», «Женская консультация», «Здоровый ребёнок», «Сердечно-легочная реанимация», «Технологии выполнения медицинских услуг». Однако следует отметить, что сами по себе имитация производственной среды и использование высокотехнологичного оборудования не могут быть гарантией формирования профессиональных компетенций будущего медицинского специалиста. В связи с этим все большее значение приобретают симуляционные методики, имеющие высокую образовательную ценность. Помимо отработки манипуляционной техники, они предполагают разыгрывание клинической ситуации, разработанной по определенным правилам, в моделируемых условиях, приближенных к производственным, и проведением оценки деятельности обучающихся с использованием специально разработанных оценочных средств (чек-листов) и последующим анализом и самоанализом учебной деятельности. Это максимально способствует совершенствованию практической подготовки и повышают объективность оценочных мероприятий.

Закреплению симуляционных методик в преподавании профессиональных модулей способствуют организация деятельности студентов на основе принципов андрагогики, а также эффективное использование возможностей электронного обучения и дистанционных технологий, которые позволяют повысить практикоориентированность аудиторных занятий за счет оптимизации внеаудиторной работы обучающихся.

В свою очередь внедрение симуляционного обучения в образовательный процесс ОГБПОУ «ТБМК» накладывает отпечаток на другие направления педагогической деятельности. В частности, изменился подход к организации и проведению студенческих конкурсов профессионального мастерства. В феврале 2018 г. наш колледж получил интересный опыт проведения конкурса «Диагностика неотложных состояний в хирургии» среди студентов III курса специальности Лечебное дело.

Задачами конкурса были:

- оценка качества профессиональной подготовки будущих специалистов в области диагностики неотложных состояний в хирургии и травматологии;

- развитие профессионального мышления студентов;
- повышение интереса студентов к профессии фельдшера;
- развитие творческого потенциала студентов;
- укрепление связей с практическим здравоохранением.

Практический этап конкурса состоял из двух заданий: 1) диагностика острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости с составлением плана обследования пациента и тактики дальнейшего ведения; 2) диагностика при политравме с заполнением карты вызова скорой медицинской помощи. На выполнение каждого задания выделялось по 20 минут. Для проведения практического этапа конкурса использовалась методика «стандартизированный пациент», а так же был задействован манекен-симулятор для задания по диагностике политравмы.

Работа участников конкурса всесторонне оценивалась по следующим критериям: полнота и последовательность сбора анамнеза, жалоб, правильность проведения объективного осмотра, точность в постановке предварительного диагноза, навыки общения с пациентом и его окружением, соблюдение временного фактора. В качестве экспертов выступали представители практического здравоохранения, врачи и фельдшера станции скорой медицинской помощи, что повышало профессиональную значимость конкурса.

Став участником «игры», приближенной к реальности, участники конкурса должны были найти комплексный подход к «пациенту» в конкретной ситуации: установить контакт с пациентом, собрать жалобы и анамнез, провести осмотр, составить план обследования. Эта работа требовала интеграции знаний, полученных при освоении профессионального модуля «Диагностическая деятельность», а так же знаний по медицинской этике и деонтологии, психологии.

Наибольшую сложность для участников конкурса представляло задание по диагностике политравмы, поскольку студенты практически не сталкивались с подобными ситуациями в реальности. По условиям задания, бригада скорой помощи приехала на место ДТП, пострадавший лежал в 2 метрах от проезжей части, без сознания, очевидцы ДТП оказали ему первую помощь (остановили кровотечение, наложили повязку). Участники конкурса должны были осмотреть пациента, оценить его состояние, поставить предварительный диагноз. Какую-то информацию можно было получить от очевидцев события. Для того чтобы правильно поставить предварительный диагноз, необходимо было выполнить несколько практических манипуляций. Столкнувшись один на один с пациентом, многие студенты испытали стресс, они терялись в последовательности осмотра, игнорировали опасность, не обращались с вопросами к очевидцам происшествия. Еще одним фактором, заставлявшим

забыть о том, что происходящее было «игрой», был режим реального времени, в котором разворачивался сценарий.

Будущий фельдшер должен не просто уметь собирать информацию о пациенте, грамотно проводить осмотр пострадавшего, принимать решение о дальнейших действиях, но и работать в условиях ограниченного времени, поскольку от этого зависит жизнь пациента. Поэтому перед нами встает задача подготовить не просто компетентного в предметной области специалиста. Способность клинически мыслить, оперативно переключаться к другим видам деятельности, быстрота реакции и развитые коммуникативные навыки – все это имеет огромное значение для медицинского специалиста, оказывающего неотложную помощь, в том числе фельдшера скорой помощи. Развитию выше перечисленного способствует разыгрывание сценариев, подобных конкурсному, в ходе практического обучения с обязательным разбором и анализом результатов.

Новый же формат конкурсов профессионального мастерства нацелен на популяризацию симуляционных методик в педагогической и студенческой среде, поиск новых форм и методов подачи учебного материала, интересных «жизненных» клинических сценариев, укрепление партнерских связей с работодателями, поэтому мы считаем, что он окажет положительную роль в подготовке медицинских специалистов среднего звена по специальности Лечебное дело.

#### **Библиографический список**

1. Диклан П. Симуляция и безопасность пациентов ( П. Диклан, М. Мор). Материалы 1-й Всероссийской конференции по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием, Москва, 2012г. – М., 2012 – С. 44-80.
2. Имитационное обучение в системе непрерывного профессионального образования ( Под реакцией чл.- кор. РАМН П.В. Глыбочко – М. : Издательство Первого МГМУ им. Н.М.Сеченова, 2012. – 120с.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Н.Л.Дочкина, И.Г.Иванова, И.В.Чвора, В.А.Чепель

*ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж», г. Кемерово*

Проблема медицинского образования во всем мире является одной из наиболее важных и значимых задач. В начале 80-х годов XX века во многих странах мира осознали, что

медицинское образование недостаточно удовлетворяет как изменяющимся условиям работы системы здравоохранения, так и потребностям и ожиданиям общества. Медицинский работник - это специальность, которой нельзя научить раз и навсегда. Современная медицина развивается так стремительно, что требует постоянного повышения уровня знаний и навыков. Известно, что человек усваивает 10% того, что слышит, 50% того, что видит, 70% того, что проговаривает, и 90% того, что делает сам. Исходя из этого, в системе подготовки специалистов медицинского профиля стремительно занимают ведущие позиции такие активные формы обучения, как тренинги, являющиеся методом передачи технологий действия в интерактивной форме на основе определенной концепции реальности. В ходе тренингов, при выполнении практических заданий в режиме реальной практической ситуации с последующим их разбором и обсуждением медицинские работники повышают уровень своего профессионализма, и, как следствие – качество оказания медицинской помощи.

В Кемеровской области в настоящее время разработана, апробирована и действует система подготовки фельдшеров выездных бригад скорой медицинской помощи с использованием таких современных образовательных технологий и методов, как дистанционное обучение, симуляционное обучение, соревнования в форме тренингов. Одной из целей использования перечисленных образовательных технологий - повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) на догоспитальном этапе.

Острый коронарный синдром – рассматривается в настоящее время как инвалидизирующее состояние и значительно влияющее на качество жизни пациента. Одним из ключевых моментов, влияющим на качество оказания медицинской помощи пациентам с ОКС является отлаженная преемственность в работе фельдшеров выездных бригад СМП, оказывающих медицинскую помощь на догоспитальном этапе и медицинских работников приемных отделений специализированных кардиологических стационаров на госпитальном этапе. Поэтому в разработке обучающих материалов, организации соревнований в форме тренингов, в подготовке площадки для соревнований и симулированных пациентов приняли участие ведущие организации Кузбасса - Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж», ФГБНУ «Научно исследовательский институт комплексных проблем сердечнососудистых заболеваний» (ФГБНУ НИИ КПССЗ) и ГБУЗ «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. академика Л.С.Барбараша».

Для эффективного, своевременного оказания пациентам медицинской помощи медицинским работникам – фельдшерам выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП) необходимо знание современных подходов к диагностике, в том числе и ранней



диагностике данного состояния по результатам электрокардиографии, а также принципов оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Одним из этапов подготовки фельдшеров стал теоретический - проведение дистанционного тестирования (в нем участвовали не только фельдшера, но и врачи выездных бригад СМП, а также фельдшера по приему и передаче вызовов) и проведение тематических вебинаров, семинаров-практикумов ведущим специалистами ФГБНУ НИИ КПССЗ и медицинского колледжа. Процедура тестирования и тематика вебинаров были согласованы - темы теоретических вебинаров и семинаров-тренингов определялись на основании ошибок, допущенных при тестировании, выявленных проблемах в теоретической подготовке участников, а так же высказанных ими пожеланий, это современные подходы к ранней диагностике ОКС на догоспитальном этапе, проведению тромболитического лечения и выбору тактики ведения пациента. В ходе вебинаров слушатели не только знакомились с теоретическими материалами, но и сразу могли получить ответы на интересующие вопросы.

Наиболее же масштабным мероприятием в системе подготовки фельдшеров выездных бригад СМП можно считать соревнование в форме тренинга. Для его проведения преподавателями медицинского колледжа, на основании предложенных практическим здравоохранением клинических ситуаций, разработаны полноценные клиничко-ситуационные кейсы. Каждый кейс включал описание условий возникновения и развития ситуации, действия и слова симулированного пациента, второстепенных лиц (родственники, соседи пациентов), а так же перечень необходимого материально-технического оснащения для разыгрывания конкретной ситуации, подробные чек-листы для проведения оценки работы бригад по оказанию помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе в симулированных условиях.

Большое внимание уделялось технической подготовке помещения для проведения тренинга – зонирование помещения, оснащение аудио- и видеоаппаратурой для обеспечения трансляции происходящего в реальном времени в брифинг-центр, где проходило обсуждение работы бригады на тренинговой площадке, и на выделенный канал видеохостинга YouTube.

Не менее значимым являлась работа по подготовке симулированных пациентов, в роли которых выступали студенты колледжа разных специальностей и годов обучения. При подготовке симулированных пациентов был составлен план тренировок-семинаров.

В рамках предварительной подготовки соревнования в форме тренинга проводилась подготовка тренинговой площадки: имитация жилого помещения – квартиры, машины скорой медицинской помощи, осуществлялась гримировка симулированных пациентов, согласно описаниям в клиничко-ситуационных кейсах. Для результативности тренинга и четкой работы экспертов, модераторов, участников был проведен их инструктаж, в ходе

которого были уточнялись роли каждого участника, его права, обязанности. Обязательным элементом тренинга являлась жеребьевка участников, по результатам которой комплектовались бригады и определялся порядковый номер работы на тренинговой площадке.

Особая роль в ходе соревнования в форме тренинга определена дебрифингу. В процессе анализа изначально поставленных задач соревнования осуществлялся пошаговый разбор выполненных мероприятий и принятых решений, что позволило фельдшерам выездных бригад скорой медицинской помощи со стороны взглянуть на свои действия при выполнении вызова, оценить правильность принятых решений, а также отметить не только ошибки, но и наметить пути их устранения.

Таким образом, использование современных образовательных технологий в последипломной подготовке специалистов среднего звена – фельдшеров выездных бригад скорой медицинской помощи позволяет моделировать контролируемые, безопасные и воспроизводимые близко к реальности неотложные состояния, объективно оценивать исходный уровень профессиональной подготовки, повышать уровень компетенции, предотвращать ошибочные действия специалистов при оказании медицинской помощи при неотложных и экстремальных ситуациях. Следовательно и в реальных ситуациях специалисты, прошедшие обучение смогут выполнить алгоритм оказания неотложной помощи не только качественно, но и своевременно и эффективно, что и лежит в основе повышения качества оказания медицинской помощи.

## **ОПЫТ КОМБИНИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Д.А. Елфимов, З.А. Пермякова, И.В. Елфимова,  
О.И. Фролова, С.В. Соловьева, Е.В. Кручинин

*ФГОУВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, г. Тюмень*

За последние 20-30 лет значительно изменился образовательный процесс. Действующие образовательные стандарты требуют уделять больше времени самостоятельному освоению нового материала и закреплению старого.

В нашем вузе широко используются дистанционные образовательные технологии по средствам электронных курсов на информационно-образовательном портале вуза – системе Educon. Данная система позволяет применять рутинные образовательные технологии, такие

как, тестирование, выполнение заданий, самостоятельное изучение предложенного теоретического материала. Но даже этот минимальный набор ресурсов позволяет разнообразить дистанционный образовательный процесс.

Необходимо понимать, что даже самостоятельное освоение материала не должно быть полностью изолировано от преподавателя. Как очная часть образовательного процесса, так и дистанционная (самостоятельная) часть должны являться двухсторонними взаимосвязями. Преподаватель не только контролирует результат выполнения самостоятельной и домашней составляющей модульно-рейтинговой системы, но и, внедряя современные образовательные технологии, позволяет задуматься студента и применить свои знания в конкретных ситуациях.

Активное применение компетентностно-ориентированных заданий позволяет в полной мере реализовать возможности студента с формированием умений студента репродуктивного и продуктивного уровней. Применение кейсов, производственных и профессиональных заданий обеспечивает возможность закрепления знаний на различных этапах педагогического процесса.

Кроме этого в образовательном процессе мы активно используем «перемещение» студента на роль преподавателя. Студент сам может сформировать кейс, то есть портфель ситуаций в отношении определенной изучаемой темы. Ситуационные задания могут быть и в виде чек-листа, позволяющие быстро освоить, закрепить и оценить полученные знания по определенной тематике. Данный вид контроля получил широкое распространение в современной образовательном процессе, а непосредственное участие студента в его формировании позволяет развить творческий подход в освоении дисциплины.

Производственные задачи позволяют сформировать компетенции по модулю или совокупности модулей. Студент также может творчески подойти к формированию задачи с имеющимся багажом знаний. При разборе данных заданий преподаватель совместно со студентами выявляет верность рассуждения составителя задачи и позволяет закрепить материал нескольких тем по данной дисциплине или модулю.

Профессиональная задача, на наш взгляд, это задание, требующее максимального вложения студента. Для решения таких задач студенты должны владеть знаниями не только данной дисциплины, но и знаниями смежных дисциплин.

Во время образовательного процесса применения студентом на себя роли «деятель» позволяет эффективнее достигать репродуктивного и продуктивного уровней освоения навыков и умений.

Важную роль необходимо уделять интерактивности в образовательном процессе. Так работы в микрогруппах по 3-5 человек доказали свою эффективность в качественном освоении

компетенций. Работа в микрогруппах позволяет более тесное взаимодействие между собой, а при совместном обсуждении и с преподавателями и другими студентами. Такой подход позволяет найти оптимальное решение предложенной задачи.

Групповая форма работы со студентами не должна быть забыта. Такая форма позволяет визуально оценить и проанализировать предложенный вариант. Здесь мы применяем презентации, видео, педагогические материалы, анимации, элементы артпедагогики.

Достижение продуктивного уровня освоения профессиональных компетенций позволяет сформировать собственную компетентностную ориентацию. Это позволяет свободно работать с большим объемом информации, уметь аргументированно вычленивать необходимые данные, доказывающие свою точку зрения, основанную на полученных знаниях и умениях.

Репродуктивный уровень – это минимальный уровень, который должен освоить студент по каждой дисциплине. Умение правильно воспроизвести становится основной проблемой у современных студентов. Формирование индивидуальности в учащихся школах приводит к неспособности работать в определенных стандартных условиях. Такие студенты не могут справиться с простыми задачами воспроизведения материала, не понимают, почему нельзя в заданных условиях применить «новизну».

Современное здравоохранение широко внедряет технологии позволяющие освоить или закрепить профессиональные умения и навыки на репродуктивном уровне. Речь идет о чек-листах, которые внедрены в процесс аккредитации и СОПы (стандартные операционные процедуры).

Действительно, не всегда необходим продуктивный уровень освоения знаний. Большинство ситуаций в практическом здравоохранении имеет стандартные условия их выполнения, а «привнесение чего-то нового» является нарушением выполнения данной процедуры или манипуляции. Именно СОПы и чек-листы позволяют отработать рутинные методы диагностики, манипуляций. И многократное верно повторение позволяет закрепить материал.

В нашем вузе мы комбинируем дистанционные методы образования и симуляционное обучение. Студент может самостоятельно дополнительно осваивать еще не освоенные им компетенции. Мощности симуляционного центра Института непрерывного профессионального развития нашего вуза позволяют студентам дополнительно заниматься с муляжами и манекенами. В совокупности с дистанционными технологиями в системе Eduson студент может отработать ситуационные или профессиональные задачи с применением манекенов, что позволяет лучше освоить компетенцию методом «погружения в задачу».

Группа студентов, осуществляющая научный поиск в рамках студенческого научного общества нашего вуза провела исследование, оценивающее эффективность симуляционного обучения. Ими было проведено анонимное анкетирование студентов всех факультетов и всех курсов, что позволило объективно оценить полученные данные. Каждый последующий курс позволил студентам оценить необходимость применения симуляционного обучения в их образовательном процессе. Студенты старших курсов уверены, что занятие в симуляционном центре в рамках контактного аудиторного образования недостаточно для оптимального освоения навыков. Поэтому регулярно посещают симуляционный центр не только перед экзаменационной сессией, но и во время учебного семестра.

В заключении необходимо отметить, что образовательный процесс не должен заключаться в монотонном освоении материала, т.е. применение образовательной технологии «вопрос-ответ». Современная техника позволяет нам разнообразить процесс освоения нового и закрепления уже изученного материала с применением дистанционных образовательных технологий. Студент должен стать ключевой фигурой в своем образовании, в то время как преподаватель будет направлять и стимулировать.

Именно параллельное применение двух различных образовательных технологий – дистанционное контактное обучение и симуляционное обучение – позволяет оптимизировать освоение профессиональных навыков и умений. Это позволяет студенту оценить эффективность освоения им предлагаемого образовательного материала.

## **К ВОПРОСУ ОБ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА**

Г.А. Ефименко

*Новокузнецкий филиал ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж»,  
г. Новокузнецк*

Введение федеральных стандартов нового поколения ставит перед образовательными учреждениями среднего профессионального образования проблему выбора технологий и методов обучения, которые способствуют процессу формирования у студентов профессиональных компетенций. Одним из основных направлений модернизации системы среднего профессионального образования является развитие учебно-исследовательской деятельности студентов.

Исследовательский подход в обучении предполагает знакомство студентов с методами научного познания, формирует у них научное мировоззрение, развивает мышление и познавательную самостоятельность. Отметим, что процесс обучения в медицинском колледже должен способствовать становлению личности будущего специалиста, готовности к постоянному самосовершенствованию, саморазвитию и самообразованию. Именно в процессе обучения у студентов формируется учебно-исследовательская компетентность.[1]

Данное понятие изучали Н.Ф. Родионова, О.Е. Лебедев, А.П. Тряпицына, Л.А. Васильева и др. Под учебно-исследовательской компетентностью мы, вслед за группой исследователей, понимаем системное качество личности студента, представляющее собой единство владения специальными знаниями, умениями и навыками научного познания, ценностного отношения к его результатам. Вышеназванная компетентность проявляется в способности применять исследовательские компетенции в медицинской деятельности и является компонентом профессиональной культуры личности студента медицинского колледжа. [1,2,3]

Преподавателю отводится важная роль в решении проблем по формированию мотивационного импульса в сознании студента, обучении его принципам, методам, формам и способам научного исследования, основам профессионального знания и научного познания. Студент получает возможность самореализоваться через решение задач научного характера по индивидуальной теме.

В новокузнецком филиале Кемеровского областного медицинского колледжа учебно-исследовательская деятельность будущего специалиста организована с помощью работы предметных кружков «Младшая медицинская сестра», «Фармация», «Психология», «Латинский язык», «Иностранный язык», «Ботаника», «Обществознание», в которых активизируется учебно-исследовательская работа. Цель работы предметных кружков: развитие учебно-исследовательской компетентности обучающихся, совершенствование личности. В ходе деятельности кружков реализуются такие задачи, как развитие когнитивных навыков, побуждающих к освоению новых знаний и формированию профессиональных и общекультурных компетенций; развитие умений самостоятельной работы научно-исследовательского характера; развитие умений и навыков, необходимых студентам для формирования профессиональной компетентности и для развития лучших моральных качеств.

Занятия в предметных кружках проводятся ежемесячно. Темы реферативных и исследовательских работ разнообразны. Участники кружков успешно учатся, активно участвуют в научных конференциях, Олимпиадах, конкурсах. Студенты-кружковцы принимают участие в конкурсах различного уровня, занимая призовые места в номинациях «Лучший реферат», «Лучший тематический кроссворд», «Мы за здоровый образ жизни»,

«Творческая мастерская» «Здоровье и образование», «Здоровье молодежи». Любое подготовленное сообщение не только интересно, но и информативно, даёт пищу для размышлений.

Руководители предметных кружков проводят мастер-классы по подготовке публичных выступлений, защите рефератов, презентаций, что, несомненно, пригодится начинающим исследователям в будущем. Доклады оцениваются по следующим критериям: актуальность, соответствие теме; научность (использование соответствующей литературы, владение терминологией); практическая значимость выполненного исследования; соответствие и уместность наглядного сопровождения доклада. Презентация оценивается с точки зрения логичности, эмоциональности и четкости изложения; владения материалом; соблюдения регламента (не более 10 минут). Наиболее активные и способные студенты выступают с очными докладами в городских и областных научно-практических конференциях, публикуют тезисы и статьи.

Стремление к знаниям, заинтересованность в поиске и обработке полученной информации, желание разобраться в новой теме, огромное желание научиться грамотно представлять свою работу – все эти качества присущи студентам, занимающимся учебно-исследовательской деятельностью. И все это зачастую не ради отличной оценки, а для саморазвития и совершенствования своего интеллектуально-культурного уровня.

Учебно-исследовательская компетентность студента медицинского колледжа является важным критерием качества подготовки специалистов медицинского профиля и базируется на взаимосвязи личностных ценностей, учебно-исследовательских и профессиональных качествах, определяющих направленность личности на осуществление медицинской деятельности и решение профессиональных задач.

### **Библиографический список**

1. Васильева Л. А. Компетентностная модель выпускника медицинского колледжа/ Л. А. Васильева // Проблемы и перспективы развития образования: материалы междунар. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г.). Т. II. — Пермь: Меркурий, 2011. — С. 7-9.
2. Егорова Н.А., Рудеева О.А. Исследовательская деятельность студента как фактор профессионального становления конкурентоспособного специалиста // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 124-125.
3. Комарова Ю.А. Научно-исследовательская компетентность специалистов: функционально-содержательное описание // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Выпуск 11 (68). – СПб, 2008, сентябрь. – С. 69–77.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА КАСКАДНОГО ПРИНЦИПА ОБУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА (ОПЫТ РАБОТЫ ГАОУДПО РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ «МРЦПКСЗ»)**

Е.А. Кочетовская

*ГАОУДПО Республики Мордовия «Мордовский республиканский центр повышения квалификации специалистов здравоохранения», г. Саранск*

Качество оказания медицинской помощи населению страны, оптимальное использование ресурсов системы здравоохранения, повышение эффективности здравоохранения субъектов Российской Федерации, определенные майским указом Президента Российской Федерации напрямую зависят от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки, обеспечить профилактическую направленность ведения пациента. В российском здравоохранении, как ни в какой другой отрасли, система последиplomного образования не только сохранилась как таковая, она работает по-прежнему четко, инновационно, организовано и качественно. Более того, она успешно развивается даже в нынешних не лучших финансовых условиях и узких юридических рамках. Систему дополнительного профессионального образования, и это заставило искать новые подходы к организации и методическому обеспечению системы последиplomной подготовки специалистов здравоохранения. Во всем мире признано, что повышение уровня образования людей прямо связано с ростом качества жизни. Все больше стран с динамично развивающейся экономикой переходят к системе непрерывного образования. Исключительная роль последиplomного обучения в системе непрерывного образования обусловлена, прежде всего, тем, что оно ответственно за обновление и обогащение интеллектуального потенциала общества в лице специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Главной причиной, заставляющей обращаться к инновационной деятельности, является острая конкуренция, с которой приходится сталкиваться практически каждому коллективу, оказывающему услуги в сфере образования. Педагогический коллектив ГАОУДПО Республики Мордовия «Мордовский центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием» самостоятельно заботится о сохранении конкурентоспособности, отслеживает и прогнозирует ситуацию на образовательном рынке заказчиков образовательных услуг. Одной из важнейших задач последиplomного профессионального образования республики является подготовка компетентного специалиста, что требует создания и внедрения новых образовательных технологий, основанных на эффективном использовании процессов и механизмов,



обеспечивающих непрерывность, сохранение и воспроизводство информационной деятельности. Формирование конкурентоспособного специалиста в современных условиях возможно только при внедрении и включении в образовательный процесс проблемно и методико-ориентированных инноваций, отвечающих требованиям, отраженных в программах и концепциях развития здравоохранения. **Непрерывное медицинское образование** сегодня – это обязательное для медицинских и фармацевтических работников постоянное обучение по программам повышения квалификации, которое начинается после получения специальности и длится в течение всей профессиональной жизни. Здесь важную роль играют такие аспекты, как мобильность, индивидуальная траектория образования. ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ» начиная с 2015 года начал реализацию нового проекта: каскадный принцип обучения персонала. Одними из главных задач, которые, как правило, ставятся перед каскадным принципом обучения, являются проведение его в предельно короткие сроки и максимальное количество специалистов, которое можно подготовить с помощью одного занятия. Суть каскадного принципа обучения состоит в том, что специалисты более высокого должностного ранга, прошедшие курс переобучения или повышения квалификации, передают накопленный опыт и знания, полученные в ходе обучения, стоящим ниже на одну ступень должностной «лестницы» сотрудникам, затем эти сотрудники передают полученный опыт звеньям ниже, и так, пока не будут обучены все звенья «должностной лестницы». Организация обучения специалистов со средним медицинским образованием по каскадному принципу, осуществляется по нескольким уровням (ступеням) компетенции. Вне зависимости от уровня медицинской организации командно-сетевой каскад включает в себя, как минимум, 3 ступени. Рассмотрим, как работает каскадный принцип обучения специалистов со средним медицинским образованием в ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ». Каждый учебный модуль, реализуемый по каскадному принципу имеет три уровня:

Первый уровень – директор, заместитель директора по учебно – методической работе, заведующие структурных подразделений, штатные преподаватели.

Второй уровень – руководители сестринских служб медицинских организаций республики. Третий уровень - специалисты, обеспечивающие реализацию и контроль за осуществлением принципов каскадного обучения непосредственно на рабочих местах. Сотрудники, относящиеся к более высокому уровню, выступают в качестве тьюторов (учителей) для сотрудников нижестоящей ступени. Помимо вовлеченности в процесс обучения практически всех специалистов, использование в организации каскадного принципа обучения позволяет получить наиболее цельное представление о степени эффективности работы сотрудников

различных уровней. Еще одной важной особенностью каскадного обучения является возможность корректировать результаты оценки, данной специалистом более высокого уровня специалисту менее высокого, с учетом той оценки, которую получил сам сотрудник более высокого уровня от вышестоящего руководителя. В соответствии с планом работы учреждения организованы выездные семинары в медицинские организации. По целевому заказу работодателя, на определенные учебные модули, преподаватели первого уровня проводят обучение непосредственно на рабочих местах специалистов со средним медицинским образованием. Обучающийся специалист в свою очередь получает знания не один раз в пять лет, а на протяжении пяти лет. Преподаватели Центра имеют высокий профессионализм, неоднократно проходили стажировку в медицинских вузах Москвы, Санкт – Петербурга, Казани, Самары, Екатеринбурга, проходили стажировку за рубежом: в Финляндии, в Стамбуле, в университете Вашингтона, в совершенстве владеют педагогическими технологиями, имеют высокую теоретическую и практическую подготовку.



Обучающий семинар на тему: тему «Социально значимое заболевание туберкулез»



Обучающий семинар на «Школа здоровья для пациентов» с сахарным диабетом»



Обучающий семинар на тему: «Первый туалет новорожденного»



Обучающий семинар на «Проведение базовой сердечно – легочной реанимации»

Таким образом, реализация каскадного принципа обучения позволяет обеспечить консолидацию менеджмента медицинской организации. В рамках сетевого взаимодействия медицинских организаций с ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ» выработать

общее видение и понимание ключевых для развития профессиональных компетенций вопросов у представителей различных структурных подразделений и уровней, переориентировать их на системную работу, основанную на активном взаимодействии, а также повысить ответственность специалистов за результаты своей работы. Основная цель оценки эффективности обучения заключается в том, чтобы проанализировать ее влияние на конечные результаты деятельности всей медицинской организации, оценить, какую пользу от обучения работников получила медицинская организация, и использовать эту информацию при подготовке и проведении аналогичных учебных модулей в будущем.

### **Библиографический список**

- 1.Артеменко О.Н. Креативная образовательная среда как перспективное развитие педагогической прогностики // Вестник педагогических инноваций. -2017. №1. – С.7-17.
- 2.Темербекова А.А. Формирование информационной компетентности учителя в региональной системе дополнительного профессионального образования: Автореферат диссертации доктора пед. наук. – М.,2015. – С.40.

## **ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ПЕДИАТРИИ**

В.Д.Краля

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

Качество медицинского образования – является одним из главных составляющих в обеспечении развития здравоохранения и ресурсом устойчивого прогрессивного развития общества. Организация и содержание образовательного процесса в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ по направлению подготовки «Педиатрия» направлено на формирование и развитие общих и профессиональных компетенций, значимых для специалиста и выстраивается с учетом требований нормативных документов и локальных актов, регламентирующих современные направления развития дополнительного профессионального образования. Направление «Педиатрия» реализуется для специалистов с разным уровнем сформированности и разным содержательным наполнением профессиональных и общих компетенций.

Профессия медицинской сестры, особенно педиатрического профиля, относится к такому виду деятельности, где высокая коммуникативная компетентность (развитие надпредметных компетенций) является такой же неотъемлемой частью профессии, как и специальные

навыки и умения. Поэтому в рамках Дисциплины мы ставим цели развития и общих компетенций:

ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного роста
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
ОК 6.	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
ОК 9.	Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности
ОК 12.	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и пожарной безопасности

Компетентностный подход в образовательной деятельности по направлению «Педиатрия» носит профессионально-ориентированный и полидисциплинарный характер. Модуль по профилю подготовки тесно интегрирован с формируемыми компетенциями.

Для понимания этапов и структуры формирования необходимых компетенций мы опираемся на **матрицу компетенций** (таблица 1).

Матрица составлена на основе требований соответствующих ДПП ПК по наименованиям специальности. Модуль по специальности - основная составляющая формирования и развития планируемых компетенций.

Для того чтобы понять структуру и составляющие элементы каждой компетенции, проводим выделение **дескриптора** (т.е. ключевых признаков) - умений, знаний, которые формируют каждую компетенцию. Пример выделения дескрипторов компетенции:

**Пример:**

<b>ПК.</b> Применять медикаментозные средства, в соответствии с правилами их использования	<p><b>Знает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Виды, свойства, назначение, применение хранение медикаментозных средств.</li> <li>2. Технологию подготовки и введения медикаментозных средств.</li> </ol> <p><b>Умеет:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выбрать положение пациента при введении медикаментозных средств.</li> <li>2. Точно дозировать медикаментозные средства;</li> <li>3. Рационально выбирать необходимые изделия медицинского назначения;</li> </ol>	<p><b>Формы и методы оценки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Экспертное наблюдение преподавателе й;</li> <li>• Выполнение заданий в тестовой форме;</li> </ul>
---	--	--

	4. Предупреждать риск возникновения осложнений, связанных с проведением медицинских вмешательств; 5. Соблюдать сан – эпид. режим и требования безопасности. 6. Оценивать качество вмешательств.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Собеседование,</li> <li>• Выполнение компетентностно - ориентированного задания</li> </ul>
--	---	---

Понимание составляющих элементов позволяет разрабатывать компетентностно-ориентированные задания, оценочные средства, определить формы и методы оценки компетентностно-ориентированного развития специалиста. Уровень сформированности определяем на итоговой аттестации.

Задача ДПО повысить уровень имеющихся компетенций и обеспечить освоение новых.

Контроль исходного (базового) уровня сформированности профессиональных и общих компетенций мы начинаем сразу, непосредственно перед освоением модуля (через выполнение заданий в тестовой форме и решение компетентностно-ориентированных заданий). Затем, в процессе освоения модуля, происходит накопление динамики развития данных о каждом слушателе и, на основе анализа, делаем заключение об уровне владения компетенциями.

Для реализации компетентностного подхода применяем и компетентностно-ориентированные задачи, которые содержат проблемное описание профессиональной ситуации и сформулированный ряд вопросов, которые можно оценивать стандартизированными методами.

Матрица соответствия компетенций учебным дисциплинам профессиональных модулей

Код компетенции	ПМ 1				ПМ 02				ПМ 04				ПМ 03		ПМ 05
	Современная система и политика здравоохранения РФ. Медицинское страхование	Правовое обеспечение профессиональной деятельности	Психологические и управленческие аспекты деятельности медицинского работника	Информационные технологии в профессиональной деятельности	Сравнительно-гигиенические и санитарно-противоэпидемиологические мероприятия по профилактике ИСМП в медицинских организациях	Психическое воспитание: цели, задачи, методы и средства. Формирование ЗОЖ	Актуальные вопросы профилактики социально-значимых заболеваний	Виды инфаркта: этиопатология и профилактика	Медицина катастроф. Личная медицина-санитарная последствия чрезвычайных ситуаций	Оказание доврачебной медицинской помощи больным с неотложными состояниями (заболеваниями) хирургического профиля	Оказание доврачебной медицинской помощи больным с неотложными состояниями (заболеваниями) терапевтического профиля	Первая помощь и особенности проведения реанимационных мероприятий при экстремальных воздействиях	Инновационные технологии в уходе за пациентом в условиях медицинской организации,ambu литорно, на дому	Здоровьесберегающие технологии, эргономические методы, приемы и средства в профессиональной деятельности	Участие в лечебно-диагностическом
ОК 1	+														
ОК 2	+														
ОК 3															
ОК 4	+														
ОК 5															
ОК 6	+														
ОК 7															
ОК 8		+													
ОК 9															
ОК 10															
ОК 12															
ОК 11	+														
ПК 1.1															
ПК 1.2															
ПК 1.3															
ПК 2.1															
ПК 2.2															
ПК 2.3															
ПК 2.4															

## Пример:

### Компетентностно-ориентированная задача

#### Задача.

Мальчик 7 лет поступил в кардиологическое отделение стационара. Диагноз: ревматизм, активная фаза, полиартрит. Аутизм.

При обследовании медицинская сестра получила следующие данные: мальчик жалуется на боли в левом коленном суставе, выражает беспокойство, из-за болей не встает, не может менять положение ноги в постели.

#### **Объективно:**

Температура 37,8 С. Кожные покровы бледные, чистые, синие тени под глазами, положение в постели пассивное. Левый коленный сустав на ощупь горячий, округлой формы, увеличен в размере, движения болезненные. Пульс – 100 ударов в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Врачом назначен постельный режим, соблюдение диеты и медикаментозное лечение, включающее антибактериальные препараты. На следующий день пациенту назначен общий анализ крови и ЭКГ исследование.

К медсестре обратилась мама ребенка и выразила свою тревогу по поводу назначенного врачом лечения антибактериальными препаратами, потому что вспомнила, что у сына после подобного лечения наблюдались высыпания на коже, которые проходили самостоятельно без дополнительного лечения.

#### **Задания:**

##### **1. Поясните особенности общения с пациентом с диагнозом аутизм.**

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ПК 1.1. Предоставлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

##### **2. Определите факторы, влияющие на эффективность сестринского ухода.**

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

##### **3. Выявите настоящие проблемы пациента и определите потенциальные. Составьте план проведения сестринского ухода.**

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса

**4. Составьте рекомендации для родителей ребенка о профилактике обострения заболевания.**

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

**Эталон ответа.**

1. Проблемы пациента: дефицит самоухода, дискомфорт (подъем температуры тела), риск формирования порока сердца.

2. План сестринского ухода:

- контроль соблюдения постельного режима;
- обеспечить функциональное положение в постели и досуг ребенка;
- осуществлять контроль соблюдения назначений врача;
- контроль передач;
- осуществлять комплекс мероприятий по уходу за пациентом, помогать при самоуходе;
- провести беседу с родственниками о заболевании, о щадящем режиме его физической активности, о необходимости соблюдения диеты;
- выполнять назначения врача.

3. Роль медицинской сестры в профилактике ревматизма.

Работая с данными задачами, слушатели выявляют настоящие и потенциальные проблемы ребенка, учатся составлять план по их решению. Ценность каждой задачи **предполагает различные пути** для решения.

На практических занятиях отрабатываются технологии по уходу за детьми разного возраста на симуляторах разного уровня реалистичности.

В нашей педагогической работе нашёл своё воплощение метод проектов как средство формирования устойчивого интереса у слушателей к изучению дисциплины, усиление творческой активности, повышение качества теоретических знаний и практических навыков и повышение уровня сформированности профессионально важных качеств личности.



По этим причинам появилась необходимость разработки новых методических подходов, в частности, в изучении дисциплины «Сестринское дело в педиатрии» в виде **клинических сценариев**.

Такой подход позволяет повторить и закрепить в нетрадиционной форме знания и умения слушателей по определённым темам различных дисциплин. Большое значение придается применению имитационных (моделирующих) методов обучения, когда моделируются различного рода отношения и условия реальной жизни. Использовались оба метода обучения: анализ конкретной ситуации (слушатель определяет проблему, формулирует её и выбирает средства решения этой проблемы), и решение ситуации (слушатели распределяются на группы, находят все варианты решения ситуации, обосновывают и коллективно обсуждают решения).

Не маловажным моментом в этих проектах является заключительный этап - дебрифинг. Проведение дебрифинга имеет и воспитательное значение, т. к. способствует развитию у обучаемых таких навыков, как сообразительность, оперативность, ответственность, точность, выбор эффективных способов решения задачи, согласно заданной ситуации, объективная оценка результатов своей деятельности.

Для оценки эффективности используемых методик мы провели опрос 110 обучающихся специальностей «Сестринское дело в педиатрии» с помощью анкеты.

В результате более 98% опрошенных ответили, что после проведения занятий по педиатрии закрепились теоретические знания, полученные ранее; снизилось волнение, неуверенность при выполнении манипуляций и общении с пациентами; повысилась эффективность взаимодействия между членами группы при оказании медицинской помощи, а так же помогает освоить им ОК и ПК.

Анализируя результаты, мы пришли к выводу, что данная система обучения способствует решению задач по формированию практических навыков и освоению компетенций.

Таким образом, уровень освоения профессиональных и общих компетенций формируется в результате действий не только со стороны преподавателя, но и как результат деятельности обучающегося с точки зрения его продвижения и развития в процессе приобретения ими определенного профессионального и социального опыта.

## **ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБУЧЕНИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОДГОТОВКИ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА**

Е.Н. Крикун, Л.В. Пахомова, Т.В. Кравцова

*Медицинский колледж Медицинского института НИУ «БелГУ», г. Белгород*

Совершенствование системы профессиональной подготовки высококвалифицированных медицинских работников в системе СПО направлено на формирование у будущего специалиста общих и профессиональных компетенций, предполагающих, в том числе, умение решать проблемы, оценивать риски и принимать решения в нестандартных ситуациях, осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития. В этом случае особую роль приобретает развитие научно-исследовательской и инновационной деятельности в ходе обучения, проведение комплексных научно-исследовательских работ, направленных на развитие здравоохранения как отдельного региона, так и в целом всей страны. Таким образом, квалифицированный средний медицинский персонал в условиях современного развития системы медицинской помощи населению должен выполнять совершенно новые функции, в том числе связанные с проведением в процессе своей трудовой деятельности прикладных исследований в рамках своей компетентности. Современный образовательный процесс предполагает использование на занятиях новых методов обучения. Задачей преподавателя становится не просто пассивная подача теоретического материала, а создание условий для практического применения учащимися полученных знаний, решения ситуационных задач, умения быстро найти правильное решение проблемы. Для достижения данных задач необходимо применение методов обучения, формирующих у студента потребность в дальнейшем самообразовании, поиску правильных решений, раскрывающих творческие способности. Использование метода проектов помогает реализовать личностно ориентированный подход в обучении, обеспечивает индивидуализацию и дифференциацию обучения с учетом личностных особенностей каждого студента. Основой данного метода является развитие познавательных умений учащихся, обучение их умению использовать полученные знания. Проводя исследование, студент уходит от простого зазубривания материала, которое через определенное время приводит к перегрузке и, как следствие, потере интереса к дальнейшему изучению предмета. В ходе исследования студент учится выделять главные мысли, сравнивать их, обобщать, рассуждать. Кроме того, использование метода проектов позволяет преподавателю максимально дифференцировать учебный процесс с учетом индивидуальных

возможностей каждого. Достижение положительного результата в обучении повышает самооценку ученика, порождает чувство уверенности в себе и в своих возможностях. Самостоятельно полученные знания, результаты собственной деятельности являются самыми прочными в сознании, формируют стойкий интерес к дальнейшему изучению дисциплины. Метод проектов позволяет использовать различные формы проведения занятия: лекцию, семинар, конференцию, деловую игру (используются как индивидуальные формы работы, так и групповые). Важной составляющей данной методики является умение представить результаты проведенного исследования. Это может быть любая удобная для студента форма: доклад, презентация, видеосюжет, памятка, интернет-страница и т.д. Ход исследования целесообразно строить таким образом, чтобы студент поэтапно переходил от менее сложного этапа к более сложному. Например, работа над теоретической частью поставленной проблемы, обзор литературных источников, работа со справочным материалом, сбор статистических данных и т. д., которая завершается обобщением изученного материала. Далее следует собственное исследование (анкетирование, анализ документов, эксперимент и т.д.), позволяющее подтвердить, дополнить, изменить имеющиеся данные. Завершающим этапом исследования является обработка полученных результатов, сравнение, формулировка выводов, разработка практических рекомендаций, предложений. Показателями активности исследовательской деятельности студента являются вопросы к преподавателю, на которые он не смог ответить, стремление высказать свою точку зрения по обсуждаемому вопросу, активное оперирование уже полученными знаниями и умениями, стремление поделиться новой, свежей информацией, полученной из различных источников за рамками рабочей программы. Сравнивая полученную информацию, учащиеся высказывают свои мнения, аргументируя и приводя примеры. Исследовательская деятельность активизирует учащихся, приучает к самостоятельному поиску ответов, решений, учит определять эффективность полученных результатов и степень их практичности. Разноуровневый подход позволяет помочь ученику на каждом этапе подготовке работы, направить его работу в нужном направлении. В ходе обучения студент учится работать с информацией, которая является для него новой, ранее неизвестной. В конечном итоге и формируется умение быстро и правильно находить решение в нестандартной ситуации, что, конечно же, является для них в будущей профессиональной деятельности необходимым условием, так как каждый пациент будет уникальным носителем ранее неизвестной информации. Формирование данных умений - процесс весьма длительный и сложный. Но в том случае, когда эта деятельность носит творческий характер, она заставляет студента думать, анализировать. Следовательно, для раскрытия творческого потенциала учащиеся должны стать активными участниками приобретения новых знаний,

умений и навыков в ходе обучения. Одна из задач, которая стоит перед преподавателем – это заинтересовать ученика к дальнейшему изучению предмета. Но решить эту задачу без желания ребенка невозможно. Наука интересна только тогда, когда человек понимает ее практическую значимость, участвует в ее развитии. И хотя научить творчеству человека нельзя, но можно создать условия, способствующие формированию творческой разносторонне развитой личности, способной правильно анализировать информацию и определять наиболее эффективные пути решения проблем. Подводя итог сказанного, можно сказать, что в структуре подготовки современного высококвалифицированного медицинского работника важным условием является исследовательская деятельность, предполагающая подготовку не просто специалиста, а специалиста-исследователя, способного самостоятельно определять задачи собственного профессионального и личностного развития, заниматься дальнейшим самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации; проводить исследовательскую работу по анализу и оценке качества медицинской помощи; способствовать внедрению современных медицинских технологий; повышать профессиональную квалификацию и внедрять новые современные формы работы .

#### **Библиографический список**

1. Мухина С. А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела: учебник. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.
2. Островская И. В. От доказательств - к практике // Медицинская сестра. 2012. № 8. С. 4-8.
3. Перфильева Г. М., Камынина Н. Н., Островская И. В., Пьяных А. В. Теория сестринского дела: учебник для студентов медицинских вузов. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010.

# **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГАУ ДПО РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН «ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ»**

Г.В. Лашина

*ГАУ ДПО Республики Башкортостан "Центр повышения квалификации, г. Уфа*

## **Аннотация**

На современном этапе реформирования системы медицинского образования в РФ, актуальной проблемой остаётся кадровое обеспечение организаций здравоохранения высококвалифицированными специалистами.

В связи с этим повышение уровня профессиональной компетентности специалистов со средним медицинским образованием через интеграцию дистанционных и электронных форм обучения в действующую систему дополнительного образования является одной из первостепенных задач образовательных учреждений дополнительного профессионального образования.

## **Актуальность**

Развитие и унифицирование непрерывного образования медицинских специалистов с использованием дистанционных образовательных технологий (ДОТ) и электронного обучения (ЭО) в конечном итоге положительно скажется на качестве обучения учитывая то, что кадры имеют возможность самостоятельно строить свою образовательную траекторию повышая свой профессиональный уровень на протяжении всей жизни, с возможностью обучения независимо от места нахождения.

## **Материалы и методы**

С 2015г. в ГАУ ДПО Республики Башкортостан "Центр повышения квалификации" (Центр) успешно реализуются учебные программы с применением ДОТ, ЭО по следующим моделям: полное дистанционное обучение (ДО), частичное ДО, осуществляемые по модульному принципу.

Объектами исследования являлись слушатели, прошедшие обучение по дополнительной профессиональной программе (ДПП) профессиональной переподготовки (ПП) и повышения квалификации (ПК) и допущенные к обучению с предварительным инструктажем.

Модель полного дистанционного обучения представлена на портале дистанционного обучения на сайте Центра ([www.medupkdis.ru](http://www.medupkdis.ru)). интерактивными дистанционными курсами (ИДК) в офлайн режиме в виде комплекса учебно-методических материалов с системой

навигации по курсу. На сегодняшний день реализуются 17 ИДК, в том числе и для специалистов с высшим медицинским образованием в рамках реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

После прохождения процедуры регистрации слушателей на платформе, производится их идентификации слушатели получают доступ к материалам ИДК, на котором они пожелали повысить свою квалификацию. Интерактивные модули состоят из видеолекций, электронных модулей, контрольно-измерительного материала (тренинговое и итоговое электронное тестирование). Весь учебный материал слушатель может просматривать в любом месте, в удобное для него время. Во время обучения на ИДК слушатели имеют возможность проходить тренинговое тестирование, без ограничения количества попыток.

Частичное ДО проводится по очно-заочно-очной форме в виде лекций в онлайн режиме (вебинары) через Интернет с использованием площадки для проведения онлайн мероприятий ([pruffme.com](http://pruffme.com)) и последующими практическими занятиями на базе Центра или базах медицинских организаций. Методами активизации слушателей при онлайн обучении является активное использование обратной связи посредством чата, поименного опроса, голосового собеседования, при условии наличия веб-камеры у слушателей. По окончании каждого вебинара слушатели обязательно проходят онлайн – тестирование, по пройденному материалу. Все результаты онлайн тестирования фиксируются, разбираются слушателями с тьютором - преподавателем. Помимо этого, результаты онлайн тестирования архивируются по циклам, согласно пройденным темам.

С 1 полугодия 2018г. в Центре начал функционировать «Портал Электронного обучения ГАУ ДПО РБ «Центрповышения квалификации» (Портал) ([portal.medupk.ru](http://portal.medupk.ru)), разработчиком которого является сотрудник Центрапрограммист Э.Д.Пак. Портал отечественного производства позволил обеспечить развитие качественно новых технических средств обмена информацией между участниками образовательного процесса максимально приближенного к реальному. Особенностью данной модели обучения является перевод практически всего теоретического раздела в новый формат - электронный курс лекций по соответствующей дисциплине. Таким образом, теоретическую часть учебного материала слушатель изучает через Интернет, посредством самостоятельного, гибкого обучения со свободой доступа на Портал. В период обучения на Портале слушатели в своём личном кабинете выполняют комплекс контрольных заданий, проходят тренинговое тестирование по изучаемым модулям. Важным аспектом является контроль обучения слушателей тьютором– преподавателем, выполняющего индивидуальное сопровождение обучения путём контакта с обучаемым в офлайн или онлайн режиме. По завершении изучения учебного материала слушатели

проходят итоговое тестирование и анонимное анкетирование, результаты которого учитываются в дальнейшем при корректировке процесса ЭО.

На базе Центра также применяется сетевая форма реализации ДПП ПП и ПК, проводятся онлайн мероприятия (видеоконференции, семинары, вебинары) с участием медицинских организаций РФ с целью постоянного профессионального развития специалистов.

## Результаты

1. За 2017 год общее количество медицинских специалистов, обученных посредством ДОТ и ЭО составило 2756 чел. (2016г.-1954 чел., 2015г.-1783 чел.);

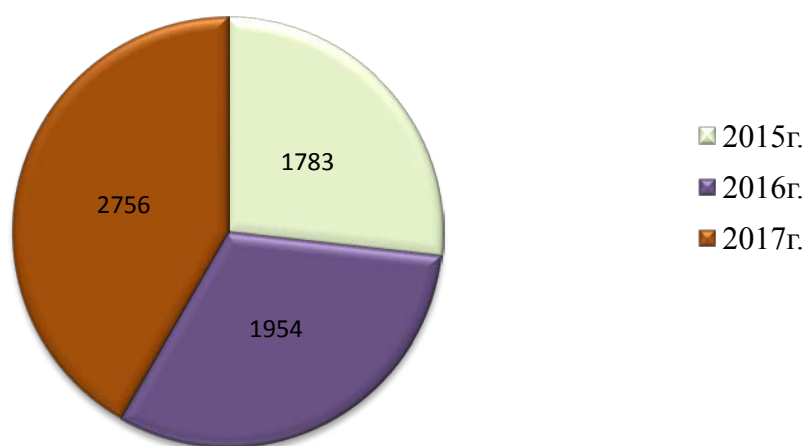


Рис.1. Количество слушателей, обученных посредством ЭО и ДОТ за 2015 - 2017гг.

2. Процентное соотношение обученных средних медицинских работников посредством ДОТ и ЭО к общему количеству проученных слушателей за 2017 год составило 20,8% (2016г.-15,3%, 2015г.-8%);

3. По итогам анкетирования слушателей, прошедших дистанционное обучение более 90% слушателей отметили удовлетворенность содержанием цикла, хотели бы в дальнейшем сами обучаться по дистанционной форме и рекомендовали пройти такое обучение своим коллегам.

## Обсуждение

Созданы и усовершенствованы банк методического обеспечения ЭО и условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды с целью комфортного освоения обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся.

## Выводы

1. Увеличение количества слушателей, обученных с применением ДОТ и ЭО свидетельствует о возрастании потребности к данной форме повышения квалификации специалистов;

2. Создание условий для построения индивидуальной образовательной траектории мотивирует слушателей к совершенствованию профессиональной компетентности;
3. При обучении с использованием ДОТ и ЭО слушатели имеют больше возможностей доступа к учебно-методическому материалу, более быстрый способ передачи информации и взаимодействия с тьюторами-преподавателями, что приводит к повышению качества образования.

#### **Библиографический список**

1. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 23.08.2017 г. № 816 "Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ"
2. Письмо Министерства образования и науки РФ от 10 апреля 2014 г. N 06-381"О направлении Методических рекомендаций по использованию дистанционных образовательных технологий при реализации дополнительных профессиональных образовательных программ.

### **ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ»**

М.А Лебедев

*Н.Ф ГБПОУ «Кемеровского областного медицинского колледжа», г. Новокузнецк*

На практических занятиях дисциплины «Безопасность Жизнедеятельности» студенты овладевают различными практическими навыками которые могут пригодится не только в профессиональной деятельности, но и мог быть необходимы в повседневной жизни. Один из таких навыков первая помощь пострадавшему. Нередко из-за неграмотных действий окружающих, человек попавший в беспомощное состояние в результате удара электрическим током или в результате сердечного приступа может умереть.

Мой метод обучения оказания первой помощи в первую очередь симуляционный. Во вторую очередь наглядный. В данной статье я предлагаю алгоритм занятия.

Непосредственно сам алгоритм сердечно- легочной реанимации: Приём «Рот в нос».



Отгибаем назад голову больного, одновременно поддерживая ее другой рукой, вторую руку помещаем под шею и затылок. Кладём салфетку (носовой платок) на нос больного. Рот больного закрывается одним или двумя пальцами руки реаниматора. Губы реаниматора плотно охватывают нос пострадавшего, производится вдувания в нос. Частота вдуваний 12 раз в минуту. Сразу же после завершения вдувания воздуха рот и нос пострадавшего нужно открыть для создания пассивного выдоха.

Метод искусственного дыхания «Рот в рот». Отгибаем голову назад у больного, одновременно поддерживая ее другой рукой, вторую руку помещаем под шею и затылок. Закрывают нос, чтобы не было утечки воздуха. Реаниматор плотно охватывает своим ртом рот пострадавшего и производит выдох в его дыхательные пути. Грудная клетка пострадавшего при входе расширяется. После того, как грудная клетка расправилась, оказывающий помощь поворачивает свою голову в сторону и у больного происходит пассивный выдох, грудная клетка больного сжимается. Интервалы дыхательных циклов должны быть в пределах физиологической нормы — не чаще 10—12 раз в минуту (1 дыхательный цикл на 4—5 счетов). Объем выдыхаемого воздуха должен быть примерно на 50% больше обычного объема. Если реаниматор действует в одиночку, делаем 15 сдавливаний грудной клетки и 2 выдоха.

Проверяют пульс после завершения четырех циклов искусственной вентиляции легких, а затем каждые 2—3 мин.

Не стремитесь делать искусственную вентиляцию легких в режиме максимальных вдохов и выдохов в сочетании с большой частотой. Это чревато возникновением осложнений у реаниматора.

Если пульс у больного не появился, приступаем к непрямому массажу сердца.

При непрямом массаже сердца происходит его сдавливание между грудиной и позвоночником.

Противопоказания для проведения непрямого массажа сердца показано в случаях внезапного прекращения или резкого ухудшения сердечной деятельности.

Методика: перед проведением непрямого массажа сердца больного укладывают спиной на твердую поверхность. Если больной находится в постели, то его перекалывают на пол. Пациента освобождают от верхней одежды, расстегивают поясной ремень. Становимся сбоку от больного.

Темп непрямого массажа сердца составляет обычно 60 сжатий в минуту.

Если непрямой массаж проводит два человека, то после 8-10 сдавливаний грудной клетки, делаем два искусственных вдоха.

Если непрямой массаж сердца осуществляет один человек, то после 15 сдавливаний грудной клетки производят 2 искусственных вдоха.

Эффективность непрямого массажа сердца контролируют не реже 1 раза в мин.

Если все делаем правильно: - появляется пульс на сонных артериях, происходит сужение зрачков (реакция на свет), восстановление у больного самостоятельного дыхания, возрастание артериального давления, происходит уменьшение бледности кожных покровов.

Иногда при остановке сердца удается добиться возобновления его работы с помощью резкого удара кулаком по центру грудины. С высоты примерно в 20 см делаем сильный удар в центр грудины.

Если в течении 30 мин. реакции нет – реанимацию прекращаем, т.к. к этому времени мозг уже погиб, и если даже и вернуть человека к жизни, то он уже будет не дееспособен.

Перед началом процедуры закрытого массажа сердца полость рта и глотки освобождают от скопления слизи и других масс. Вначале делают 3 - 4 вдувания воздуха «рот в рот» и затем приступают к закрытому массажу сердца. Ритмично надавливают на нижнюю треть грудины непосредственно у мечевидного отростка, обращаем внимание на силу нажима на грудную клетку.

Нельзя надавливать на мечевидный отросток грудины и боковые поверхности грудной клетки во избежание переломов ребер.

Все толчкообразные вдавливания грудины следует производить в одном и том же месте, поэтому в ходе закрытого массажа сердца отпускать руку (руки) от грудины не рекомендуют. В процессе непрямого массажа сердца делают искусственное дыхание методом «рот в рот», на одно вдувание должно приходиться 4 надавливания на грудину (в момент вдувания массаж сердца не производят). Закрытый массаж сердца продолжают до восстановления сердечной деятельности: кожа розовеет, а бледность, синюшность, «мраморность» кожи исчезают, появляется пульс, восстанавливаются сердцебиения, суживаются зрачки и начинают реагировать на свет, возобновляются вдохи и движения глазных яблок.

Если восстановления сердечной деятельности в течение непрерывного закрытого массажа сердца не происходит на протяжении 30 мин, от дальнейшего продолжения данной реанимационной процедуры обычно отказываются в силу ее безнадежности.

Закрытый массаж сердца противопоказан: при воронкообразной грудной клетке, скопление газов или воздуха в плевральной полости в следствии травмы (перелома ребер с повреждением легких, проникающие ранения грудной клетки), при переломе нескольких ребер.

Осложнения при закрытом массаже сердца: переломы ребер, разрыв печени (при сильном надавливании на мечевидный отросток), выдавливание содержимого желудка наружу.

Затем демонстрация фильма «правила сердечно- легочной реанимации» и наиболее важный момент занятия- Отработка практических навыков на фантоме. Особое внимание правильной постановке рук человека, оказывающего помощь. Ладонь руки кладут на нижнюю треть грудины, поверх нее помещают вторую руку. Важно, чтобы обе руки были выпрямлены в локтевых суставах и располагались перпендикулярно поверхности грудины.

Обе ладони должны находиться в состоянии максимального разгибания в лучезапястных суставах, т. е. с приподнятыми над грудной клеткой пальцами. В таком положении давление на нижнюю треть грудины производится основанием ладоней. Надавливают на грудину быстрыми толчками. Для расправления грудной клетки руки отнимают от нее после каждого толчка. Смещения грудины (в пределах 4–5см) обеспечиваем не только усилием рук, но и массой тела. Поэтому если больной лежит на топчане или кушетке оказывающему помощь лучше стоять на подставке, а когда больной лежит на земле или на полу, лучше стоять на коленях.

Проверка полученных теоретических знаний при помощи теста.

Текст вопроса.

Оптимальные сроки оказания первой помощи?

Выберите один ответ:

до 1 часа

до 30 минут

до 5 минут

Подведение итогов занятия, выставление оценок с комментариями.

Заключение: Своевременно и правильно оказанная помощь не только спасает жизнь пострадавшего, но и обеспечивает дальнейшее успешное лечение, предупреждает развитие тяжелых осложнений (шок, сепсис, заражение раны), уменьшает потерю трудоспособности.

### **Библиографический список**

1. Косолапова Н.В. Безопасность жизнедеятельности [Текст]: учебник/ Н.В. Косолапова, Н.А. Прокопенко.-5-е изд., стер.- М.: КНОРУС, 2013.- 192 с.
2. Ястребов Г.С. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф [Текст] : учебное пособие / Г.С. Ястребов, под ред. Б.В. Кабарухина, -Изд. 8-е – Ростов н/Д: Феникс, 2013.- 397 с.
3. <http://meduniver.com/> - МедУнивер.com – медицинский информационный портал;
4. <http://www.medlit.ru/> - сайт медицинской литературы;

5. <http://fcior.edu.ru/> - федеральный центр информационных образовательных ресурсов.

## **СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ - НОВАЯ ЭПОХА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

А.С. Метиева

*ГКП на ПХВ «Талдыкорганский высший медицинский колледж»*

«Симуляция» - это притворство,  
утверждение или изображение  
чего-нибудь с целью ввести в  
обман, в заблуждение»

Толковый словарь С.И. Ожегова

«Симуляция» – человек, устройство,  
усилия по воссозданию проблемы,  
в которой обучающийся должен  
отреагировать так, как он это  
сделает в реальной обстановке»

1999 г. Мак Гаги

На современном этапе образовательных услуг главная задача медицинского образования сформировать новую модель профессиональной подготовки, которая бы преодолела отставание в объемах и качестве трудовых ресурсов от реальных требований конкретных предприятий.

В настоящее время в медицине повсеместно внедряется обучение клиническим умениям, основанное на применении симуляционных технологий. Симуляция, как объект исследования, стала рассматриваться с научной точки зрения лишь последние 10 лет, хотя муляжами в медицине пользуются уже давно.

Симуляционное обучение – образовательная методика, предусматривающая интерактивный вид деятельности, через погружение в среду, путем воссоздания реальной клинической ситуации, позволяющая обогатить практический опыт обучаемого.

Современное медицинское образование практически невозможно представить без применения симуляционных технологий. Подготовка будущего квалифицированного медицинского работника невозможна без контакта и общения с реальными пациентами, но

все чаще безопасность пациента и его благополучие представляют фундаментальную этическую проблему. В связи с этим необходима безопасная и надежная образовательная среда для обучения клиническим умениям. Одним из способов достижения этой задачи является открытие симуляционного центра и виртуальной клиники - «мест, где позволено учиться на своих ошибках».

Симуляционное обучение это предшествующее и дополняющее клиническое обучение, позволяющее обучающимся достичь более высокого уровня клинической компетентности, способствующее процессу переноса практических умений, приобретенных на моделях и тренажерах, в реальную практическую деятельность.

Обучение клиническим умениям с использованием манекенов, тренажеров и стандартизированных пациентов под наблюдением преподавателя предоставляет возможность студентам делать и исправлять ошибки в безопасной среде, развивать клиническое, логическое мышление, оценить предоставленную ситуации с точки зрения будущего специалиста. Все это способствует улучшению освоения ими клинических умений, приобретению уверенности, преодоления страха, развитию лидерских качеств, умению работать в команде, давать объективную оценку своим действиям.

Немаловажное значение имеет также отработка коммуникативных навыков в работе с пациентами, родственниками и коллегами при оказании неотложной помощи, соблюдение этики, деонтологии, чему обучаются студенты с первого курса.

Одним из ведущих колледжей Республики Казахстан на протяжении многих лет выпускающих грамотных востребованных специалистов является «Галдыкорганский высший медицинский колледж», где учебные занятия проходят как в стенах колледжа, виртуальной клиники так и на базах ЛПУ.

Хирургия одна из основных клинических дисциплин, которая изучается на 3-4 курсах. Для успешного изучения курса хирургии в колледже имеются кабинеты доклинической практики и виртуальной клиники, оснащенные современными учебными и материально - техническими пособиями. В достаточном объеме имеются транспортные шины - Дитерихса, Крамера, комплекты полимерных шин, фиксаторы головы и шеи, спинальный щит, тренажеры для отработки навыков перевязок и наложения швов, тренажёр для трахеостомии и ухода за ним, тренажёры для сердечно-легочной реанимации, с голосовым, цветовым, звуковым сопровождением и без, улучшенный манекен симулятор травмы, электрофицированные стенды-тренажёры: «Травматизм и меры оказания первой помощи», «Этапы оказания первой реанимационной помощи», комплект ран: огнестрельная рана, ожог лица, ожог руки, открытая рана груди, рана живота, рана челюсти, открытый перелом

руки, травма голени, ушиб лба, ампутация нижней конечности, повреждение брюшной полости с выпадением петель кишечника и др.

Ключевыми аспектами симуляционного обучения являются:

- предоставление обучающимся обратной связи по результатам обучения;
- возможность неоднократного выполнения практического умения;
- интеграция с программой обучения;
- возможность выбора обучающимися уровня сложности;
- адаптация обучения к потребностям обучающихся;
- разнообразие клинических ситуаций;
- безопасная среда обучения;
- индивидуализация обучения;
- наличие целей и задач обучения;
- использование технологий адекватного уровня.

Модернизация образования в сфере здравоохранения сформировала новые подходы к подготовке молодых специалистов. В частности, в нашем колледже разработана методика симуляционного обучения с привлечением студентов в качестве «стандартизованного пациента» для моделирования различных клинических ситуаций, что является ценным для совершенствования профессиональных навыков студентов медицинских колледжей. Элементы данной методики применимы при изучении предмета хирургии : при отработке навыков экстренной неотложной помощи: при состояниях клинической смерти, травмах, ранениях, кровотечениях. Разрабатывается дальнейшее обучение и внедрение стандартизованного пациента из числа студентов младших курсов и пенсионеров при проведении промежуточной и итоговой государственной аттестации.

Симуляция предполагает тренировку, где студент находится в центре внимания, а не преподаватель, как при традиционном образовательном процессе на семинарах. При симуляции гораздо выше уровень внутренних мотиваций к дальнейшему самообразованию, чем уровень внешних, т.к. создается реальная среда с которой студент столкнется.

Во время симуляции необходимо оценивать: 1 - коммуникативные (этические) навыки; 2 - профессиональные знания (сбор анамнеза, интерпретация анализов и др.); 3 - специальный навык (зависит от цели симуляции, например: проведение иммобилизации или в/в инъекция)

Симуляция должна иметь место в программе медицинского образования в качестве обязательного компонента, распределенного на все курсы обучения, с учетом уровня обучаемого студента. Студент должен накапливать индивидуальный практический опыт различных клинических ситуаций, которыми он должен овладеть на выходе.

Достоверно, что студенты прошедшие тренинги с использованием симуляции показывают лучшие знания, умения, и коммуникативные навыки у постели больного и в клинике, по сравнению со студентами после традиционного образования.

Использование симуляционного оборудования позволяет без всякого риска для пациентов имитировать различные клинические ситуации, после которых аттестованный специалист сможет уверенно себя чувствовать в работе и избежать многих проблем, которые могут возникнуть.

Симуляционные технологии в обучении студентов медицинских колледжей рассматривать не только как составную часть клинической подготовки, а как один из механизмов, запускающих и формирующих клиническое мышление на высоком и мотивированном уровне. Следовательно, эти формы обучения нуждаются в детерминированной методологической поддержке и контроле со стороны ведущих учебно-методических объединений, научной оценке и дальнейшем исследовании и совершенствовании.

**Таким образом: симуляционное обучение в медицинском образовании** – это современная технология обучения и оценки практических навыков, умений, основанная на реалистическом моделировании, имитации клинической ситуации - для чего используются различной сложности и реалистичности учебные модели демонстрация отдельных навыков

#### **Преимущества и принципы симуляционного обучения**

1. Формат с ярко выраженным практическим акцентом.
2. Клинический опыт без риска для пациента.
2. Тренинг в удобное время.
3. Снижение стресса при первых самостоятельных манипуляциях.
4. Профессиональная подготовка в соответствии с индивидуальными запросами.
5. Максимальное погружение в реальность.
6. Возможность обучения медицинским вмешательствам при редко- встречаемых и жизниугрожаемых патологиях.
7. Практическое решение вариативных клинических сценариев.
8. Объективная оценка достигнутого уровня

#### **Вывод:**

добавление симуляции в медицинское образование – статистически значимый решающий фактор результативности;

для прочного усвоения навыков необходим более длительный период работы с применением симуляции, более частое обновление и повторение навыков;

применение симуляционных технологий позволит повысить безопасность учебного процесса для пациентов и обучаемых, совершенствовать уровень профессионального мастерства и

практических навыков молодых специалистов на учебном этапе, обеспечивая им более эффективный, плавный и безопасный переход к медицинской деятельности. Систематическое использование симуляционных технологий приведет к снижению ошибок, осложнений при выполнении манипуляций и повышению качества медицинской помощи населению в целом, а также обеспечит непрерывное профессиональное обучение медицинских кадров в соответствии с современными алгоритмами.

### **Библиографический список**

1. В.Н. Павлов: «Симуляционные технологии в формировании профессиональных компетенций»
2. О.В.Зинченко с соавторами: «Симуляционное обучение студентов-медиков»
3. С.А.Булатов, Р.Ф. Хамитов «Стандартизированный пациент» Учебно-методическое пособие. Казань: Бриг, 2006. 44 с.
4. П.О.Ильин: «Симуляционные технологии в медицинском образовании и клинической практике» Санкт-Петербург, Россия

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ. СИМУЛЯЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ**

И.В. Писарева

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

Симуляционная технология, как любая образовательная технология имеет свои цели, задачи, методологию, особенности реализации в образовательных учреждениях.

Максимальная индивидуализация обучения предполагает не только создание оптимальных условий для выполнения самостоятельных действий необходимое количество раз, но и условий для полноценного контроля процесса выработки умения, процесса формирования навыка, их объективного анализа и оценки.

При отработке навыков действий на «месте происшествия» важно придать тренингу максимальную реалистичность, создать дополнительные факторы психоэмоциональной нагрузки. Обучающиеся должны продемонстрировать умение в стрессовых ситуациях правильно оценить обстановку, в том числе и точки зрения собственной безопасности.



Симуляционный тренинг основан на выполнении действия, в процессе специально организованного интерактивного общения с преподавателем (тренинг-экспертом) и другими обучающимися, поиске «новых» знаний, устранении собственных ошибок.

Тренинг – смешанная форма занятия, которая подразумевает одновременное использование двух методов. Это информирование обучающегося и выполнение задания обучающимся.

На симуляционном занятии приоритетом является учебная задача, в процессе которой допустим негативный исход медицинской помощи, чтобы обучающийся почувствовал всю меру своей ответственности.

Общая цель любого профессионального тренинга - повышение компетентности, как в применении конкретных навыков, так и в общении.

Цель может быть конкретизирована в ряде задач с различной формулировкой, но обязательно связана с приобретением знаний, формированием умений, навыков, развитием поведенческих установок.

Неоспоримыми преимуществами симуляционного тренинга являются:

- клинический опыт в виртуальной среде без рисков для пациента;
- объективная оценка уровня достигнутого мастерства;
- неограниченное число повторов отработки навыка;
- удобное время тренинга, независимо от работы клиники;
- отработка действий при редких и жизнеугрожающих патологиях;
- часть функций преподавателя берет на себя виртуальный тренажер;
- снижение стресса при первых самостоятельных манипуляциях.

Симуляционный тренинг развивает способности к обучению, формирует конкретные виды деятельности, способствует эффективным формам общения в процессе тренинга.

Условиями реализации симуляционного тренинга являются:

- Самостоятельное(чаще неоднократное) выполнение обучающимися профессиональной деятельности или ее части.
- Ответственность обучающегося за результат каждого выполнения через контроль правильности выполнения и обратную связь от экспертов этой деятельности.
- Анализ результатов собственного выполнения для достижения поставленных результатов обучения.

Выделяют тренинги профессиональных компетенций и тренинги личностного роста.

#### **Четырехэтапный подход - простой тренинг**

1. Демонстрация эталонного выполнения. Преподаватель демонстрирует эталонное выполнение симуляционной единицы, процедуры, манипуляции. Для демонстрации эталонного выполнения манипуляции возможно применение видео, аудиозаписи.

2. Демонстрация эталонного выполнения с пояснениями инструктора (тренера). Преподаватель повторно демонстрирует эталонное выполнение манипуляции. Демонстрация сопровождается комментариями преподавателя на наиболее важных, сложных, требующих особого внимания этапах выполнения манипуляции.

3. Демонстрация эталонного выполнения с пояснением обучаемых. Преподаватель еще раз демонстрирует эталонное выполнение манипуляции. Комментарии делают сами обучающиеся. Преподаватель вовлекает их в обсуждение выполнения отдельных элементов манипуляции, осознанное и осмысленное формулирование сложных моментов выполнения процедуры, добиваясь выработки нового умения, которое будет применено в тренинге, а затем в реальных профессиональных ситуациях.

4. Выполнение процедуры обучаемыми.

Слушателям предлагается выполнение манипуляции индивидуально, «малыми группами» в зависимости от задач симуляционного тренинга.

Результатом простого тренинга (четырёхэтапный подход) является выработка нового навыка.

### **Трёхэтапный подход - комплексный тренинг**

1. Самостоятельное выполнение задания обучаемыми.

Для демонстрации процедуры, манипуляции преподаватель назначает (по желанию) обучающегося. Определяется роль и задачи экспертов (наблюдателей) из числа слушателей. Эксперты регистрируют ошибки и положительные стороны выполнения.

Для оценки выполнения элементов манипуляции целесообразно разработать оценочные листы. Проводится видео, - аудиозапись профессиональных действий.

2. Совместная выработка рекомендаций по совершенствованию умений и навыков.

Преподаватель побуждает обучающихся к проведению детального анализа выполнения процедуры, манипуляции на видео, аудиозаписи.

Анализ проводится в следующей последовательности:

- заслушивается мнение самого исполнителя, самоанализ ошибок и положительных моментов;
- заслушивается мнение и замечания экспертов (наблюдателей);
- проводится разбор эталонного выполнения;
- рекомендации и наставления преподавателя в корректной форме с определением значимости качественного выполнения отдельных элементов;

- формулируются наиболее сложные элементы выполнения манипуляции;
- преподаватель побуждает выработку новых знаний, которые определяют качество самостоятельного выполнения манипуляции на следующем этапе тренинга;
- разрабатываются совместные рекомендации по выполнению манипуляции;
- в приложении к технологической карте прописывается стандарт выполнения манипуляции.

### 3.Выполнение задания с использованием выработанных рекомендаций.

Манипуляции отрабатывается индивидуально, «малыми группами», всей группой (командный подход) в ходе симуляционного тренинга.

Комплексный тренинг (трехэтапный подход) закрепляет уже имеющийся навык, совершенствуя его.

Результатами образовательного процесса с использованием симуляционных технологий (симуляционного тренинга) также является выработка когнитивных социальных навыков:

- оценка клинической ситуации;
- донесение и получение информации;
- проведение обзора вариантов;
- взвешивание рисков, управление стрессом;
- планирование и принятие решений с учетом ресурсов;
- проявление лидерства;
- распределение обязанностей между членами команды;
- умение ассистировать и т.д.

Симуляционный тренинг развивает профессиональные, этические, моральные, нравственные категории слушателей для качественного выполнения профессиональной деятельности, осознания возрастающей роли профессии медицинского работника в современных условиях, понимания приоритетности интересов пациента при оказании медицинских услуг.

«К вершинам мудрости ведут нас три пути:

путь размышленья - самый благодатный

путь имитации - доступней всех других

и горький путь - на собственных ошибках»

Конфуций, V век д.н.э.

## **ИМИТАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ**

Н. А. Поленова

*Медицинский колледж Медицинского института НИУ «БелГУ», г. Белгород*

В зависимости от направленности активных методов обучения (АМО) на формирование системы знаний или овладение умениями и навыками исследователи и практики (А.К. Колеченко, Г.А. Селевко, Г.Х. Яворская и др.) разделяют их на имитационные и неимитационные.

Выше названные дидактики отмечают, что имитационные методы связаны с моделированием профессиональной деятельности. При их применении имитируются как ситуации профессиональной деятельности, так и сама профессиональная деятельность. Имитационные методы в зависимости от принимаемых обучающимися условий, выполняемых ими ролей, устанавливаемых правил, наличия элементов состязательности при выполнении заданий, в свою очередь, делят на игровые и неигровые. К имитационным неигровым методам относятся: анализ профессионально-ориентированных ситуаций, решение ситуативных производственных задач, выполнение упражнений-действий по инструкции и т.д. Имитационные игровые методы включают в себя разыгрывание ролей, деловые и ролевые игры и др.

Особая роль при использовании АМО в учебном процессе медицинского колледжа принадлежит имитационным ситуациям, при использовании которых становятся востребованными личностные функции обучаемых, что дает возможность развивать активные творческие формы учебной деятельности студента, развивать его познавательную самостоятельность.

Известно, что для работы медицинской сестры характерно возникновение непредсказуемых ситуаций и необходимость немедленного принятия решений. Поэтому на учебных занятиях преподаватели цикловой комиссии сестринского дела уделяют внимание развитию творческого мышления у будущих медицинских сестер, формированию у них лабильности ума, способности ориентироваться в постоянно меняющейся обстановке. Использование различных имитационных методов обучения в сочетании с традиционными методами позволяет повысить эффективность подготовки специалистов сестринского дела. При контроле усвоения нового материала мы также применяем имитационные методы обучения, такие как «Анализ профессионально-ориентированных ситуаций» и «Разыгрывание ролей», максимально приближенные к реальным условиям профессиональной деятельности.

Студент, погружаясь в ситуацию, вынужден применять полученные знания, умения и навыки, находить правильные решения, т. е. происходит практическое применение знаний и навыков и закрепление полученных знаний.

«Анализ профессионально-ориентированных ситуаций» состоит в глубоком и детальном исследовании реальной или имитированной ситуации. Каждой малой группе предлагается в письменной форме информация о подлинной профессиональной ситуации. Члены группы, в свою очередь анализируют различные аспекты проблемы и предлагают варианты ее решения, тем самым обучающиеся учатся анализировать ситуацию, предлагают хорошее рациональное рабочее решение и понимают основные проблемы, вовлеченные в данную ситуацию.

Таким образом, мы рассматриваем «Анализ профессионально-ориентированных ситуаций» как метод группового обучения и стимулирования познавательной самостоятельности, основанный на процессе логического моделирования типичных ситуаций, встречающихся в профессиональной деятельности с последующим обсуждением и принятием коллективно выработанных способов их разрешения, и как метод, обеспечивающий направленность на поддержку индивидуального развития обучающихся.

Из всего многообразия педагогических технологий следует также остановиться на игровых педагогических технологиях, которые будут наиболее эффективны в процессе профессиональной подготовки специалистов сестринского дела.

Игра – это вид деятельности в условиях ситуаций, направленных на воссоздание и усвоение общественного опыта, в котором складывается и совершенствуется самоуправление поведением.

Анализ педагогической литературы позволяет сказать, что понятие «игровые педагогические технологии» включает в себя достаточно обширную группу методов и приемов организации педагогического процесса в форме различных педагогических игр. В отличие от игр вообще педагогическая игра обладает существенным признаком – четко поставленной целью обучения и соответствующим ей педагогическим результатом, которые могут быть обоснованы, выделены в явном виде и характеризуются учебно-познавательной направленностью. Игровая форма занятий создается при помощи игровых приемов и ситуаций, которые выступают как средство побуждения, стимулирования учащихся к учебной деятельности.

Многолетний опыт работы в медицинском колледже позволяет отметить, что в процессе обучения сестринскому делу игровую деятельность возможно использовать в следующих случаях: в качестве самостоятельных технологий для освоения понятия, темы, раздела

учебного предмета; как элементы более обширной технологии; в качестве занятия или его части (введения, объяснения, закрепления, упражнения, контроля).

При изучении профессионального модуля «Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» особый интерес представляют профориентационные игры: предметные, ролевые, деловые, имитационные, сюжетные. В рамках данной статьи представляется возможным более подробно остановиться на ролевых играх, так как содержание их наиболее полно отвечает нашему пониманию игровых технологий при обучении сестринскому делу в медицинском колледже.

Метод «Разыгрывание ролей» представляет собой «образное обучение», так как каждый участник является носителем определённого образа-роли, который он демонстрирует перед другими участниками. Процесс воспроизведения полученных знаний протекает более заинтересованно, а это в свою очередь влияет на более активное запоминание. В основе разыгрывания ролей лежит заранее подготовленная ситуация, по которой необходимо не только принять решение, но и представить эту ситуацию в лицах, т.е. разыграть её. При этом необходимо использовать полученную ранее информацию, делая особый акцент на воображении, свободно выбирая необходимые роли для демонстрации предложенной ситуации, создавая мизансцену для показа, используя эмоции.

При разыгрывании ситуации обучающиеся работают малыми группами. Студенты исполняют роль так, как сами считают нужным, при этом они могут позволить себе импровизацию исходя из своего видения заданной роли, т.е. участники играют самих себя, демонстрируют свой стиль общения, компетентность, эмоциональную культуру. При этом они, охотно имитируют деятельность медицинской сестры на рабочем месте, легко и непринужденно демонстрируют выполнение манипуляций.

При анализе результатов игры студенты малыми группами обсуждают каждое принятое другими малыми группами решение и в ходе общегрупповой дискуссии формулируют оптимальное решение проблемы.

Особенность подобных занятий заключается в том, что они проходят в атмосфере сотрудничества и доверия, что позволяет реализовать большую по сравнению с повседневным общением интенсивность обратной связи между участниками коммуникации.

Следовательно, мы рассматриваем «Разыгрывание ролей» как метод группового обучения и стимулирования групповой активности, основанный на процессе практического имитирования ситуаций, возникающих в профессиональной деятельности с последующим ролевым обсуждением и принятием коллективно выработанного способа их разрешения.

Таким образом, имитационные методы обучения обеспечивают развитие личностно значимых качеств будущих специалистов, способствуют формированию профессиональных

и общих компетенций, повышению качества знаний, развивают интерес к предмету, улучшают психологическую атмосферу внутри учебной группы и между отдельными её членами, формируют необходимые исполнительские, организаторские и интеллектуальные навыки.

### **Библиографический список**

1. Гребенюков В.И. Активные и интерактивные методы обучения / В.И. Гребенюков.- Изд-во Нижневарторского государственного университета, 2014. — 155 с.
2. Курьянов М.А. Активные методы обучения : метод. пособие / М.А. Курьянов, В.С. Половцев. - Тамбов: ТГТУ, 2011. — 80 с.
3. Кукушин В. С. Теория и методика обучения: учебное пособие / В. С. Кукушин. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. - 474 с.
5. Панфилова А.П. Инновационные педагогические технологии: Активное обучение. Учеб. пособие для студ. вузов/ А.П. Панфилова — М.: Академия, 2009. — 192 с.
6. Панина Т.С. Современные способы активизации обучения: Учебное пособие/ Т.С. Панина, Л.Н. Вавилова.- 4-е изд., стер. — М.: Академия, 2008. — 176 с.

## **ИННОВАЦИОННОСТЬ И ВАРИАТИВНОСТЬ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Т.И. Проценко, О.В. Кулябина

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

Согласно Концепции развития здравоохранения на период до 2020 года одним из приоритетов государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. В свете этих задач профессиональное, а также последипломное образование становится важным звеном, определяющим подготовку компетентных и востребованных кадров для системы здравоохранения, где осуществляется разработка и внедрение в практику эффективных инновационных технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов. [1]

Цели последипломного образования диктуют необходимость преобладания практического обучения над другими его видами, решая основную задачу непрерывного медицинского образования – совершенствование готовности специалистов осуществлять

профессиональную деятельность. В условиях появления и внедрения новых технологий в медицинской практике готовность специалистов, особенно средних медицинских работников, подвергается серьезным испытаниям. Современная концепция развития образования требует постоянного обновления технологий, ускоренного освоения инноваций, быстрой адаптации к запросам и требованиям динамично меняющегося мира. Одновременно возможность получения качественного образования продолжает оставаться одной из наиболее важных жизненных ценностей граждан, решающим фактором социальной справедливости и политической стабильности.

Переход профессионального образования на государственные образовательные стандарты третьего поколения, разработанные на основе компетентного подхода, обусловил необходимость поиска новых, инновационных форм и технологий инновационного образования. Инновационное образование представляет собой результат педагогической инновационной деятельности, обеспечивающий получение нового образовательного эффекта, включая его экономические, управленческие, социальные, экологические, здоровьесберегающие и иные аспекты.

Важное место в инновационном развитии профессионального образования принадлежит образовательным технологиям.

**Инновационные образовательные технологии** – это упорядоченная совокупность действий, операций и процедур, направленных на развитие личности, инструментально обеспечивающих достижение диагностируемого и прогнозируемого результата в профессионально-педагогических ситуациях, образующих интеграционное единство форм и методов обучения при взаимодействии обучаемых и педагогов в процессе развития индивидуального стиля деятельности.

В данном определении подчеркиваются важные моменты инновационных технологий профессионального образования:

- целевая установка на развитие личности;
- интеграционное единство форм, методов и средств обучения;
- взаимодействие обучающихся и педагогов;
- индивидуальный стиль педагогической деятельности.

Компетентный подход обеспечивает соответствие результатов обучения требованиям и ожиданиям потребителей, в том числе работодателей, путем формирования компетенций составляющих компетентность специалиста. Понятие компетентности, прежде всего, предусматривает безошибочное выполнение своих обязанностей в постоянно меняющихся условиях профессиональной среды. [2]



Обучение специалистов здравоохранения среднего звена в системе дополнительного профессионального образования представляет собой целостную педагогическую систему, обусловленную в своем функционировании и развитии разнообразными объективными факторами: социальными, психологическими, организационно-педагогическими, материально-техническими и другими. В системе дополнительного профессионального образования преподавание – дидактический процесс, связанный с сотрудничеством главных действующих лиц процесса обучения – преподавателя системы непрерывного образования и обучающихся, цели деятельности которых объединены.

В процессе обучения взрослых эффективно используются инновационные направления обучения:

- интернет-технологии
- блочно-модульный принцип освоения программ обучения
- профессиональная ориентация
- инновационные игровые технологии.

Инновационное обучение способствует успешной адаптации к изменениям внешней среды, обеспечивает потенциал личностного и профессионального развития.

**Интернет-технологии** на современном этапе наиболее часто встречаются при профессиональном обучении с использованием дистанционных образовательных технологий. Для овладения теоретическим материалом в программах дистанционного обучения слушатель должен самостоятельно ознакомиться с материалом, ответить на контрольные вопросы и выполнить задания.

Эффективность педагогического общения обеспечивается следующими методами: подготовка письменных вопросов и ответов, контакты по телефону, электронной почте, консультации он-лайн, офф-лайн и периодические встречи с группой слушателей (тьюториалы) – по типу семинара.

Для реализации дистанционного обучения необходима разработка принципиально новых учебно-методических материалов, отличающихся как по форме, так и по содержанию. Интеграция интернет-технологий в последипломное образование специалистов способствует компетентному использованию их теоретических знаний в практической деятельности.

**Блочно-модульное предоставление информации.** Формирование системы непрерывного образования на основе внедрения модульных программ позволит максимально эффективно использовать человеческий потенциал и создать условия для самореализации граждан в течение всей жизни. Профессиональный модуль представляет собой локальное содержание учебной информации по определенному виду профессиональной деятельности специалиста, а также методическую систему, определяющую овладение профессиональными

компетенциями данного вида деятельности. Модульное обучение предусматривает возможность выбора уровня сложности и темпа освоения учебной программы.

Образовательный модуль является относительно самостоятельной частью всей программы, охватывающей один из ее разделов и осваиваемой независимо от других. В этот блок могут включаться несколько разделов, объединенных по характеру материала. Комплекс блоков и модулей формируется в зависимости от целей и задач обучения.

**Игровые технологии.** Цель их использования – развитие и совершенствование умений и навыков аналитической, творческой деятельности специалистов.

Важным условием, обеспечивающим эффективность применения игровых технологий обучения, является соблюдение принципов:

1. организация разумной, адекватной виду игровой деятельности;
2. проигрывание обучаемыми разнообразных ролевых ролей;
3. осуществление обучения в режиме «нормирования» взаимодействия, т.е. в процессе игры предполагается строгое соблюдение сформулированных преподавателем, норм, правил игры;
4. соблюдение регламента;
5. обязательность участия обучаемых во всем цикле игровых занятий;
6. обеспечение преподавателем новизны.

Примеры игровых интерактивных технологий используемых в дополнительном профессиональном образовании:

- тренинг
- тренинг командообразования
- видеотренинг
- игры-симуляции, или игры катастрофы
- деловые игры [3.]

**Профессиональная ориентация.** Слушатели системы дополнительного профессионального образования нуждаются не просто в анализе, а в философском осмыслении, уточнении основных подходов к развитию собственной профессиональной деятельности. В то же время существует закономерность: чем выше профессиональный статус специалиста, тем труднее ему сесть «за парту». Взрослый человек «держится» за свои ценности и профессиональные стереотипы до тех пор, пока на деятельностном уровне не осознает необходимости и продуктивности отказа от некоторых из них. Разрушить данные стереотипы, содействовать становлению нового профессионального мышления позволяет использование личностно-ориентированных форм и методов обучения.

На занятиях в системе повышения квалификации используются интерактивные методы, способствующие активному совместному погружению в профессиональные проблемы. Технологии обучения, ориентированные на силы «саморазвития» слушателей, включают:

- диагностические методики, связанные с самооценкой, взаимооценкой, экспертной оценкой сформированности компетентностей;
- защиту проектов;
- участие в мастер-классах.

Формированию профессионального развития-саморазвития слушателей содействует система *средств и условий*, позволяющая:

- анализировать собственный опыт и выработать собственную позицию;
- вести профессиональный диалог;
- обосновывать слабые и сильные стороны опыта;
- выбирать приоритеты, ценностные ориентации и целевые установки в профессиональной деятельности;
- отказываться от стереотипов. [4.]

Выбор образовательной технологии, используемой преподавателем на занятии, зависит от ряда факторов:

- приоритетности целей образования;
- специфики содержания обучения;
- состава обучающихся (возраст, уровень подготовленности, количества обучающихся);
- уровень развития учебно-материальной базы. [5]

***Формы и методы реализации инновационного образования, построенного на компетентностной основе, используемые при обучении специалистов здравоохранения среднего звена.***

**Технологии систематизации и визуализированной презентации знаний** предполагают определение многообразных связей и отношений между изучаемыми предметами, их упорядочивание на основе сходства / различия, наглядное представление структурно-функциональных связей и отношений в форме схем, таблиц, рисунков, анимации. К этой группе технологий относятся ситуационный анализ, работа со схемами, технологическими картами, графическое моделирование и др.

**Информационные и коммуникативные технологии** – обучение, основанное на использовании электронных средств: компьютера, аудиовизуальных средств, гипертекстов, гипермедиа. Эти средства опосредуют взаимодействие педагогов и обучающихся, обеспечивают интерактивный диалог, возможность индивидуализировать процесс обучения,

доступ к информационным каналам и сетям. К информационным и коммуникативным технологиям относятся дистанционное обучение, обучающие программы, мультимедийные технологии и др.

**Технологии развивающего обучения** ориентированы на актуализацию профессионально-личностного потенциала, социально-профессионального развития личности, формирование метапрофессиональных дидактических единиц: обобщенных знаний, умений, компетенций, обеспечение взаимодействия всех участников профессионально-образовательного процесса. К ним относятся тренинги развития и креативности, анализ нестандартных ситуаций и др.

**Технологии контекстного обучения** в максимальной степени моделируют реальную социально-профессиональную деятельность. Основной единицей содержания контекстного обучения выступает проблемная ситуация в учебно-профессиональной и реальной профессиональной деятельности. К ним относятся предметные лекции, семинары-дискуссии, анализ конкретных производственных ситуаций и др. [6]

**Технологии контроля результатов обучения.** Разработка новых государственных стандартов в профессиональном образовании и внедрение новых технологий обучения повлекли за собой необходимость использования новых подходов к системе контроля и проверки соответствия требований к подготовке выпускников заданным уровневым стандартам знаний. В системе профессионального образования существует широкий арсенал видов контроля и оценки. Например, собеседование, тестовые задания, контрольная работа, зачет, экзамен, реферат и другие формы. В системе медицинского образования широкое применение получил метод экспертной оценки и объективного контроля.

Таким образом, используемые в системе непрерывного образования инновационные образовательные технологии обеспечивают оптимальные условия для активизации субъективности всех участников образовательного процесса. Они также вписываются в рамки контекстного подхода, в котором педагогический процесс моделирует предметное и социальное содержание профессиональной деятельности специалиста, а усвоение системы профессиональных знаний является средством, с помощью которого происходит процесс овладения методами решения профессиональных проблем. Такое обучение придает целостность, системную организованность и личностный смысл усваиваемым знаниям.

Резюмируя, можно утверждать, что постоянно изменяющиеся социально-экономические условия обуславливают необходимость непрерывного образования с целью подготовки специалистов, способных к освоению и внедрению инноваций в социально-профессиональную деятельность. Овладение специалистом в процессе инновационного образования социально-профессиональной мобильностью будет способствовать свободному

владению своей профессией, формированию готовности к постоянному профессиональному росту.

#### **Библиографический список**

1. С.А. Перепелица, П.В. Лигатюк, А.Н. Кузовлев, С.В. Корнев Обучающий симуляционный курс в программе последиplomного образования // Медицинское образование и вузовская наука. – 2015. № 1
2. Э.Ф.Зеер Психология профессионального образования / М. : Издательский центр «Академия», 2013
3. Кравченко А.И. Психология и педагогика - М. : Издательский центр «Инфра-М», 2018.
4. Педагогика профессионального образования: / под ред. Сластенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2015
5. Пидкасистый, П. И. Педагогика: учебник для студентов вузов / П. И. Пидкасистый, В.А. Мижериков, Т.А. Юзевичус. - 2-е изд. - М.: Академия, 2014
6. Эрганова, Н. Е. Педагогические технологии в профессиональном обучении: учебное пособие для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по направлению подготовки «Профессиональное обучение (по отраслям)» / Н. Е. Эрганова. - М.: Издательский центр "Академия", 2014

#### **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИНАРНЫХ ЛЕКЦИЙ С ЗАПЛАНИРОВАННЫМИ ОШИБКАМИ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ТОМСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ**

С.Д. Рехтина, Т.С. Кундич

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Модернизация образования требует от современного преподавателя постоянного совершенствования педагогического, профессионального мастерства в большей степени, чем ранее. Как известно, в традиционной модели роль преподавателя - ведущая, а роль обучающегося - преимущественно пассивная. В инновационной модели образования роль преподавателя -консультативная, а обучающегося- преимущественно активная. Инновационные методы обучения направлены не только на повышение мотивации к изучению материала, но и на оптимизацию работы преподавателей. Все современные технологии, актуальные для медицинского образования, направлены на подготовку высококвалифицированных специалистов на основе глубокого изучения и осмысления

накопленного профессионального опыта, современных перспективных тенденций развития как российского, так и зарубежного образования и здравоохранения. Из этого следует необходимость модернизации и внедрения инновационных технологий в основные и дополнительные профессиональные образовательные программы, что позволит перевести процесс подготовки средних медицинских работников на качественно новый уровень [2-5]. Среди нетрадиционных форм теоретических занятий интересны бинарные уроки. Это работа двух преподавателей, читающих лекцию по одной и той же теме и взаимодействующих как между собой, так и с аудиторией. Главным преимуществом бинарной лекции является элемент разнообразия, повышение результативности проводимых занятий, за счет взаимного дополнения преподавателей, которые совместно несут ответственность за содержание лекции, презентации [5, 6]. Именно бинарные занятия позволяют продемонстрировать обучающимся, что все в мире взаимосвязано, что изучать любые науки надо комплексно. Бинарная модель взаимодействия преподавателей обеспечивают междисциплинарную связь, передачу системы знаний на интегративной основе, развитие интеллектуальных, творческих, коммуникативных способностей обучающихся, в том числе в процессе подготовки средних медицинских и фармацевтических работников [7].

Еще одной из форм интегративной педагогической технологии является лекция с заранее запланированными ошибками. Необходимость развития у специалистов умения оперативно анализировать профессиональные ситуации, выступать в роли экспертов, оппонентов, оценивать неверную или неточную информацию, которая привела к разработке лекции с заранее запланированными ошибками. Подготовка преподавателя к лекции состоит в том, чтобы заложить в нее определенное число ошибок. После объявления темы лекции преподаватель обязательно сообщает, что в ней будет сделано определенное количество ошибок. Задача слушателей состоит в том, чтобы отмечать в конспекте замеченные ошибки по ходу лекции. На разбор ошибок чаще всего отводится 10-15 минут. Такую лекцию лучше всего проводить в аудитории с одинаковым уровнем подготовки специалистов по изучаемой теме, именно поэтому их проведение более оправдано для специалистов по программам дополнительного профессионального образования, имеющим практический опыт работы. Обычно количество ошибок на одну лекцию не должно превышать 8-10. Слушатели в конце лекции должны назвать ошибки, вместе с преподавателем или самостоятельно дать правильные версии решения проблем. Все вышесказанное расценивается как веский аргумент в пользу включения интегративных педагогических технологий в программы дополнительного профессионального образования и их использования в повышении квалификации специалистов среднего медицинского звена,

обучающихся на базе медицинского колледжа. Томский базовый медицинский колледж (ТБМК) занимает прочные позиции в системе среднего профессионального образования. Последние годы, при проведении циклов повышения квалификации всех категорий средних медицинских работников, используются, наряду с традиционными, бинарные лекции с заранее запланированными ошибками. Например, нами проводится бинарная лекция с заранее запланированными ошибками по теме «Атеросклероз и его осложнения», в которой участвуют два преподавателя, по профилю терапия и хирургия. При этом материал, который дают преподаватели, касается нескольких дисциплин (специальностей) - «Сестринское дело в терапии», «Сестринское дело в хирургии» и «Сестринское дело». Нами используется интегративный подход к изложению материала лекции, указываются межпредметные связи, заключающиеся в том, что преподаватели, каждый со своих позиций, показывают взаимосвязи анатомо-физиологических и патоморфологических изменений в пораженных сосудах, диагностических критериев оценки степени поражения сосудов, консервативных и хирургических подходов к лечению данной патологии, обоснование объема сестринской работы в зависимости от стадии патологического процесса, проведения профилактических мероприятий на стадии консервативного течения и после оперативного лечения этого заболевания, особенности и объем реабилитационных мероприятий в зависимости от стадии процесса, дифференцированная оценка вовлечения в патологический процесс других органов и систем организма и т.д. На протяжении последних пяти лет проводилось анкетирование обучающихся специалистов (фельдшеров) и анализ результатов тестирования после завершения обучения. В план цикла повышения квалификации включались традиционные лекции, бинарные лекции и бинарные лекции с заранее запланированными ошибками. Анализ атмосферы на проводимых лекциях позволил сделать вывод, что активность специалистов в обсуждении предложенной темы на бинарных лекциях намного превышала таковую на традиционных лекциях, на которых отмечалась некоторая пассивность слушателей. Число вопросов, задаваемых специалистами после прослушивания бинарной лекции и бинарной лекции с запланированными ошибками, также было больше, чем после прослушивания традиционной лекции. Число зафиксированных вопросов, с последующим разбором запланированных ошибок, на бинарной лекции и бинарной лекции с запланированными ошибками было в 3,7 раз больше, чем на традиционных лекциях. Проведенное анкетирование слушателей (2013-2017 гг.) для оценки их интереса, полноты и восприятию материала на разных видах лекций по 5-бальной шкале представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Результаты оценки учащимися прослушанных лекций  
по пятибалльной шкале (по данным анкетирования)**

Показатель	2013 n=198	2014 n=223	2015 n=264	2016 n=208	2017 n=236
Традиционные лекции	3,7	3,5	3,4	3,2	3,1
Бинарные лекции	4,3	4,5	4,6	4,6	4,6
Бинарные лекции с запланированными ошибками	4,7	4,9	4,8	4,8	4,9

Анализ полученных данных свидетельствует о несомненном преимуществе проведения бинарных лекций и бинарных лекций с заранее запланированными ошибками, по сравнению с традиционными лекциями. При этом обращает на себя внимание, что в динамике это преимущество возрастает. Если в 2013 году это преимущество, по сравнению с традиционными лекциями, было выше в 1,2-1,3 раза, то в 2014 – в 1,3-1,4 раза, в 2015 – в 1,4 раза, в 2016 – в 1,4-1,5 раза, а в 2017 – в 1,5-1,6 раза. Стоит отметить, что и посещаемость этих лекций превышала посещаемость традиционных лекций. Результаты итогового тестирования в виде числа специалистов с оценкой «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» по годам представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Результаты итогового тестового контроля специалистов,  
обучающихся с использованием инновационных технологий (n)**

Показатель	2013 n=198	2014 n=223	2015 n=264	2016 n=208	2017 n=236
«отлично»	92	121	159	136	168
«хорошо»	87	89	94	64	64
«удовлетворительно»	19	13	11	8	4

Как видно из представленных данных, число этих специалистов (оценка «отлично») в динамике увеличивалось: 2013 год -92 (46,5%), 2014 -121 (54,3%), 2015 – 159 (60,2%), 2016 – 136 (65,4%) и 2017 – 168 (71,2%). А число специалистов с итоговой оценкой «удовлетворительно» - значительно уменьшалось: 2013- 19 (9,6%), 2014 -13 (5,8%), 2015 – 11 (4,2%), 2016 – 8 (3,8%) и 2017 – 4 (1,7%). Результаты анкетирования, анализ результативности итогового тестирования и отзывы обученных специалистов, с использованием бинарных лекций, лекций с заранее запланированными ошибками и бинарных лекций с заранее запланированными ошибками, позволяет сделать вывод о необходимости в дальнейшем развивать практику использования современных педагогических технологий и совершенствовать педагогический опыт, направленных на



повышение качества подготовки медицинских работников среднего звена на базах медицинских колледжей в рамках дополнительного профессионального образования.

### **Библиографический список**

1. Сулейменова А.С. Инновационные модели обучения в медицинском колледже «Болашак». Молодой учёный. 2017; 19.1 (153.1): 8-9.
2. Ивлева Н.В. Реализация нового Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования на основе технологии компетентностно-ориентированного обучения при изучении медицины катастроф. Медицинская сестра. 2015; 2: 53-55.
3. Матвейчик Т.В., Иванова В.И., Новицкая С.Ф. Учебно-педагогические новации на кафедре общественного здоровья и здравоохранения. Медицинская сестра. 2014; 1: 45-49.
4. Пахомов О.Н., Потапова Ю.И., Семенюк Е.И. Формирование содержания и учебно-методического обеспечения образовательного процесса. Медицинская сестра. 2014; 8: 51-53.
5. Струков А.Ю., Буталий С.В. Роль бинарного занятия в повышении качества обучения студентов медицинского колледжа. International Journal of Experimental Education 2014; 4: 248-250.
6. Амиров А. Ф. Опыт реализации интегративно-деятельностного подхода к обучению студентов медицинского колледжа. Pedagogical Journal. 2016; 4: 270-281.
7. Роднина М.В., Шарайкина Е.Ю., Веденеева Л.В. Интегративная образовательная технология - методика проведения бинарного урока. Инновации в сестринском деле: наука, практика, образование: Сборник научно-методических статей преподавателей Красноярского медицинского техникума / Под ред. Д.В. Лушников; Красноярский медицинский техникум – Красноярск. 2012; 64-66.

### **СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТРЕНИНГИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМАНДНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ**

А.Ю.Смагин, Л.С.Ноздрякова

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

XX век во всем мире ознаменовался огромным снижением смертности детей на первом году жизни. Однако, заболеваемость, связанная с недостаточно адекватным оказанием новорожденным первичной реанимационной помощи, остается самой актуальной проблемой

в неонатологии. Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения" Правительству РФ даны поручения, направленные на обеспечение к 2018 году не только укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни граждан, но и обеспечение снижения младенческой смертности до 7,5%. Несмотря на принятие РФ критериев живорождения ВОЗ, предполагающих регистрацию младенцев более 500 грамм при рождении, специалистам, работающим в области родовспоможения, удалось уже к 2014 году сократить не только показатель младенческой смертности до 7,3%, а в 2017 году до 6,0%, но и заболеваемость. Это стало возможным в т.ч. и благодаря организации и проведению обучения врачей неонатологов и неонатальных реаниматологов в симуляционно-тренинговых центрах. Проблемой, по - прежнему, остаются навыки командного взаимодействия специалистов акушерского и неонатального профиля, участвующих в оказании реанимационной помощи новорожденным в родильном зале.

Решением коллегии МЗ Омской области «Итоги работы акушерско-гинекологической и педиатрической служб за 2014 год» совместно с главными врачами медицинских организаций, БУ ДПО Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» (БУ ДПО ОО ЦПК РЗ), было поручено провести обучение специалистов практического здравоохранения по вопросам оказания первичной реанимационной помощи новорожденным.

С 2015 года в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ проводятся командные тренинги для специалистов разного профиля и образовательного уровня (акушерки, врачи-неонатологи, неонатальные анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, палатные медицинские сестры) городских и областных медицинских организаций. Целью данных тренингов является отработка навыков командного взаимодействия применительно ко всем этапам оказания базовой и первичной реанимационной помощи новорожденному. Командный стиль отрабатывается как в постоянных бригадах (по месту основной профессиональной деятельности), так и в бригадах, которые формируются в ходе обучения.

В основе разработанного курса было положено методическое письмо Минздравсоцразвития от 21.04.2010 № 15-4/10/2-32043 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» и шестое издание протокола оказания реанимационной помощи новорожденному Американской Академии Педиатрии, а также методические рекомендации, разработанные под патронажем Российской Ассоциации Специалистов Перинатальной Медицины и Общественной организации содействия развитию неонатологии «Ассоциация неонатологов» в 2016 и 2017 г.г.

Структура тренингов предусматривает 2 раздела:

1 раздел: «Психология командного взаимодействия». Слушатели осваивают азы командного взаимодействия, участвуя в тренингах: «Динамика превращения бригады в команду», «Позитивная взаимосвязь в команде», «Создание условий для эффективной работы в команде» и др. Методы обучения: дискуссия, ролевые игры, психогимнастические упражнения, тестирование, направленное на выявление динамических изменений социально-психологических параметров командной работы и пр.

2 раздел: «Командное взаимодействие при оказании базовой, первичной и реанимационной помощи новорожденным детям». Участники отрабатывают навыки взаимозаменяемости, преемственности профессиональных действий, применительно к этапам оказания реанимационной помощи, требующим командных навыков:

п.п	Темы тренингов	Действия, требующие формирования навыков командного взаимодействия
1	Базовая помощь новорожденному в родильном зале и послеродовом отделении	<ul style="list-style-type: none"> <li>– отсроченное пережатие пуповины;</li> <li>– сцеживание пуповинной крови;</li> <li>– прикладывание к груди;</li> <li>– кожный контакт</li> </ul>
2	Последовательность и методика проведения начальных реанимационных мероприятий	<ul style="list-style-type: none"> <li>– оценка-решение-действие;</li> <li>– восстановление проходимости дыхательных путей;</li> <li>– тактильная стимуляция;</li> <li>– подготовка бригады к рождению двойни, тройни</li> </ul>
3	Сердечно-легочная реанимация новорожденному в родильном зале.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– проведение искусственной вентиляции легких;</li> <li>– непрямой массаж сердца;</li> <li>– введение медикаментов</li> </ul>
4	Стабилизация ребенка с ЭНМТ и ОНМТ от рождения до перевода в ОРИТ новорожденных.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– помещение ребенка в пластиковый мешок;</li> <li>– проведение продленного вдоха;</li> <li>– сурфактантная терапия;</li> <li>– проведение назального СРАР</li> </ul>
5	Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с ЭНМТ и ОНМТ в отделении».	<ul style="list-style-type: none"> <li>– помещение ребенка в кувез и открытую реанимационную систему;</li> <li>– выполнение методик развивающего ухода: «гамак», «гнездо», «кенгуру»;</li> <li>– антропометрические измерения;</li> <li>– проведение доступа к центральному венозному руслу</li> </ul>

Определение перечня совместных действий персонала – важная методологическая составляющая тренингов. Именно на этих действиях сконцентрировано внимание участников: определяется роль каждого специалиста в конкретной критической ситуации, отрабатывается алгоритм и техничность манипуляций, решаются организационные вопросы, оценивается рациональность размещения персонала, аппаратуры, оборудования, отрабатываются психологические акценты и многое другое.

Структура тренингов включает этапы: мотивация учебной деятельности, контроль исходного уровня, брифинг, краткий инструктаж, отработка навыков работы в команде с решением клинических сценариев, дебрифинг и рефлексия, анкетирование, подведение итогов.

Как показывает опыт, посещение командных тренингов целесообразно после обучения специалистов по дополнительной профессиональной программе «Первичная и реанимационная помощь новорожденным в родильном зале» (36 ЗЕТ) для более рационального использования учебного времени на тренингах командного взаимодействия.

Дебрифинг – один из важных этапов командного тренинга. Необходимо обсудить и проанализировать моменты, касающиеся возникших трудностей в ходе решения клинических сценариев, конфликтные ситуации, найти способы решения конфликтов, оценить степень «командности» в работе и вклад каждого участника в стабилизацию состояния пациента. На данном этапе важен просмотр видеозаписи тренинга.

Тренинги проводились в специально оборудованных залах симуляций: «Детская реанимация», «Акушерство и неонатология с родовым блоком». Залы оснащены открытой реанимационной системой, кувезом, аппаратом ИВЛ «Поток» для первичной реанимации в родильном зале и проведения пСРАР, аппаратом ИВЛ экспертного класса, перфузорами, различными типам саморасправляющихся мешков, дыхательных масок, ларингоскопами со сменными клинками для доношенных и недоношенных детей. Для тренингов использовались манекены новорожденных 3 уровня реалистичности «Амбу», фантом-система головы младенца для отработки навыков интубации «Дженерал Доктор», манекен недоношенного ребенка «Педи Прими» 4 уровня реалистичности и фантом доношенного младенца «Малыш-1» с компьютерным ответом 5 уровня реалистичности.

В тренингах приняли участие более 150 специалистов родильных домов Омска и Омской области. По результатам анкетирования специалистов по вопросам качества проведения тренингов, 99.8% участников тренингов отметили необходимость и важность проведения подобных дополнительных образовательных мероприятий.

Тренинг командообразования зарегистрирован на портале Координационного Совета по непрерывному медицинскому и фармакологическому образованию Минздрава России.

Участники тренингов получают сертификаты Координационного Совета, трудоемкостью 6 ЗЕТ.

В 2017 году тренинги формирования командного взаимодействия получили звание лауреата Всероссийского конкурса программы «100 лучших товаров России» и золотой диплом в номинации «Новинка».

**РЕАЛИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА «ФОРМИРОВАНИЕ  
МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИННОВАЦИОННОГО СОДЕРЖАНИЯ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ЦЕЛЯХ ПОДГОТОВКИ КОМПЕТЕНТНОГО  
СПЕЦИАЛИСТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ЛИПЕЦКОМ  
МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ**

Л.В.Тюменцева

*ГАПОУ «Липецкий медицинский колледж» г. Липецк*

Задачей государственной политики в сфере образования и здравоохранения, сформулированной в основополагающих документах, на решение которой направлен проект, является ускоренное инновационное развитие здравоохранения на основе биомедицинских нейрокогнитивных, новых диагностических технологий, цифровой медицины и телемедицинских технологий. Определено приоритетное направление развития здравоохранения на период до 2025 года - разработка и внедрение новых медицинских и информационных технологий в здравоохранение.

Основной вектор и целевые ориентиры развития системы среднего профессионального образования (далее СПО) заданы в соответствии с тезисами, озвученными Президентом Российской Федерации В. В. Путиным 6 марта 2018 года в рамках совещания по вопросу развития среднего профессионального образования (г. Екатеринбург).

Новая содержательно-смысловая стратегия медицинского образования в России предусматривает усиление практического аспекта обучения, в том числе и дуальное обучение, ориентацию на: формирование общих и профессиональных компетенций, внедрение новых технологий обучения (симуляционные, модульные, здоровьесберегающие), разработку современных методов оценивания результатов профессионального образования, прохождение первичной аккредитации специалистов, индивидуализацию обучения, привлечение работодателей к экспертизе образовательных программ, более широкое участие работодателей в профессиональной подготовке специалистов.

На протяжении нескольких десятилетий основными стратегическими партнёрами ГАПОУ «ЛМК» являются учреждения здравоохранения г. Липецка и Липецкой области.

Для реализации Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года требуются высококвалифицированные специалисты всех уровней подготовки, имеющие прочные знания и навыки работы на современном оборудовании.

Деятельность Ресурсного центра в колледже направлена на повышение требований к выпускникам и реализацию Федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального образования, внедрение профессиональных стандартов, актуализацию сетевого взаимодействия ГАПОУ «ЛМК» с однопрофильными учреждениями среднего профессионального образования, а также учреждениями практического здравоохранения г. Липецка и Липецкой области.

В настоящее время актуальными стали разработка и изучение инновационных технологий, компетенций опережающих время.

Исследований, определяющих сущность и особенности формирования методического обеспечения инновационного содержания образовательных программ в целях подготовки компетентного специалиста медицинского профиля, недостаточно.

Изучение научной литературы по теории и методике профессионального образования позволили выявить противоречия между:

- требованиями работодателя к качеству подготовки средних медицинских работников и недостаточной разработанностью вариативного содержания ФГОС и отсутствием профессиональных стандартов.

- потребностью в современном методическом обеспечении инновационного содержания образовательных программ и недостаточной его разработанностью.

Данный проект позволит теоретически обосновать и разработать методическое обеспечение инновационного содержания образовательных программ для подготовки компетентного специалиста за счет коллективного создания, развития и использования в образовательном процессе результатов инновационной деятельности. Реализация проекта решит важные задачи колледжа в современных условиях: создание условий для реализации образовательных программ по различным формам обучения, востребованных на рынке образовательных услуг; создание мобильного учебного заведения, способного быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и реагировать на запросы потенциальных потребителей. В результате реализации проекта будет разработано методическое обеспечение в сфере медицинского образования с целью интеграции инноваций в практическом здравоохранении в образовательный процесс.

Цель проекта: теоретически обосновать и разработать методическое обеспечение инновационного содержания образовательных программ для подготовки компетентного специалиста в области здравоохранения.

Задачи проекта:

- изучить требования работодателей к профессиональным компетенциям выпускников по специальностям: Сестринское, Лечебное, Акушерское дело, Фармация, Стоматология ортопедическая, Лабораторная диагностика;
- определить основные инновационные направления в практическом здравоохранении;
- модифицировать учебно-программную документацию по данным специальностям в соответствии с ФГОС и требованиям работодателей;
- определить адекватное содержание форм и методов организации и планирования обучения профессиональным компетенциям;
- разработать и апробировать критерии независимой оценки эффективной подготовки по специальностям среднего профессионального образования медицинского профиля.

Проблемы реализации проекта:

Противоречия между требованиями современного работодателя к профессиональным компетенциям, независимой оценки качества подготовки выпускников по итогам первичной аккредитации специалистов и учебно-методическим обеспечением среднего профессионального образования, отсутствие профессиональных стандартов по медицинским специальностям и методического обеспечения инновационного содержания ФГОС.

Отставание от этих требований учебных программ и комплексно-методического обеспечения в профессиональной области среднего медицинского профессионального образования выявило необходимость корректировки методических основ освоения профессиональных компетенций по специальностям медицинского профиля.

Достижение задач инновационной деятельности зависит от сформированности содержания образования, т. е. от того, как поставлен процесс овладения знаниями, умениями и навыками, формирования общих и профессиональных компетенций.

Все учебные дисциплины и профессиональные модули образовательных программ должны быть обеспечены учебно-методическими комплексами (УМК); в преподавании всех дисциплин является обязательным использование инновационных методов в образовательном процессе. Поэтому от построения содержания обучения зависит компетентность студентов: чем качественнее учебно-методическая (программная) документация, тем больше достигаются поставленные цели.

В колледже созданы рабочие группы и разработан план мероприятий по подготовке кадров средних медицинских работников по основным направлениям стратегического развития

здравоохранения: борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи, развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, борьба с онкологическими заболеваниями, обеспечение системы здравоохранения медицинскими кадрами.

Для достижения цели - создания качественного учебно-программного материала требуется много усилий преподавателя, большой временной ресурс, проведение научной работы и просто самообразование. Важное место в методической работе отводится вопросам комплексного методического обеспечения Федеральных государственных образовательных стандартов, которые предусматривают разработку учебно-методических комплексов, освоение технологий обучения и внедрение инновационных педагогических технологий: проведение мастер-классов «Мониторинг с использованием системы Валента», «Работа в МИС Квazar Диспансеризация», Использование информационного продукта по клиническим рекомендациям, конференции «Новые тенденции в ранней диагностике онкозаболеваний», видеотренингов «Успех личных продаж», тренинги по психологии по развитию компетенции Пациентоориентированность.

Качество и результативность образовательного процесса повышаются, если его учебно-методическое обеспечение осуществляется комплексно, т. е. включает в себя разработку и создание системы нормативной и учебно-методической документации, средств обучения и контроля, необходимых для проектирования и реализации образовательного процесса.

Учитывая богатую традициями историю колледжа, наличие высококвалифицированного педагогического коллектива и оснащенную материально-техническую базу, ожидается успешная реализация поставленной цели Программы и ее основных мероприятий.

### **Библиографический список**

1. Государственная программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на 2013 - 2020 годы»;
2. Государственная программа Липецкой области "Развитие здравоохранения Липецкой области" на 2013 - 2020 годы;
3. Истрофилова О.И. Инновационные процессы в образовании: Учебно- методическое пособие. — Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гос. ун-та, 2014. — 133 с.
4. Фоминых И. В. Роль учебно-методического комплекса в обеспечении качества образования// Теория и практика образования в современном мире: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2014 г.). — СПб.: Заневская площадь, 2014. — С. 307-309.



# ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ЧЕРЕЗ АКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ – ДЕЛОВАЯ ИГРА

В. К. Ушаков

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

## **Цель исследования:**

теоретически обосновать и проверить эффективность использования активного метода обучения, деловая игра, при формировании общих и профессиональных компетенций у студентов ОГБМУ «ТБМК» на дисциплине: «Сестринский уход в терапии». В соответствии с целью были поставлены задачи исследования.

## **Задачи исследования:**

1. Дать характеристику активному методу обучения, деловая игра, как структурному компоненту системного подхода создания условий формирования общих и профессиональных компетенций у студентов;
2. Проанализировать эффективность использования активного метода обучения, деловая игра, при формировании общих и профессиональных компетенций у студентов

## **Актуальность**

Современные условия экономического и социального развития страны диктуют необходимость организации такого уровня подготовки специалистов, который бы обеспечил не только формирование профессиональных знаний, умений и навыков у студентов, но и личностных качеств, позволяющих им быть востребованными на рынке труда [2.3]. Применяя нововведения на практике, медсестры гарантируют безопасность и удобство выполнения своих обязанностей, тем самым достаточно быстро и качественно реализуя лечебно-диагностический процесс. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации до 2020 г. - содержит специальный раздел, посвящённый инновациям практической деятельности специалистов со средним медицинским образованием, в котором определены основные направления развития современных технологий сестринской деятельности [1].

Применение инновационных технологий в ежедневной практической деятельности медицинской сестры делает ее работу более профессиональной, комфортной, обеспечивает безопасность и удобство выполнения основных профессиональных обязанностей, сокращает трудозатраты, позволяет быстро и качественно обеспечить реализацию лечебно-диагностического процесса[4].

В связи с поставленной целевой программой в области образования, мы стремились

применить на практике новые технологии и методы в модульном обучении студентов нашего колледжа при изучении раздела «Сестринский уход в терапии». Для обеспечения доступности качественного образования совместно с администрацией ОГБМУ МСЧ-2. организовано сотрудничество в области учебно-методической работе. Преподаватель оказывает консультативно – методическую помощь, одновременно на общественных началах является постоянным членом аттестационной комиссии среднего медицинского персонала в этом учреждении утвержденного приказом (№ 134 от 26.04.2012 г.). Студенты принимают активное участие в профилактическом отделении «Здоровье» в выполнении медицинских услуг: (оценка функций внешнего дыхания, функциональные пробы сердечно-сосудистой системы, изучение психологических тестов и их оценка), составлении для пациентов памяток, буклетов, участие в «астма - школе, школе - диабета, профилактике наркомании и табакокурения». В терапевтических отделениях - оказании практической помощи сестринского ухода при различных заболеваниях и состояниях.

Научно-исследовательская деятельность проводится под руководством преподавателя и заведующей профилактического отделения «Здоровье» с последующим представлением студентами материала на научно-практические конференции (НПК) областного и регионального уровня.

При проведении практических занятий мы отошли от стандартных методов обучения «вопрос - ответ», используются технологии индивидуально - бригадного обучения (ТИБО) и ролевой(деловой) игре. Студент самостоятельно работает в роли «постовой», «палатной», «процедурной» и старшей медицинской сестры – реализует теоретические знания на практике с учётом подготовленности каждого испытуемого. Избранный лидер среди студенчества в «малых группах» - способен информировать, дополнять и разъяснить, оценить реакцию своих коллег, побудить к творчеству в своей группе. Представляется самостоятельность, энтузиазм, оценить уверенность в собственных силах. Преподаватель контролирует и направляет деятельность лидера. Оценивает результаты самостоятельно лидер. Данные технологии обучения способствуют развитию планирования действий по выполнению проблем пациента, и их решение. У студента формируется способность организовать и контролировать, включая в этих случаях внутренние(интуитивные) решения индивидуальных умений и навыков, учитывая индивидуально-личностные характеристики, включая способности и образовательные потребности, основанные на целевых установках. Применяемые инновационные методики преподавания предусматривают использование возможностей коллективной деятельности для оказания помощи каждому студенту в успешном освоении учебного материала, выполнении манипуляций, решении ситуационных задач и тестов.

Технология индивидуального - бригадного обучения включала следующие компоненты:

*Организационный момент, обоснование темы занятия преподавателем (мотивации)*

*Актуализация и контроль опорных знаний*

*Индивидуальная работа студентов или работа малыми группами*

*Контроль, закрепление знаний и умений*

При проведении практических занятий со студентами наиболее продуктивна была работа «малыми группами». Студенты сами выбирали лидера группы, совместно выясняли вопросы, разрешали затруднения, которые возникали в результате самостоятельной деятельности. Учебная НИРС проводится предусмотренная действующим учебным планом индивидуальными особенностями студентов, используя на занятиях рефераты по темам, доклады, сообщения, курсовые и дипломные работы. Во время выполнения перечисленных работ, студент делает первые шаги к самостоятельному научному творчеству: он учится работать с научной литературой и источниками, приобретает навыки критического отбора и анализа необходимой информации. Совместная научно-исследовательская работа преподавателя и студента направлена на углубление теоретических знаний, совершенствования навыков конкретной области деятельности и подготовку эрудированного специалиста, владеющего большим запасом информации, способного квалифицированно решать профессиональные задачи. Для активизации научно-исследовательской работы студентов, администрацией колледжа предоставляется:

- *возможность публикации результатов исследований в научных сборниках;*
- *устанавливается контакт с участниками студенческих конференций, студентами и сотрудниками научных и практических центров;*
- *моральное стимулирование администраций наших активных студентов.*

Научная деятельность дает возможность самореализации и способствует интеллектуальному и творческому развитию, повышает престиж студента в глазах сокурсников. Готовность студентов к НИР характеризуется интересом к изучаемой дисциплине и научно-исследовательской деятельности и пониманием ее значимости.

В завершении раздела «Сестринский уход в терапии», проводится семинарское занятия, используются методы: «мозгового штурма» и «З/Х/У» (Знаю. Хочу узнать. Узнал). В проведении мозгового штурма назначается секретарь, задача которого — буквально записывать все идеи, ассоциации, предложения, которые будут высказываться участниками. Запрещаются любые критические замечания, выражения пренебрежения, насмешки, скептические высказывания и другая явная или скрытая форма критики. Все идеи заведомо считаются достойными, имеющие право на существование.

Метод «З/Х/У» включает: актуализацию первичных знаний по теме. По наводящим

вопросам преподаватель просит вспомнить, что учащиеся знают по обсуждаемой проблеме. Идеи записываются, обсуждаются с рядом сидящим партнером и распределяются по категориям, определенным в методе «Кластер». Введение таблиц «З/Х/У» - помогают в работе над информацией. В первой графе записываются идеи о том, что учащиеся уже знают по теме, во второй — то, что хотят узнать в третьей, после того, как познакомятся с информацией, запишут узнанное, ответы на вопросы второй графы, которые появились у учащихся в процессе изучения информации. А первую графу можно вписать ту информацию, которая уже была знакома, но не была озвучена, маркируется, и встречалась при изучении темы.

В нашем случае, проводимые семинары по данной методике выступают достойной школой подготовки студентов к научно-исследовательской работе. Собранные материалы в ходе изучения и анализа научной литературы по избранной проблеме, отработка методики и технологии исследования, создают основу для участия студентов в научных конференциях. Обсуждение результатов работ развивает у студентов умение вести дискуссию, высказывать свое мнение по проблеме, отстаивать свою точку зрения.

Таким образом, апробированные педагогические инновационные методики с учётом современных требований к оптимизации учебной деятельности студентов и виды учебно-методической работы, используемые нами на базе лечебного учреждения ОГБМУ МСЧ-2 - являются важным элементом формирования профессиональной компетентности студента. Будущий специалист, несомненно, будет готов к осуществлению научно-исследовательской деятельности, что позволит в дальнейшем в его профессиональной работе и на научном уровне, используя исследовательские методы, решать возникающие задачи.

### **Библиографический список**

1. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы [Электронный ресурс]. Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт.-URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> (дата обращения: 1.10.14).
2. Учайкина О.Н. Совершенствование работы сестринского персонала в частной медицинской организации // Медицинская сестра.– 2013. – N 3. – С.48-54.
3. Геккиева А.Д. Статья в приложении к журналу //Среднее профессиональное образование. 2013. №9.
4. Слепушенко И.О. Сестринское дело: проблемы и пути решения //Сестринское дело. 2005 №1

## ФОРМИРОВАНИЕ ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

А.В. Фортус

*ОмГУПС структурное подразделение «Омское медицинское училище  
железнодорожного транспорта», г. Омск*

Процесс развития современного образовательного пространства представляет собой вариативный процесс, направленный на удовлетворение образовательных потребностей отдельного человека, общества, и государства в целом. Основу формирования духовных потребностей студентов составляет личностно - деятельностный подход, суть которого заключается в том, что учебно-воспитательный процесс реализуется с учетом личностных позиций, качеств и способностей его участников, развитие которых осуществляется в различных видах деятельности.

Актуальность воспитания милосердия у будущей медицинской сестры связана также с ситуацией, которая сложилась в сфере современного медицинского образования. Ориентация медицинских училищ и колледжей преимущественно на формирование профессиональных знаний, умений и навыков, отодвинула на второй план вопросы воспитания личностных качеств будущих медиков. Система профессиональной подготовки медицинских сестер не в полной мере приведена в соответствие с насущными потребностями той сферы, в которой они призваны работать [2].

Сестринское дело составная часть системы здравоохранения, которая занимается укреплением здоровья населения, профилактикой заболеваний, осуществлением ухода за лицами, имеющими физические и психические заболевания.

Сестринское дело охватывает интеллектуальные, социальные и физические аспекты жизни в той мере, в которой они влияют на здоровье, возникновение болезни, нетрудоспособность и смерть. Процесс реформирования здравоохранения и внедрения новых видов оказания медицинской помощи пациентам требует от сестринского персонала высокой квалификации, фундаментальных знаний и умений, определенных коммуникативных навыков, а так же, быть умелым организатором и ответственным исполнителем, свободно обращаться с технически сложной медицинской аппаратурой, иметь высокий культурный уровень и находиться в постоянном творческом поиске. Следовательно, целью образования будущих медицинских сестер является подготовка профессионально компетентного специалиста, способного работать в динамично изменяющихся социально-экономических условиях,

обладающего высоким уровнем морального, гражданского сознания и профессиональной культуры [3].

Воспитание будущих медицинских работников имеет свои особенности. Медицинский работник – это не только специалист, но и призвание, требующее особых качеств личности. Формирование требуемой духовно-нравственной культуры лежит в основе воспитательной деятельности в подготовке специалистов в образовательном учреждении среднего профессионального образования. В современной медицинской науке усиливается значение морально-этического фактора. Это связано с тем, что медицинские технологии ставят специалиста перед необходимостью делать нравственный выбор при решении профессиональных задач, затрагивающих личность или здоровье больного. Таким образом, перед педагогическим коллективом стоит важная задача обучения и воспитания не только компетентного специалиста, но и духовно развитой личности с устойчивыми моральными взглядами и убеждениями.

Профессия медицинского работника требует больших затрат функциональных резервов организма, следовательно для профессии медицинского работника свойственно психологическое состояние называемое - "эмоциональным выгоранием". Высокая производственная нагрузка медицинских сестер, круглосуточный режим работы с обязательными дежурствами, ожидание осложнений в состоянии больных требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы "эмоционального выгорания". Кроме того, отягчающее влияние на здоровье работающих оказывает контакт с умирающими больными, когда медицинский работник не видит положительных результатов своих усилий по спасению больного и нередко ощущает собственное бессилие. Следствием эмоционального выгорания является такое негативное проявление профессиональной деятельности, как стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок, подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей, желание снизить объем работы [1].

Анализ опыта работы средних профессиональных медицинских учебных заведений позволяет утверждать, что отдельные элементы воспитания милосердия в их практике имеются. Однако они носят только сопутствующий характер и не находятся в центре воспитательной работы. Деятельность училищ специально не ориентирована на воспитание милосердия у будущих медицинских сестер. Детальная разработка вопросов воспитания в рамках философско-религиозных традиций и опыт организации отделений сестер милосердия в медицинских училищах создает предпосылки для рассмотрения милосердия как светского качества, духовно-нравственного ориентира социального воспитания будущих

медицинских сестер.

Основные цели духовно-нравственного воспитания студентов-медиков заключаются в следующем:

- формирование гуманистических и культурных ценностей и потребностей, положительных этических норм и правил поведения с коллегами, пациентами и их родственниками;
- развитие потребности в нравственно здоровом образе жизни и ведении просветительской работы с населением;
- личностная зрелость и профессиональный рост, необходимые для понимания и реализации ценностно-смысловых аспектов профессиональной деятельности.

Для развития духовно-нравственной культуры студентов медицинских училищ и колледжей можно использовать материалы, предлагаемые Н.В. Кудрявой, состоящие из опросников и ситуационных задач, призванных помочь будущему специалисту глубже уяснить духовные ценности и смысл избранной им профессии [2]. Обсуждение со студентами ситуационных задач, предлагаемых автором, безусловно, будет содействовать развитию духовно-нравственной культуры и таких важных для профессии медицинского профиля качеств как совесть, милосердие, сострадание, доброта и другое.

При освоении медицинских специальностей значительное место отводится организации практического обучения, так как внедрение и погружение в деятельность лечебно-профилактического учреждения, непосредственное общение с пациентом, выполнение практических манипуляций под контролем медицинского персонала является обязательным условием в получении профессии.

Практикоориентированность подготовки студентов в структурном подразделении ОмГУПС среднего профессионального образования «Омское медицинское училище железнодорожного транспорта» является приоритетным направлением образовательной деятельности. Работа с пациентом начинается с первых минут пребывания в отделении. Большое внимание уделяется работе с родственниками пациента, ведь личный эмоциональный стресс, возникающий при уходе за тяжелобольными пациентами огромен. Своевременное информирование о малейших изменениях в состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объем выделяемых и вводимых жидкостей и регистрация их в листе наблюдения является первейшей задачей медицинской сестры. Общий уход, особенно за долго болеющими пациентами также требует большого мастерства, так как помимо гигиенических процедур, необходимы массаж, гимнастика, противопролежневые мероприятия и перевязки.

Во время учебно-производственных практик преподаватель и медицинские сестры-наставники формируют у студентов такие нравственные чувства, как совесть, честь, чувство

долга, вера, ответственность, терпение, милосердие, честность, надежность, правдивость, вырабатывает твердую нравственную позицию, способность к различению добра и зла, проявление самоотверженности, готовности к преодолению жизненных испытаний, готовности служить людям и проявлять духовную рассудительность, добрую волю.

Для реализации данных целей по воспитанию духовных потребностей будущего специалиста среднего медицинского персонала в структурном подразделении ОмГУПС среднего профессионального образования «Омское медицинское училище железнодорожного транспорта» организована воспитательная работа, систематически проводятся следующие мероприятия:

- тематические классные часы, посвященные медицине, профессии медицинского работника, а также проблемам нравственности, милосердия, патриотизма, гражданственности;
- студенческие научно-практические конференции («Духовно-нравственное здоровье молодежи», «Здоровый человек и его окружение»);
- организация благотворительной акции для детей-сирот из детских домов «Неделя добра», «Праздник в каждый дом»;
- конкурсы профессионального мастерства: «Лучший фельдшер», «Лучший по профессии»;
- участие в городских акциях, посвященных «Дню Победы», проведение традиционных мероприятий «День отказа от табакокурения», «День борьбы со СПИДом», «День борьбы с туберкулезом», «День здоровья», «День медицинской сестры»;
- выступление с лекциями и беседами в школах и отделениях ЛПУ, участие студентов в организации работы «Школ здоровья» в ЛПУ;
- организация волонтерского движения «Здоровым быть модно».

Таким образом, образовательная и воспитательная деятельность в медицинском образовательном учреждении должна быть направлена на комплексное воспитание нравственных качеств личности и профессионального мастерства, формирование профессиональных компетенций, и развитие духовности как неотъемлемой части профессионального облика медицинского работника.

### **Библиографический список**

1. Бастрасова Е.Г. Профессиональное становление личности медицинского работника среднего звена: На примере медицинской сестры: Автореф. дис. канд. психол. наук. Калуга, 2003. 23с.



2. Кудрявая Н.В., Зорин К.В., Суворова Е.В. Проблемы духовно-нравственного развития студентов-медиков. // *Alma Mater*. – 2012. – №9. – С. 65-68.
3. Стацук С.В. Профессиональное самоопределение студентов медицинского колледжа (на примере специальности «Сестринское дело»): Дис.канд. пед. наук: Тольятти, 2000. 293с.

## **ОПЫТ ГБПОУ «КОМК» В ПОДГОТОВКЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА**

И.В. Чвора, В.А. Чепель

*ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж», г. Кемерово*

Достижение все более высокого качества обучения может быть обеспечено только за счет интеграции образования, науки и инновационной деятельности. Современные тенденции медицинского образования предлагают использование симуляционной техники, позволяющей достичь максимальной степени реализма при имитации разнообразных клинических сценариев, а также отработки технических навыков отдельных диагностических и лечебных манипуляций.

Одним их элементов симулированного обучения является стандартизированный участник.

В своей практике методику «стандартизированного пациента» впервые применили в ГБПОУ «КОМК» при проведении профессионального конкурса – чемпионат профессий. Конкурсанты работали на специально оборудованных площадках, максимально приближенных к реальным условиям, и не с фантомами, а «пациентами», которых изображали студенты колледжа.

При подготовке к чемпионату преподаватели работали не только с будущими конкурсантами, но и с ребятами, которые должны были исполнять роли потерпевших, пострадавших, обычных пациентов и их близких.

Для каждого пациента расписывалась роль. Давалось подробное описание - пол, возраст, род занятий, внешний вид (бледность, цианоз, наличие раны, ожога, характер одежды), анамнестические данные. Отдельно указывалось, что должен изобразить студент-актер – гримасу боли, стоны, положение, на каком этапе должны появиться новые жалобы.

Отбор в стандартизированные пациенты для чемпионата проводился чаще всего в группах, с которыми работали авторы клинической ситуации. Если там не находились желающие или не было подходящего типажа, то выходили в другие группы. Но при этом организаторы старались не брать в пациенты студентов, которые общались с будущими конкурсантами для соблюдения конфиденциальности. Так для фельдшеров в качестве пациентов выступали студенты других отделений («Сестринское дело», «Стоматология ортопедическая»).

Но были и исключения, так на одном из чемпионатов для выполнения конкурсных заданий акушеркам требовалась женщина на 7-8 месяце беременности и найти подходящую по всем параметрам, в том числе и сроку беременности, студентке удалось именно на отделении «Акушерское дело»

Со «стандартизированными пациентами» организаторам чемпионатов профессий проводилось несколько репетиций-тренингов, на которых ребята воспроизводили жалобы, рассказывали, что с ними произошло (согласно сценарию).

При этом обращалось внимание студентов-актеров, на такие моменты, как ответы на вопросы, т.к. требовались только конкретные ответы по заданной ситуации, которые могут быть заданы конкурсантами и соблюдение последовательности предоставления информации. Если конкурсант о чем-то не спросил, то эта информация и не озвучивается. Студенты также тренировались выдавать информацию именно разговорной речью, так что бы это не было похоже на заученные фразы.

Кроме того, по условиям разыгрываемой ситуации пациенту необходимо было изображать свойства характера и эмоции, присущие больному человеку – раздражительность, плаксивость, многословие, недоверие, любопытство.

Например, в одной из ситуаций, пациенту на приеме стало плохо, он начал задыхаться, но кроме демонстрации симптомов и предъявления жалоб пациент еще успевал интересоваться «А что вы делаете со мной?», «А что вводите? А зачем?», «Я не умру от этого?» и т.д. При этом конкурсанты должны были реагировать на эти вопросы и оказывать помощь. И это не всем удавалось сделать хорошо. Хотя в реальной практике часто так и бывает, пациенты редко молчат и не интересуются, что с ними делают и что с ними происходит.

Поскольку все разыгрываемые на чемпионате ситуации требуют выполнения каких-либо манипуляций – обработка раны, постановка инъекции и т.п. симулированным пациентам необходимо в нужный момент воспользоваться специальными накладками, например, для постановки внутривенной инъекции. То есть на этом этапе осуществляется технология гибридной ситуационной задачи – соединение стандартизированного пациента и тренажера так, чтобы тренажер стал частью тела пациента. Заранее такие накладки не демонстрируются конкурсантам, так как это может стать своеобразной подсказкой для конкурсантов.

Но это не касается имитаторов ран, они находятся на стандартизированных пациентах сразу, как элемент грима.

На предварительных тренировках преподаватели учили стандартизированных пациентов надевать необходимые тренажеры/накладки так, чтоб это не бросалось в глаза, но в нужный момент конкурсанты ими могли воспользоваться.

То есть при подготовке студенты и преподаватели отработывали полностью ситуацию – от общения до выполнения манипуляций – с помещением стандартизированного пациента в условия конкурсной площадки (т.е. в декорации) и с полным перевоплощением (грим, одежда).

Особое внимание в методике «стандартизированный пациент» следует обратить внимание на гримирование студентов-актеров – создание на здоровом человеке внешности больного или сильно пострадавшего от внешних воздействий, причем это должно выглядеть реалистично.

Именно непосредственное наличие на теле студентов-актеров симулированных ран, ожогов, открытых переломов и так далее, позволяет, на наш взгляд, более достоверно оценить действия человека, оказывающего помощь, так как необходимо, например, так наложить повязку, чтобы не сместить находящееся в ране инородное тело.

Все описанное выше, на первый взгляд, возможно, выглядит просто, но на самом деле большой проблемой является именно подбор лиц на роль симулированного пациента и их подготовка.

Так, подготовка внешности актеров соответственно заданной клинической ситуации довольно трудоемкий и затратный (в материальном плане) процесс – специальный грим и другие расходные материалы (искусственная кровь и пудра для имитации крови (не видна в сухом виде и проявляется при попадании влаги), пасты для моделирования, смеси латекса и т.д.).

При работе на ролью симулированного пациента мы определили следующие характеристики, которые имеют большое значение в отборе будущего пациента:

артистизм,

пунктуальность и обязательность,

общительность и способность адекватно реагировать на замечания и критику,

быстрая реакция на смену ситуаций,

отсутствие излишней стеснительности (так как в ряде случаев приходится раздеваться перед посторонними людьми),

способность сохранять конфиденциальность.

Таким критериям, к сожалению, соответствует совсем небольшое количество наших студентов, поэтому выбор ограниченный. И в ряде случаев нам приходилось неоднократно корректировать сценарии ситуаций с учетом особенностей кандидатов в стандартизированные пациенты. При этом работа осложнялась еще и тем, что готовить приходилось стандартизированных пациентов в двойном экземпляре, что бы в час их игра состоялась при любых обстоятельствах.

Помимо этого можно выделить следующие трудности при применении технологии «стандартизированный пациент»:

- Временные затраты на создание сценария и проработку роли пациента.
- Подбор кандидатов в симулированные пациенты.
- Временные затраты на подготовку стандартизированного пациента и его дублера.
- Материальные затраты.

## **АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ: «ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА» И «ЭВРИСТИЧЕСКАЯ БЕСЕДА»**

Л.Е. Черкасова

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Современной тенденцией является использование в образовательном процессе в первую очередь педагогических технологий, направленных на совместную деятельность педагога и обучающихся, сотрудничество, поддержку. Преподаватели в системе СПО должны предоставляют слушателям все необходимые средства обучения и условия для самостоятельной работы, при этом принимая непосредственное участие в этом процессе «самообразования» в роли консультанта или участника дискуссии при обсуждении тех или иных тем.

Активные методы обучения, это методы, стимулирующие познавательную деятельность обучающихся. Строятся данные методы в основном на диалоге, предполагающем свободный обмен мнениями о путях разрешения поставленной проблемы, характеризуются высоким уровнем активности учащихся.

Основываясь на опыте использования в образовательном процессе активных методов обучения, можно, без сомнения, отметить, что они помогают сделать учебный процесс более интересным и разнообразным, повысить мотивацию студентов к освоению учебного материала. А высокая позитивная мотивация, в свою очередь, позволяет раскрыть и развить потенциал учащегося, создать благоприятные условия для реализации умственных способностей. Среди разнообразия современных инновационных педагогических формы организации образовательного процесса и методов обучения хотелось бы выделить два: «Визитная карточка» и «Эвристическая беседа».

Метод «Визитная карточка» позволяет усилить интерес обучающихся к предмету «Здоровый человек и его окружение, пожилой возраст». Суть данного метода заключается в том, что отвечая на вопросы, студенты обмениваются мнениями, активизируя тем самым

мыслительные процессы и развивая дополнительные навыки, такие как: умение работать в команде, формулировать и высказывать собственную мысль, прислушиваться и учитывать мнение другого.

При использовании метода «Эвристическая беседа» преподаватель при помощи наводящих вопросов и примеров побуждает учащихся прийти к самостоятельному правильному ответу. По своей сути эвристическая беседа - это коллективное мышление, позволяющее в процессе общения, дискуссии либо просто беседы найти ответы на поставленные вопросы и решение обозначенных темой занятия проблем. В беседе мыслительный поиск превращается в поиск коллективный, где происходит обмен мнениями, предположениями, догадками, вариантами промежуточных решений, когда учащиеся ищут истину во взаимопомощи и во взаимодействии, активизируя мышление друг друга.

При проведении занятий, построенных на активных методах обучения, преподавателю необходимо проявлять активность и творчество, управлять дискуссией через постановку заранее подготовленных вопросов, требующих продуктивного мышления, творческого поиска истины. Вопрос имеет проблемный характер, ответ – является результатом активного аналитического поиска слушателей под руководством преподавателя.

Так же, от преподавателя требуется проявление ораторского искусства, умение четко выразить собственные мысли, обладать выразительной и эмоциональной речью и, в то же время, не терять логики в содержании лекции, придерживаясь поставленных целей занятия. Считается, что при проведении подобной лекции, педагогу уместно использовать долю артистизма для усиления привлекательности лекции и удержания внимания и активности учащихся.

Таким образом, занятие с использованием АМО, в частности методов «Визитная карточка» и «Эвристическая беседа» будет информационно наполненным, и плодотворным, но, приносящим пользу и удовольствие всем участникам процесса. Данные методы позволяют обеспечивать активность мыслительной и практической деятельности учащихся на всех этапах образовательного мероприятия, приводят к полноценному освоению учебного материала, эффективному и качественному овладению новыми знаниями и умениями.

### **Библиографический список**

1. Здоровый человек и его окружение: учебник/ В.Р.Кучма, О.В Сивочалова, - 4-е изд., испр. И доп. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 544 с.

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНКИ  
РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ**

## ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Е.А. Деговцова, Л.В.Белкина

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

Анализ опыта, приобретенного участниками в ходе выполнения симуляционного сценария, называется дебрифингом (от англ. debriefing – обсуждение после выполнения задания). Дебрифинг является неотъемлемой частью симуляционного тренинга. Это формальный, совместный, аналитический процесс в рамках обучения с использованием симуляции; этап, следующий за симуляционным занятием.

В настоящее время понятие «дебрифинг» зачастую используется в симуляционном образовательном процессе как синоним понятия «обратная связь». Сегодня, когда с помощью симуляционных технологий обучение медицинского персонала максимально приближается к условиям реалистичного профессионального процесса, именно этап обратной связи является решающим для достижения цели обучающего процесса. Процесс обучения обречен на провал, если не обеспечены следующие два условия: для обучающегося – возможность задавать вопросы; для обучающего – возможность выяснить, как обучающийся понимает материал. Эффективное управление процессом обучения возможно лишь при выполнении определенных требований, таких, как формулирование целей обучения; установление исходного уровня (состояния) процесса; разработка программы действий, предусматривающей основные переходные состояния процесса обучения; получение по определенным параметрам информации о состоянии процесса обучения (обратная связь); переработка информации, полученной по каналу обратной связи, выработка и внесение в учебный процесс корректирующих воздействий. Наличие обратной связи – одно из обязательных условий протекания процессов обучения. Обучение представляет собой информационный процесс, характеризующийся замкнутым циклом передачи сигналов от преподавателя (обучающего) к слушателю (обучаемому) и обратно. Роль преподавателя заключается в переработке получаемой информации, ее осмыслении и выработке решения по внесению в процесс обучения соответствующих корректив. Осуществление обратной связи применительно к учебному процессу предполагает решение двух задач: 1) определение содержания обратной связи – выделение совокупности контролируемых характеристик на основании целей обучения и психологической теории обучения, которая принимается за базу при составлении обучающих программ 2) определение частоты и качества обратной связи. Только по обратной связи от участников преподаватель может объективно наблюдать за тем, как слушатели усваивают знания, обобщают и сопоставляют факты, делают выводы,

критически анализируют полученные сведения и воспроизводят профессиональные действия. Важным этапом управления процессом обучения является организация не только содержательной, но и эмоциональной обратной связи. Содержательная обратная связь дает информацию об уровне усвоения учащимися учебного материала. Она осуществляется с помощью фронтального и оперативного индивидуального опроса, периодической постановки вопросов на выяснение понимания и анализа выполненных заданий. Эмоциональная обратная связь устанавливается педагогом через чувствование настроения группы, уловить который можно только по поведению слушателей, выражениям их лиц и глаз, по отдельным репликам и эмоциональным реакциям. Содержательная обратная связь в единстве с эмоциональной дает преподавателю-инструктору информацию об уровне восприятия материала и познавательно-нравственной атмосфере проводимого занятия. Обратная связь высокого качества — это информация о результатах произведенного действия, данная самому себе, другому человеку или группе людей в такой форме и последовательности, в которых она наиболее полно может быть использована для дальнейшего качественного роста и повышения эффективности лица, выполнявшего данное действие. Существует ряд эффективных подходов и правил к выражению обратной связи высокого качества. Наблюдатель верит в способности человека, которому он дает обратную связь, и уж тем более уважает его личность. Поэтому все, что подвергается обсуждению, — это конкретные варианты поведения, реализованные человеком, а значит, в следующий раз он может сделать что-то другое. Такой подход помогает поддержать в человеке веру в себя и собственные возможности, особенно на первых этапах обучения. Разговор строится в прошедшем времени. Это помогает разделить прошлое и настоящее, то есть дает возможность поддерживать человека в ресурсном состоянии в настоящем, а совершенные действия рассматривать как завершенный в прошлом процесс. В следующий раз он достигнет лучших результатов. В первую очередь описывается то, что было сделано успешно и качественно. Этот пункт дает человеку почву для дальнейшего развития, фундамент для постройки собственного успеха. На этом этапе наблюдатель предлагает конкретные варианты поведения, которые могли бы помочь человеку скорректировать собственные действия для наилучшего освоения анализируемого навыка. Во вторую очередь предлагаются добавления и пожелания в позитивной форме. Каждое дополнение выражается максимально сенсорно, лучше его продемонстрировать. Первое слово предоставляется самому исполнителю рассматриваемого действия, и только потом говорит наблюдатель, что закрепляет у человека навык самостоятельной работы с обратной связью высокого качества, снижает стрессовость ситуации и повышает значимость полученной информации. Для того чтобы дать обратную связь о собственных действиях, человек вынужден «прокрутить» их



заново и проанализировать, тем самым развивая навык саморефлексии. Умение открыто говорить о собственных достоинствах и успехах тоже полезный в современном мире навык. А если человек сам обнаружит элементы, которые требуют доработки, и укажет пути их усовершенствования, то это даст, как минимум, три позитивных следствия. Во-первых, облегчится работа наблюдателя (зачем дважды повторять одно и то же?). Во-вторых, информация об элементах, нуждающихся в доработке, воспринимается легче, когда человек сам говорит о недостатках, нежели, когда это делает кто-то другой. И, в-третьих, все собственные пожелания и решения ценятся гораздо больше, чем чужие. Для того, чтобы обратная связь отвечала всем требованиям качества, следует придерживаться определенных критериев, которые способствуют качественному достижению результатов обучения. В начале необходимо провести небольшую вводную беседу. Большинство людей откликаются на похвалу, признание и поощрение. Если предварить негативную обратную связь каким-либо положительным замечанием об адресате критики, негативная информация с большей вероятностью будет воспринята адекватно. Например, я очень уважаю учреждение, в котором вы работаете или я много лет знаю коллектив, в котором вы работаете, но вам нужно еще постараться достичь этого уровня. Давать обратную связь необходимо по существу, на языке фактов, не используя обобщения и неконкретные замечания, такие как: «Вы не сделали это на хорошем уровне». Лучше сказать человеку прямо, что он сделал неэффективно. Не следует критиковать то, с чем человек ничего не в силах сделать в силу своих очевидных мотивов или недостатков, обратная связь должна касаться лишь той части поведения, которую человек может изменить. Детализированная обратная связь оставляет больше возможностей для понимания. Не следует отклоняться в сторону, поднимать вопросы, не касающиеся темы разговора. Необходимо оставлять другому человеку свободу выбора. Каждый человек имеет право принять или отвергнуть обратную связь, право самому оценивать свое поведение и право защищать свои права. Грамотная, конструктивная обратная связь предоставляет людям новую информацию о них самих. Если они захотят, они могут принять ее к сведению и в дальнейшем действовать в соответствии с ней. Рекомендуется избегать высказываний типа «Вы...», «У вас...», «Вам свойственно...», а начинать фразы с: «Я думаю...», «На мой взгляд...». Целью критики должно стать поведение человека, а не он сам. Соблюдение равновесия при высказывании положительных и отрицательных замечаний. необходимо, чтобы положительные и отрицательные отзывы касались вещей, в равной степени заслуживающих внимания. Рекомендуемые соотношения похвалы и критики обычно находятся в диапазоне от трех к одному до пяти к одному. Конкретность подразумевает, что преподаватель обращается к конкретным деталям, которые действительно присутствовали, указывает конкретную ситуацию и момент времени, когда

отмечаемое событие происходило. Чтобы в большей мере соответствовать свойству конкретности имеет смысл вести видеозапись. Уместность предполагает, что обучающиеся, выполняя задания, понимают, какие именно умения и навыки они развивают, следовательно, обратная связь должна касаться именно этих навыков. Понятность означает, что информация должна быть подана в такой форме и в таком объеме, чтобы быть полностью понятой и по возможности не требовать дополнительных уточнений. Язык, которым пользуется преподаватель должен быть максимально простым и доступным обучаемым. Согласованность следует рассматривать с нескольких позиций. Во-первых, ОС должна согласовываться с точкой зрения обучаемого, во-вторых, - с его возможностями, в-третьих, - с желанием усвоить знания и действовать предложенным способом. Если хотя бы по одному из пунктов есть несогласованность, то обучаемый просто не сможет или не захочет усваивать материал или использовать полученные знания на практике. Сравнимость обратной связи означает, что у обучаемого должна быть возможность отслеживать собственный прогресс в обучении, необходим образец для сравнения, нормативный эталон. Например, выполнение манипуляции за определенное время, динамика качества выполнения профессионального задания (на прошлом тренинге), но не следует давать сравнительную оценку между участниками. Необходимо наличие плана действий обучаемого для более эффективного достижения результата. План действий должен согласовываться с возможностями обучаемого и быть направленным на такой способ действий, которого необходимо придерживаться в данной ситуации. Достаточность определяет, в каком объеме необходимо давать обратную связь. Объем обратной связи для каждого конкретного участника следует определять в зависимости от потраченного времени и усилий обучаемого на решения поставленных задач. Наиболее эффективной формой обратной связи является выделение конкретных пунктов, которые сделаны наиболее качественно. Структурированность подразумевает, что замечания должны быть определенным образом упорядочены. За один раз человек способен воспринять порядка пяти-семи отдельных фактов или замечаний, причем степень их усвояемости наиболее высокая в самом начале за счет первичности информации и в самом конце за счет ее новизны. Поэтому начинать обратную связь имеет смысл с наиболее важных замечаний, а в середине оставлять менее значимые. Своевременность обратной связи также крайне важна, т.к. необходимо обеспечить обучаемому возможность корректировать полученные им умения. Чтобы воспринять обратную связь, слушателю необходимо помнить, что именно он выполнял и в какой последовательности. Следует отметить, что обратную связь не следует навязывать. Наличие эффективной обратной связи в процессах обучения является одним из основных условий повышения качества обучения.

**ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИК СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКУ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МОДУЛЮ «ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ПРОФЕССИИ МЛАДШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ. ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ" В ОГБПОУ «ТБМК»**

А.А. Исаева, А.В. Масолыко

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Стремительно развивающиеся современные технологии в медицине, применение новейших лечебно-диагностических методик, развитие платных услуг в здравоохранении обуславливает изменение подхода к подготовке медицинских кадров.

В то же время растет уровень грамотности и требовательности пациентов, внимание к своему здоровью, поэтому для них очень важен уровень, на котором оказываются медицинские услуги, в том числе качество подготовки специалистов.

Именно поэтому перед современным средним профессиональным медицинским образованием стоит серьезная задача: восполнить дефицит квалифицированных кадров, подготовить для практического здравоохранения выпускников, которые обладают не только теоретическими знаниями и практическими навыками на высоком уровне, но и способны к выполнению трудовых функций в реальных производственных условиях.

Перспективу решения данной проблемы открывает внедрение в учебный процесс элементов симуляционного обучения, использование методики «симулированный пациент», применение высокотехнологичных фантомов, реалистичных муляжей.

Интеграция симуляционного обучения в образовательные программы среднего профессионального медицинского образования является одним из основных инструментов повышения уровня практических умений и навыков, формирования общих и профессиональных компетенций студентов ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж».

Согласно приказу Минздравсоцразвития от 15.01.2007 г. № 30 «...к участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются студенты высших и средних медицинских учебных заведений, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку, имеющие практические навыки, приобретенные на тренажерах (фантомах)...». Этот документ четко регламентирует то, что студента медицинского образовательного учреждения допускать к участию в оказании медицинских услуг необходимо после того, как он многократно отработает те или иные манипуляции до автоматизма. Это даст студенту

уверенность в своих силах, и он сможет выполнить все манипуляции без ошибок. Так же очень важный психологический аспект при выполнении манипуляций- это страх, который испытывает студент перед пациентом, поэтому медицинские симуляции максимально работают на то, чтобы страх и стресс не мешали будущему специалисту при выполнении поставленных задач.

В настоящее время симуляционные методики обучения практическим медицинским навыкам широко применяются в работе со студентами ОГБПОУ «ТБМК», обучающимися по программе профессионального модуля «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным. Технология оказания простых медицинских услуг» для специальностей Сестринское дело, Лечебное дело, Акушерское дело. В кабинетах доклинической практики проводятся практические занятия в форме фантомных тренингов. Кабинеты оснащены медицинской мебелью, необходимым оборудованием для работы, используются полноростовые модели манекенов, дифференцирующиеся по половым признакам, что позволяет приблизить имитацию профессиональной деятельности с высокой степенью достоверности.

Решаемые задачи в работе с фантомом во время практических занятий- формирование умений и навыков:

- безопасного перемещения пациента в постели с учетом всех принципов биомеханики;
- осуществления отработки манипуляций по уходу за слизистыми оболочками, уходу за кожей, мытью рук и ног тяжелобольного пациента;
- приобретение навыков и умений по смене нательного и постельного белья пациенту на постельном режиме разными способами;
- отработка перечня манипуляций по профилактике пролежней и освоению знаний по средствам и приспособлениям по уходу за тяжелобольным пациентом;
- соблюдение санитарно-гигиенических правил и требований инфекционной безопасности тяжелобольного, его окружению и осуществляющего уход.

С включением колледжа в чемпионатное движение WorldSkills технологии проведения практических занятий вышли на качественно иной уровень. К отработке манипуляционной техники на фантомах добавилось разыгрывание сценариев с привлечением статистов («симулированных пациентов»), что позволяет не только комплексно отработать навыки, но и сформировать «мягкие» компетенции медицинского специалиста (в терминологии WorldSkills - soft-компетенции).

Преподаватели профессионального модуля организуют практические занятия таким образом, чтобы они включали в себя тренинг с элементами симуляционного обучения в виде разыгрывания ситуаций. Технология обучения состоит из четырех последовательных этапов.

На первом этапе проводится входной контроль в виде теста, для диагностики уровня знаний, выявления дефицитов теоретической подготовки с целью последующего их устранения, а также инструктаж и получение задания.

Второй этап включает в себя практическое обучение студентов на фантомах: преподаватель демонстрирует манипуляционную технику в режиме реального времени, затем еще раз, но уже медленно, с объяснениями и комментариями, после чего выполняет манипуляцию по командам студентов (они пошагово проговаривают последовательность и правильность действий).

Следующим этапом идет самостоятельная работа обучающихся с фантомом/тренажером, позволяющая освоить и закрепить технику выполнения медицинских манипуляций. На этом этапе преподавателю важно следить за правильностью учебных действий студентов, корректировать их по ходу работы. После того, как студент доводит до автоматизма профессиональные умения, стоит поработать над скоростью и над тем, чтобы довести до совершенства выполнение манипуляций.

Последний четвертый - это итоговое выполнение задания с заполнением «чек-листа». «Чек-лист» содержит перечень параметров профессиональной деятельности по освоению определенного умения.

В ходе учебной практики осуществляется закрепление пройденного материала, поэтому появляется больше времени на выполнение практических заданий профессиональной направленности. В занятие помимо фантомного тренинга включаются симуляционные методики: разыгрывание «уходных» и «сестринских» сценариев в моделируемых условиях с последующим проведением «дебрифинга». В ходе последнего проводится детальный анализ и самоанализ деятельности обучающихся, ребята получают возможность высказаться, обсудить личностные и предметные результаты урока. Немаловажно, что у студентов, участвующих в игре, есть возможность оценить свою деятельность и работу друг друга не только с точки зрения будущего медика-профессионала, но и с позиции пациента. Таким образом в их сознании закрепляется понятие о качестве оказания медицинской услуги.

Оценочные материалы («чек-листы») разработаны таким образом, чтобы оценить комплекс манипуляций, последовательность их выполнения по условиям заданной ситуации, а также коммуникативные навыки и психологическую подготовленность студента к выполнению трудовых действий медицинского работника.

По итогам 2017-2018 учебного года можно сделать вывод, что в Томском базовом медицинском колледже наметилась положительная динамика в подготовке обучающихся по профессиональному модулю «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным. Технология оказания простых медицинских услуг». Результаты

промежуточной аттестации в группах, обучавшихся с применением симуляционных методик: абсолютная - 100%, качественная - 78%, что превышает аналогичные показатели в группах, где преподавание велось традиционно (98% и 69% соответственно). Это подтвердили проведенные в сентябре 2018 г. срезы умений: в группах, обучавшихся с применением симуляционных методик: абсолютная - 97%, качественная - 72%, в группах с традиционным преподаванием (91% и 58%). В апреле 2018 г. шесть студентов колледжа успешно сдали демонстрационный экзамен по компетенции «Медицинский и социальный уход». Результаты троих из них можно оценить как высокие: ребята набрали более 80 баллов, что соответствует отметке «отлично» в традиционной системе оценивания.

Безусловным показателем качества подготовки является высокий уровень оценки студентов работодателями в ходе практики в ЛПО. Было отмечено, что студенты чувствуют себя увереннее, а выполнение алгоритмов манипуляций стали последовательней и точнее.

В настоящее время в колледже проводится планомерная работа по повсеместному внедрению симуляционных методик в подготовку по профессиональному модулю «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным. Технология оказания простых медицинских услуг» со 100%-м охватом обучающихся. Это требует новых подходов к организации учебного процесса, к совершенствованию профессиональной компетентности педагогов, коррекции фонда оценочных средств, формированию студенческой конкурсной среды, развитию материально-технической базы и укреплению партнерских связей с работодателями, и в предстоящем году нам предстоит консолидировать усилия в деле подготовке медицинских специалистов среднего звена в соответствии с запросами практического здравоохранения и требованиями системы среднего профессионального образования.

#### **Библиографический список**

1. Усова Н.Ф. Использование современных технических средств обучения для повышения наглядности преподавания. // Сибирский медицинский журнал 2010г. №2.
2. Сидорова В.В. Психолого-педагогические аспекты современных технологий обучения. //Иновации в образовании 2008г.№7.
3. Толковый словарь С.И. Ожегова «Симуляция» - это притворство, утверждение или изображение чего-нибудь с целью ввести в обман, в заблуждение.
4. Белялова М.А., Борисов Ю.Ю., Ананич В.А. Менеджмент в педагогике: инновационность и перспективность современных образовательных систем // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 4. С. 50-52.

5. Болотова А.В. Симуляция как признак профессионализма. [Электронный ресурс]. URL: <http://forum.prid-nestrovie.com/topic/?id=10124>.
6. Борисов Ю.Ю., Беркун А.В. Инновационные технологии обучения в системе подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 4. С. 56-58.
7. Борисов Ю.Ю. Рейтинговая оценка качества практической подготовки бакалавров сестринского дела // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 4. С. 64-67.

## **ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИЙ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ**

Л.С.Ноздрякова

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения»,  
г. Омск*

### **Актуальность**

В контексте медицинского образования оценка учебных достижений всегда была важным и необходимым компонентом обучения. В эпоху глобальных перемен в системе непрерывного профессионального образования, оценка, по-прежнему, остается самым сильным мотивационным фактором в образовательном процессе. А применение симуляций в качестве оценочного инструментария, делает оценку самым надежным и объективным индикатором клинической и профессиональной компетентности специалиста, дает развернутую картину продвижения к профессиональной компетентности.

### **Материалы и методы**

В 2016/2017 учебном году в бюджетном учреждении дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» проведено исследование эффективности применения симуляций для реализации комплексного подхода освоения дополнительных профессиональных программ. Симуляции применялись системно, с наложением уровней реалистичности и сложности для диагностики исходного уровня умений и навыков, промежуточной и итоговой аттестации. Группа наблюдения составила 1941 слушателей по специальности «Сестринское дело», обучавшихся в 2016/2017 уч. г. по 29 наименованиям программ повышения квалификации.

Диагностика исходного уровня навыков предвляла освоение дополнительных профессиональных программ и предусматривала тестирование навыков, соответствующих профилю профессиональной деятельности специалиста. Объектами оценивания являлись навыки ухода, оценки витальных функций, выполнения манипуляций, проведения сердечно-легочной реанимации, оказания первой и неотложной медицинской помощи при травмах, анафилактическом шоке, отравлениях. На данном этапе применяли простые и понятные специалисту симуляции и фантомы.

В качестве оценочного инструментария использовали чек-листы с наличием критериальных показателей уровня навыка от «высокого» до полного отсутствия. Оценка навыка проводилась с позиции точности выполнения технических и алгоритмических требований, обеспечения безопасности, эргономичности, скорости. Результаты диагностики исходного уровня, свидетельствовали о том, что многие технические навыки требуют корректировки, иногда значительной. А редко востребованные навыки (например: проведение сердечно-легочной реанимации), как правило, практически исчезают к концу межаттестационного периода.

Результаты диагностического тестирования позволили индивидуализировать обучение слушателей. Для достижения требуемого профессионального уровня, преподаватели рекомендовали слушателям посещение дополнительных образовательных мероприятий вне учебного процесса. Такая возможность создана в аккредитованном симуляционно-тренинговом центре (СТЦ) учреждения, в тренинг-залах которого системно проводятся мастер-классы, тренинги, семинары, по более чем 120 темам, соответствующим профессиональной деятельности специалистов.

Промежуточная оценка навыков с применением симуляций проводилась по завершению освоения профессиональных модулей. Объектами оценки на данном этапе обучения становились не только мануальные навыки, но и навыки «нетехнического» характера: правильность распознавания угрожающего жизни состояния, скорость принятия решения, эффективность общения с «пациентом», коллегами, «родственниками», умение работать в команде. Применялось более сложное симуляционное оборудование и методы оценивания с решением клинических сценариев. Чек - листы включали рубрики, оценивающие эффективность коммуникаций, межличностного общения, рациональность использования имеющихся ресурсов, правильность принятия решений. При необходимости, СТЦ предоставлял слушателям дополнительную возможность самостоятельного тренинга навыков с предварительным инструктажем, а так же посещение консультативных занятий. В СТЦ функционирует репетиционная тестовая система.



В качестве инструмента итоговой оценки установлена форма итоговой аттестации - объективный структурированный клинический экзамен. Данный формат экзамена реализует важнейшие принципы оценки: объективность, т.к. все экзаменуемые проходят одинаковые испытания, оценка проводится с применением стандартизированных шкал оценивания, структурированность - экзамен включает многократное и последовательное оценивание на многих станциях и экзаменующийся выполняет много заданий (по количеству станций) в рамках основных видов его профессиональной деятельности, а содержание и условия выполнения заданий соответствуют реальным клиническим ситуациям.

Так, для специалистов в области сестринского дела определены станции: «Сестринский уход при заболеваниях, отравлениях и травмах», «Выполнение технологий инвазивных вмешательств», «Сердечно-легочная реанимация», «Экстренная медицинская помощь», «Обеспечение безопасной среды для пациентов и персонала», «Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследований», «Неотложная медицинская помощь пациентам терапевтического профиля». Типы станций носят наблюдаемый характер с технологической поддержкой. Экзаменационные материалы содержат разные виды учебных заданий с применением симуляций: демонстрацию техники выполнения манипуляций и алгоритмов процедур, практическое решение кейсов, сценариев, видеоанализ, составление рекомендаций, общение с симулированным пациентом и др.

Регистрация результатов комплексной оценки результатов в течение всего процесса обучения осуществлялась в электронном таблице слушателей, создавая объективную и развернутую картину достижения учебных результатов.

### **Результаты**

1. Показатели качества итоговой аттестации практических навыков в группе наблюдения составили 98.5% (при аналогичных показателях 2015/2016 уч.г- 91.4%, в 2014/2015 уч.г. 92.5%).

2. Показатели удовлетворенности руководителей сестринского персонала качеством практической подготовки специалистов составили, соответственно, 92%, 81%, 75% (при установленном критерии 80%).

3. По результатам анкетирования слушателей, 96.4% респондентов считают симуляции оптимальной формой оценивания профессиональных навыков, 98.4% отметили важность их системного применения для оценивания навыков, 99.8% оценили многоуровневый подход как фактор объективной оценки их профессиональной компетентности, 99.5% - как фактор дополнительной мотивации и стимулирования к обучению.

### **Выводы**

1. Применение симуляций для реализации комплексного подхода оценки результатов освоения дополнительных профессиональных программ, является важным условием для объективной и обоснованной оценки профессиональной компетентности слушателей.
2. Комплексный подход планомерно и объективно отражает профессиональный уровень специалистов, осваивающих дополнительные профессиональные программы, и позволяет своевременно индивидуализировать и корректировать образовательную траекторию обучения.

## **СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС СПО ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.02 «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО»**

Д.Р. Чернина

*ОГБПОУ «Ульяновский медицинский колледж» г. Ульяновск*

Реализация приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения, процессы реформирования и модернизации отрасли выявили с особой остротой проблему профессиональной подготовки медицинских работников. Повсеместно ощущается острый дефицит специалистов высокой квалификации, владеющими современными информационными технологиями. Классическая система клинического медицинского образования не способна в полной мере решить проблему качественной практической подготовки медицинского работника.

Поэтому ключевой задачей современного среднего, высшего и последипломного медицинского образования является создание условий для развития у обучающихся широкого спектра компетенций и прочно закрепленных практических навыков без риска нанесения вреда пациенту. Сюда относится развитие способности быстрого принятия решений медицинским работником и безупречного выполнения ряда манипуляций или вмешательств, особенно при неотложных состояниях.

Одним из методов повышения качества практической подготовки фельдшеров, медицинских сестёр, акушерок, медицинских лабораторных техников является использование симуляционных технологий.

Симуляция в медицинском образовании – современная технология обучения и оценки практических навыков, умений и знаний, основанная на реалистичном моделировании, имитации клинической ситуации или отдельно взятой физиологической системы.

Симуляционное обучение подразумевает в ходе подготовки специалистов перераспределить учебное время таким образом, чтобы между теоретической подготовкой и участием в осуществлении медицинской деятельности появились обязательные модули симуляционного обучения. Организационно удобно осуществлять симуляционное обучение не по отдельным компетенциям, а по группам компетенций, сформированных в отдельные стандартные имитационные модули (СИМ).

Согласно требованиям ФГОС СПО к условиям реализации программы подготовки специалистов среднего звена для освоения обучающимися видов профессиональной деятельности преподаватель должен реализовывать компетентностный подход в образовательном процессе. [4] Использование объективной оценки с помощью симуляционных методик является вариантом прагматического воплощения идеи компетентностного подхода.

Программы симуляционного обучения должны помимо СИМа предусматривать различные формы ознакомления с информацией (лекции, семинары, самостоятельная подготовка, дистанционное обучение) и другие учебные мероприятия по теме СИМа (например, обучение в клинике с пациентами). Программа симуляционного обучения должна быть интегрирована в существующие программы подготовки специалистов (т.е. в рабочей программе дисциплин должно быть указано место соответствующих СИМов). [2]

С целью овладения обучающимися видов профессиональной деятельности и соответствующих профессиональных компетенций ФГОС СПО по специальности 31.02.02. Акушерское дело выделяет лабораторно-практические занятия для выработки практических умений посредством внедрения симуляционных технологий, как этап подготовки к учебной и производственной практике.

В рамках практических занятий преподаватель проводит деловые игры. Важной составляющей деловой игры является моделирование систем отношений, различных условий профессиональной деятельности, что играет ключевую роль в приобретении деловых умений и компетенций студентами еще до начала их практической профессиональной деятельности. Для обеспечения условий организации двигательной-творческой и проблемной деятельности кабинет организован по функционально-деятельностному принципу. [1] Функциональные зоны представляют собой смоделированные рабочие места. Студенты отрабатывают умения работы на тренажерах и фантомах. Для оценивания деятельности студентов преподавателем организуется решение ситуационных задач. Демонстрируя умения, студенты воспроизводят готовность решать профессиональные задачи. В целом занятие ориентировано на комплексное достижение результатов образования, требуемых ФГОС. [5,6]

Внеурочные мероприятия преподаватель проводит в форме интерактивной площадки, которая обеспечивает активное вовлечение всех участников в процесс работы с обучающимися. Используются методы: ролевая игра, дискуссия, тренинг, мастер-класс, а также возможности компьютерной и мультимедийной техники.

За три года обучения студентов по специальности 31.02.02. Акушерское дело промежуточная аттестация по профессиональным модулям показала, что использование симуляционных технологий позволило повысить качество обучения с 88,0% до 92,0%, а средний балл составил в 2017-2018 учебном году 4,8 по сравнению с 4,6 в 2015-2016 учебном году. Также в 2017-2018 учебном году абсолютная успеваемость достигла 100,0%.

Одна из задач профессиональной образовательной организации в условиях перехода на новую систему допуска к профессиональной деятельности – оценка степени соответствия подготовки выпускника требованиям практического здравоохранения. На этапе подготовки к процедуре первичной аккредитации нами было осуществлено симуляционное обучение по группам компетенций. СИМ реализовали в виде тренинга. Тренинг состоял из четырех частей: 1) входной контроль уровня подготовленности, инструктаж об имитации, получение задания; 2) непосредственное выполнение заданий; 3) обсуждение выполнения (дебрифинг); 4) итоговое выполнение. Тренинг был основан на выполнении симуляции, в процессе специально организованного интерактивного общения с преподавателем (тренером-экспертом) и другими обучающимися, поиска «новых» знаний и устранения собственных ошибок. Цель профессионального тренинга – повышение компетентности как в применении конкретных навыков, так и в общении. Она реализовалась в решении задач, связанных с приобретением знаний, формирований умений, навыков, развитием поведенческих установок. В основу системы оценки были положены требования профессионального стандарта. [3]

Результаты освоения обучающимися образовательных программ по итогам мониторинга процедуры первичной аккредитации, которая оценивала освоение видов профессиональной деятельности представлены в таблице 1.

Таблица 1

Итоги мониторинга процедуры первичной аккредитации

Учебный год	Количество обучающихся	Min балл	Max балл	Средний балл
2017-2018	19	53%	90%	72,4

Симуляционные технологии в обучении – фактор повышения эффективности реализации требований ФГОС СПО, они обеспечивают безопасность учебного процесса, повышают

уровень профессиональной подготовки, снижают ошибки при выполнении манипуляций, уменьшают число осложнений и повышают качество медицинской помощи.

По сравнению с традиционными методами обучения симуляционные имеют ряд преимуществ, в том числе дают возможность:

- отрабатывать навыки с помощью решения клинических задач, максимально приближенных к условиям реальной профессиональной деятельности средних медицинских работников;
- проводить многократное выполнение практических навыков, в том числе в ситуации рисков и ошибок, недопустимых в реальной жизни;
- объективно контролировать качество выполнения медицинских манипуляций;
- использовать разнообразные клинические сценарии, в том числе моделирование редких клинических случаев, позволяет снизить стресс, возникающий у молодых специалистов при проведении вмешательств реальным пациентам;
- осуществлять выбор и осуществлять технологии в соответствии со стандартами, и с учетом профессиональной безопасности специалиста и пациента.

Таким образом, мы предлагаем рассматривать симуляционные технологии в медицинском образовании не только как составную часть клинической подготовки, а более того, как один из механизмов, запускающих и формирующих клиническое мышление на высоком и мотивированном уровне.

### **Библиографический список**

1. Димитриева, О.А. Формирование здоровьесберегающей образовательной среды в ОБГОУ СПО Ульяновском медицинском колледже [Текст] / О.А. Димитриева // Педагогический вестник «Разговор о главном ...» - 2012. - № 2 – с. 19-22.
2. Концепция симуляционного обучения в системе медицинского образования в Российской Федерации [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://stgmu.ru>, свободный.
3. Методы и принципы симуляционного обучения [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://rosomed.ru>, свободный.
4. Приказ Минобрнауки России от 11.08.2014 N 969 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело": по состоянию 01.02.2015г. [Электронный ресурс] - Режим доступа: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru), свободный.

5. Сафиуллина Г.В. Применение интерактивных и активных методов обучения на занятиях по общепрофессиональным дисциплинам и МДК [Текст] / Педагогический вестник «Разговор о главном ...» - 2015. - № 6 – с. 61-67.
6. Ситявина, И.А. Технология проектирования современных практических занятий [Текст] /Педагогический вестник «Разговор о главном ...» - 2016. - № 7 – с. 24-28.

**НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
ОБРАЗОВАНИЕ: ТРАДИЦИИ, ОПЫТ, ИННОВАЦИИ,  
ПЕРСПЕКТИВЫ. ПЕРЕХОД К ПРОЦЕДУРЕ  
АККРЕДИТАЦИИ. РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
СООБЩЕСТВ**

## **РОЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Е.В. Афанасьенко, Т.Ф. Бобрусова, Т.В.Рубе

*БУЗ ОО «Центр крови», г.Омск*

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения. Право медицинских работников на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации в соответствии с трудовым законодательством РФ, предусмотрено ст.72 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ.

Залог успеха современной медицинской организации (МО)- постоянное совершенствование и развитие навыков медицинского персонала, создание благоприятных условий для повышения образовательного и квалификационного уровня. В основные задачи непрерывного профессионального образования (НПО) входят увеличение продолжительности активной профессиональной деятельности, накопление новых знаний и опыта, с эффективным использованием интеллектуального ресурса и личностного потенциала специалиста, развитие профессиональной компетенции специалиста, подготовка квалифицированных кадров и обеспечение кадрового роста, внесение новых знаний, увеличения потенциала работника, а также развитие инновационных процессов в профессиональной деятельности и готовности специалистов. Концепция НПО расширяет взгляд обучающегося на самого себя и свою способность к социальному действию благодаря развитию ценностно-смыслового отношения к профессии и профессиональному становлению. Формирование системы НПО невозможно без взаимодействия с Омской профессиональной сестринской ассоциацией (ОПСА).

На сегодняшний день деятельность медицинского работника бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Центр крови» (БУЗОО «ЦК») предполагает высокоинтеллектуальный труд и требует от медицинской сестры широкого общеобразовательного, профессионального и культурного кругозора. Повышение уровня профессиональной подготовки в системе НПО предусматривает вариативный подход: получение знаний как на уровне МО (участие, посещение конференций, технических учеб, семинаров, аттестации на рабочем месте), обучение в БУДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» (ЦПК РЗ), участие в мероприятиях,



проводимых Ассоциацией медицинских сестер России и ОПСА. Ежегодно повышают свою квалификацию более 20 специалистов БУЗОО «ЦК» с получением сертификата. Не менее важное значение имеет регулярное посещение на базе ЦПК РЗ (согласно плана и заявке) постоянно действующих семинаров, мастер-классов, тренингов. За последние три года более 100 специалистов БУЗОО «ЦК» приняли участие в данных видах повышения квалификации, по итогам обучения получены сертификаты с указанием количества академических часов. Основные направления «Безопасная больничная среда медицинского персонала», «Доврачебная медицинская помощь при неотложных состояниях», «Основы менеджмента в сестринском деле», «Основы медицинской психологии» всегда востребованы, каждый учебный модуль сопровождается презентацией. Посещение таких занятий и тренингов позволяет эффективно разработать концепцию работы МО, а также привносит в существующий план работы нововведения и свежие идеи, так как полученные знания в процессе обучения, применяются на практике. Специалисты систематически обновляют свои теоретические знания, практические умения, навыки в сфере профессиональной деятельности, в области инфекционной безопасности, оказания неотложной медицинской помощи, управления, психологии. Участники семинаров, мастер-классов, тренингов получают результат гораздо быстрее и информация внедряется в жизнь с большим усердием и, как результат, быстрее конвертируется в конкретные достижения. С 2017 года наши специалисты принимают активное участие в вебинарах РАМС («Профессиональный стандарт и эффективный контракт в управлении сестринским коллективом», «Важнейшие вопросы управления сестринскими службами в условиях реформирования здравоохранения» и др.). Вебинар - мероприятие, которое происходит в сети интернет в онлайн-режиме. Во-первых, это комфортное получение информации, слушателю не придется ехать за несколько сотен или даже тысяч километров, чтобы попасть на семинар. Во-вторых, в вебинаре существует возможность просмотра презентаций или заранее подготовленных видеороликов, также может производиться передача всем участникам определенной информации, которая будет храниться в файлах. Обязательными условиями получения кредитов в рамках аккредитованных мероприятий являются личное участие на протяжении всего мероприятия и выполнение итогового контрольного задания по результатам проведенного обучения, оно проводится в форме тестирования. Контрольные вопросы разрабатываются по материалам включенных в вебинар лекций и не составляют труда для тех, кто внимательно прослушал представленный материал. Сертификат с указанным Ф.И.О. участника, названием семинара, количеством кредитных баллов высылается на электронную почту, заявленную при регистрации. Таким образом, можно сделать вывод, что подобные занятия – это наиболее эффективный способ повысить

профессионализм всех сотрудников МО. Получив ценные знания, медицинские сестры делятся ими с коллегами. Немаловажное значение имеет самостоятельное обучение путем чтения медицинской литературы, использования интернет-ресурсов. Мотивирующим фактором сестринского персонала к обучению является наличие критериев, учитываемых при присвоении квалификационной категории, участия в ежегодных профессиональных конкурсах. Такой формой учета и оценки профессионального роста является портфолио специалиста.

Хочу отметить участие нашей МО в социальном партнерстве—это налаживание конструктивного взаимодействия между медицинским и образовательным учреждением. Одно из традиционных направлений работы в системе социального партнерства - подготовка и переподготовка по дополнительным профессиональным образовательным программам, что выражается в обучении специалистов(старшая медицинская сестра, медицинская сестра станции и отделения переливания крови) по программе «Трансфузиология» на базе БУЗОО «ЦК» и ЦПК РЗ. Лекционные и практические мероприятия направлены на формирование у слушателей профессиональных умений, приобретение первоначального практического опыта; практика реализуется в рамках изучаемых дисциплин образовательной программы профессиональной переподготовки для последующего освоения ими профессиональных знаний, навыков и умений по избранному направлению. Медицинские сестры знакомятся с организацией службы крови в Омской области, нормативно-правовой документацией, с новыми методиками, современным оборудованием, медицинской документацией, автоматизированной информационной системой трансфузиологии. Разработаны тестовые задания с учетом новых технологий в производстве крови и ее компонентов по программе «Трансфузиология».

Кроме того, ежегодные семинары с руководителями сестринского персонала на базе ЦПК РЗ, в ходе которых обсуждаются актуальные вопросы, направлены на главный результат социального партнерства- подготовку конкурентоспособного специалиста, востребованного на рынке труда.

Таким образом, в настоящее время работодатель становится доминирующим заказчиком и оценщиком качества образования. Следовательно, профессиональные образовательные организации, разрабатывая и реализуя программы, ориентированы на потребности работодателей и обучающихся и создаются механизмы, позволяющие непрерывно отслеживать изменения конъюнктуры рынка труда и требований основных потребителей к качеству образования. Сотрудничество профессиональных образовательных организаций с организациями по привлечению их к реализации образовательных программ продолжается на протяжении всего периода обучения слушателей ЦПК РЗ. Сегодня БУДПО ОО «ЦПК РЗ»-

надежный партнер, признанный лидер, учреждение, которое востребовано специалистами, желающими получить достойное образование.

### **Библиографический список**

1. Федеральный закон от 21.11.2011г. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 07.03.2018г.).
2. Федеральный закон от 29.12.2012г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в ред. от 29.12.2017г.).
3. Волков Р.В., Волкова М.М. Началась аккредитация медсестер: как планировать повышение квалификации персонала в переходный период//Главная медицинская сестра. 2018. №6. с.12-19.
4. Вестник ассоциации медицинских сестер России. 2018.№2/36.Раздел Национальная ассоциация.
5. Интернет-портал [www.sovetnmo.ru](http://www.sovetnmo.ru) Реализация модели отработки основных принципов НМО 2016-2020 гг.

### **ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Е. А. Батура

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

В России с 2016 года утвержден и продолжает набирать обороты приоритетный проект «Современная цифровая образовательная среда в Российской Федерации», который нацелен на создание возможностей для получения качественного образования гражданами разного возраста и социального положения с использованием современных информационных технологий.

Целью проекта является создание к 2018 году условий для системного повышения качества и расширения возможностей непрерывного образования для всех категорий граждан за счет развития российского цифрового образовательного пространства и увеличения числа обучающихся образовательных организаций, освоивших онлайн-курсы, до 11 млн. человек к концу 2025 года.[2, п.2]

Появление Интернета и Web-технологий дало новые возможности в развитии дистанционного обучения и сегодня зачастую термин «дистанционное» используется вместе с термином «электронное обучение».

Под электронным обучением понимается организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и педагогических работников. [1, ст.16]

Дистанционные образовательные технологии (далее – ДОТ) - это принципиально новые технологии образования для жизни в информационном обществе, ориентирующие на новый стиль обучения, развивающие умения и навыки для непрерывного образования.

В образовательных стандартах нового поколения особое внимание уделяется необходимости формирования у обучающихся общих компетенций, повышению доли самостоятельной работы, формированию оценочной самостоятельности. Прежде всего, актуализируется задача формирования навыков самостоятельной, познавательной и практической деятельности обучаемых. В этих условиях широкое использование ДОТ становится требованием времени.

Дистанционное обучение как инновационный образовательный процесс с использованием информационно-коммуникационных технологий помогает обучающимся реализовывать собственные образовательные цели, направленные на развитие личности. При использовании дистанционной формы обучения значимыми становятся не только знания, но главное – умение их применять для решения конкретных жизненных проблем, способы приобретения знаний и их успешное использование в различных жизненных ситуациях, а также умение принимать ответственные решения.

Электронное обучение в более широком смысле – размещение учебного материала в системе дистанционного обучения (далее – СДО) – комплекс программно-технических средств, методик и организационных мероприятий, которые позволяют обеспечить доставку образовательной информации учащимся по компьютерным сетям общего пользования, а также проверку знаний, полученных в рамках курса обучения конкретным слушателем электронного курса.

Помимо СДО сетевыми средствами доставки учебных материалов и общения преподавателя и обучающегося могут быть: электронная почта, форумы, видеоконференции, Вебинары, чаты.

В настоящее время основной организационной формой современного электронного обучения является ВЕБИНАР. Вебинар – это онлайн-семинар/лекция/тренинг/беседа в режиме реального времени. Доступными инструментами Вебинара могут быть: трансляция

аудио/видео, общение/чат, демонстрация экрана, загрузка презентационных материалов, предоставление слова участникам, «доска», запись Вебинара.

Внедрение элементов дистанционного обучения при сохранении традиционно организованного процесса обучения создаёт комфортную образовательную среду, расширяет перечень услуг образовательного учреждения за счёт выбора оптимального места и времени для образовательной деятельности. Обучающийся сам выстраивает траекторию обучения, чтобы оказаться вовлеченным в учебный процесс, проверить уровень усвоения материала, пройти соответствующие тесты, узнать на какие вопросы следует обратить внимание или какой материал недостаточно усвоен. Таким образом, еще одно назначение электронного обучения – самоконтроль за счет выстраивания персональной образовательной траектории и активизация образовательной среды вне учебного заведения.

Дистанционные образовательные технологии – это планируемый процесс, основной задачей которого, в конечном счете, является обучение навыкам самообразования.

Анализируя возможности дистанционного обучения, эксперты [3, с.78] [4, с. 362] выделяют следующие его преимущества:

- гибкость, возможность обучения в удобное время, в удобном месте и темпе;
- модульность и вариативность, возможность выбора электронных курсов;
- параллельность, параллельное с профессиональной деятельностью обучение, возможность постоянного повышения своего образовательного уровня, перехода к непрерывному образованию в течение всей жизни;
- одновременное обращение большого количества обучающихся ко многим источникам учебной информации, общение по сети друг с другом и преподавателями;
- экономичность, эффективное использование учебных площадей, технических средств и т.д.;
- технологичность, использование в образовательном процессе новейших средств ИКТ;
- социальное равноправие, равные возможности получения образования;
- лёгкость обновления содержания и возможности архивации старого материала;
- стимулирование самостоятельности в обучении, учебной мотивации, самодисциплины, ответственности и настойчивости в достижении цели;

Наряду с перечисленными преимуществами у дистанционного обучения выделяют и недостатки:

- ограниченные технические возможности, хотя соответствующие технологии постоянно улучшаются;
- дефицит доверия к электронным средствам общения и обучения;

- учащиеся превращаются в пассивных потребителей структурированных порций знания;
- успешность обучения частично зависит от технических навыков в управлении компьютером и от способностей справляться с техническими трудностями;
- существует целый ряд практических навыков, которые можно получить только при выполнении реальных, а не виртуальных практических работ;
- социальная изолированность, недостаток невербальных взаимодействий, изоляция обучаемых, ослабление контроля со стороны преподавателя.

Сегодня дистанционное обучение в системе среднего профессионального образования и дополнительного профессионального образования переживает этап становления и развития.

В Центре повышения квалификации работников здравоохранения (далее – ЦПК РЗ) реализация дополнительных профессиональных программ с применением электронного обучения и ДОТ началась в 2017 году.

Разработаны электронные учебно-методические комплексы (ЭУМК) по 87 наименованиям программ. Комплексы включают: электронные текстовые материалы, мультимедийные презентации, перечни вопросов и заданий в тестовой форме для подготовки к итоговой аттестации, перечни правовых нормативных документов и учебных изданий.

В рамках электронного обучения разработаны образовательные контенты для обучения специалистов из других регионов и областей по:

- программам повышения квалификации – 69 (79%) наименований;
- программам профессиональной переподготовки - 11 (12.6%);
- программам профессионального обучения – 7 наименований (8.4%).

Программы реализованы для обучения специалистов Новосибирской, Иркутской, Оренбургской, Кемеровской, Калининградской, Белгородской, Ленинградской областей, Краснодарского, Красноярского, Пермского крае, Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского автономных округов.

Для организации дистанционного обучения используется свободно распространяемая система построения образовательного контента Moodle. Данный программный продукт построен в соответствии со стандартами информационных обучающих систем. В настоящее время в ЦПК РЗ СДО Moodle продолжает наполняться электронными курсами для дальнейшего успешного использования в образовательном процессе непрерывного профессионального образования, происходит актуализация образовательного контента.

Следует отметить, что пока действия в направлении развития электронного обучения в ЦПК РЗ составляют лишь необходимый базовый этап информатизации образовательной деятельности. Он позволяет накапливать электронные образовательные ресурсы и создавать

виртуальную образовательную среду, сформированность которой выступает важным показателем развития образовательной организации.

#### **Библиографический список**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Паспорт приоритетного проекта «Современная цифровая образовательная среда в Российской Федерации» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 25 октября 2016 г. N 9)
3. Есенжулова Л.С., Двойцова И.Н. Дистанционное обучение и информационные технологии в образовании // Перспективы науки. - 2014. № 2 (53). С. 78-80.
4. Кузнецова О.В. Дистанционное обучение: за и против // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2015. № 8-2. С. 362-364.

### **ОПЫТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В БУ ХМАО-ЮГРЫ СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР**

Л.Д. Белоцерковцева, С.Е. Иванников, Т.И. Салимова, Е.В. Джурбий  
*БУ ХМАО-ЮГРЫ Сургутский клинический перинатальный центр, г. Сургут*

Поддержание и повышение профессиональной компетенции невозможно, если повышение квалификации медицинских работников осуществляется 1 раз в 5 лет. За 2017 год в Сургутском клиническом перинатальном центре (СКПЦ) принято 8917 родов, с высокой частотой оперативного родоразрешения: кесарево сечение 2547 (28,6%). Родилось 9034 ребенка. В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) пролечено 917 детей, из них рожденных преждевременно 416, 52 - это дети с экстремально низкой массой тела (5,7%).

На территории центральной медицинской зоны (сфера влияния СКПЦ) основные показатели лучше, чем по округу в целом: перинатальная смертность составила 4,6‰ vs ХМАО-Югра 4,8‰; ранняя неонатальная смертность 0,8‰ vs ХМАО-Югра 1,35‰; младенческая смертность 4,1‰ vs ХМАО-Югра 4,6‰.

Кадровый состав: врачебный персонал – 146, средний медицинский персонал – 414. Такое соотношение врач/медсестра должно сопровождаться перераспределением функций в клиническом процессе, что требует дополнительного обучения и переход от устаревшей

парадигмы "медсестра - бессловесный исполнитель назначений врача" к принципу "стандартное вмешательство в стандартной ситуации".

Средний медицинский персонал самостоятельно может взять на себя следующие направления:

- ✓ обучение среднего медицинского персонала,
- ✓ оказание неотложной помощи в рамках компетенции,
- ✓ обслуживание коек дневного стационара,
- ✓ пропаганда и обучение здоровому образу жизни, ведение школ по подготовке к родам, по питанию во время беременности, грудному вскармливанию,
- ✓ проведение диспансеризации,
- ✓ контроль эпидемиологической безопасности.

Особенности обучения среднего медицинского персонала в симуляционно-тренинговом центре (СТЦ):

- ✓ тесное взаимодействие подразделений и СТЦ – позволяет реализовать систему корпоративного обучения,
- ✓ обучение старших медсестер, отбор и тренинговое обучение ответственных за процессы адаптации и наставничества в подразделениях медицинских сестер,
- ✓ навыковые симуляционные тренинги для всего среднего персонала в соответствии с перечнем профессиональных знаний и умений, отраженных в должностных инструкциях,
- ✓ тренинги по коммуникациям (м/с-м/с, м/с-врач; м/с-пациент).

СТЦ, как отдельная структурная единица в составе СКПЦ начал функционировать в сентябре 2015 года, как важнейший элемент комплексной системы обучения медицинских работников. Система обучения персонала включает:

- ✓ обучение в симуляционных классах и на рабочих местах,
- ✓ индивидуальные мастер-классы и тренинги,
- ✓ групповые тренинги,
- ✓ разбор клинических ситуаций по результатам видеонаблюдения,
- ✓ работа с сотрудниками непосредственно на рабочем месте, разбор ошибок по окончании работы и коррекция в процессе,
- ✓ создание рейтинговой оценки работы персонала,
- ✓ обучение персонала не административными работниками, а уважаемыми профессионалами с большим стажем работы.

Инструкторами центра стали сотрудники кафедры и профильных отделений, имеющие большой практический опыт. До начала работы все инструкторы СТЦ прошли стажировку на рабочих местах в ведущих СТЦ страны в городах: Москва, Томск, Екатеринбург. Приобрели



международный опыт в университетских клиниках Кёльна, Лейпцига, Вены. Проведению дебрифинга обучались на мастер-классе ведущих мировых специалистов симуляционного обучения, проводимого Центром перспективных технологий обучения в области медицины и педиатрии (CAPE, Center for Advanced Pediatric and Perinatal Education) Стэнфордского университета (США), руководитель - проф. Louis P. Halamek.

Учитывая опыт ведущих симуляционных центров, нами разработаны сценарии проводимых тренингов [1]. Основой для сценариев симуляционно-тренингового обучения являются, прежде всего, федеральные клинические рекомендации, а так же сложные клинические случаи из практики, с акцентом на принципы командной работы. При возникновении затруднений бригады, оказывавшей медицинскую помощь, выявленных по результатам видеонаблюдения, вся дежурная бригада приглашается в СЦ для повторной отработки той же клинической ситуации в симулированных условиях.

Первыми курсантами центра стали акушерки родильных залов. Проведенные тренинги «Первичная реанимация новорожденных» и «Дистоция плечиков» получили высокую оценку у курсантов, за практическую ориентированность тренингов. Общее количество тренингов было расширено и сгруппировано по категориям специалистов.

Приказом главного врача от 25.01.2016г. № 14 «Об утверждении стандартов тренингов медицинского персонала в симуляционно-тренинговом центре» утвержден перечень и кратность тренингов для каждой категории специалистов. Перечень тренингов по специальности «Акушерство и гинекология» в 2017 г :

- ✓ самопроизвольные роды в затылочном предлежании (56 курсантов),
- ✓ КТГ мониторинг состояния плода, асфиксия плода (124 курсанта),
- ✓ дистоция плечиков (54 курсанта),
- ✓ акушерские кровотечения (53 курсанта),
- ✓ преэклампсия, эклампсия (118 курсантов),
- ✓ первичная реанимационная помощь новорожденному (51 курсант),
- ✓ анафилаксия и сердечно-легочная реанимация (116 курсантов),
- ✓ работа с инфузوماتом (106 курсантов).

Для специальности сестринский уход в неонатологии:

- ✓ первичная реанимационная помощь новорожденного (183 курсанта),
- ✓ уход за новорожденным в условиях палаты интенсивной терапии (81 курсант),
- ✓ развивающий уход за новорожденным (64 курсанта),
- ✓ обеспечение сосудистого доступа у новорожденного (78 курсантов),
- ✓ анафилаксия и СЛР (86 курсантов),
- ✓ работа с инфузوماتом (52 курсанта).

Для уменьшения длительности тренинга все сотрудники предварительно знакомятся с теоретическими материалами и самостоятельно проходят тестирование, хотя проверка теоретических знаний не самая важная часть тренинга. Большее значение придается практической подготовке.

В тех случаях, когда необходима мультидисциплинарная помощь, групповые тренинги проводятся для всех категорий специалистов. Тренинги посещают все сотрудники центра минимум 2-4 раза в год, а так же дополнительно в случае при приеме на работу, выходе из декретного отпуска, при возникновении трудностей в практической деятельности и внедрении новой медицинской технологии. При проведении тренингов обязательными моментами являются заполнение чек-листов и проведение дебрифинга.

Чек-листы помогают отметить случайные и систематические ошибки при выполнении манипуляций, позволяют объективизировать оценку их выполнения.

Важность проведения дебрифинга в безоценочной форме подчеркивалась многими специалистами симуляционного обучения [1, 2, 3], данное положение особенно актуально при работе с профессионалами. Дебрифинг должен проводиться в деловом стиле и отвечать на конкретные вопросы: что удалось? Что не удалось? Почему не удалось? Как предотвратить повторение ошибок? Дебрифинг должен основываться только на фактах, не выходя за пределы обсуждаемой проблемы и без учета эмоций.

Опыт НМО среднего медперсонала в перинатальном центре позволяет сформулировать следующие преимущества данной организационной модели:

- ✓ возможность провести обучение всех сотрудников,
- ✓ обучение персонала без отрыва от производства,
- ✓ использование видеонаблюдения рабочих мест позволяет быстро корректировать программу тренингов при обнаружении дефектов выполнения манипуляций,
- ✓ реконструкция в тренингах сложных ситуаций из собственной клинической практики,
- ✓ подготовка персонала центра к предстоящей аккредитации специалистов.

### **Библиографический список**

1. Симуляционное обучение: Акушерство, гинекология, перинатология, педиатрия / Под редакцией академика Сухих Г.Т. составитель Горшков М.Д. // РОСОМЕД. Москва, 2015, 229 с.
2. Ayres-de-Campos D, Deering S, Siassakos D. Sustaining simulation training programmes – experience from maternity care. BJOG 2011, 118 (Suppl 3); p. 22-6.
3. Sawyer T, Loren D, Halamek LP Post-event debriefings during neonatal care: why are we not doing them, and how can we start? J Perinatol, 2016; 36 (6); p. 415-9.

# ТИПОЛОГИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ СВЯЗЕЙ И МЕХАНИЗМЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Т.Н. Белых

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

*Ключевые слова: междисциплинарность, междисциплинарные связи, типы междисциплинарных связей, интеграция, интегративные стратегии.*

При изучении разных клинических дисциплин у обучающихся возникает клочкообразное представление о процессах, протекающих в организме. Так возникает потребность в объединении знаний разных наук об одних и тех же объектах действительности, т. е. потребность в междисциплинарных связях учебных дисциплин.

**Междисциплинарные связи** предполагают взаимную согласованность содержания образования по различным дисциплинам, построение и отбор материала, позволяют объяснить материал или закрепить его с опорой на знания по другому учебному предмету без участия педагога-специалиста.

Функции междисциплинарных связей: методологическая, образовательная, воспитательная, конструктивная.

**Интеграция** - восстановление, восполнение, объединение частей в целое.

Интегратор при развитии коммуникативных умений - отбор содержания обучения и комбинирование учебных приемов. Создание дополнительных профессиональных программ на модульно- компетентностной основе придает обучению практико-ориентированный характер, позволяет формировать гибкие траектории формирования компетенций с учетом интересов работодателей и индивидуальных потребностей специалистов.

Ступени обучения, способствующие созданию "монолита" знаний - это звенья одной цепочки активных педагогических решений - "межпредметный урок - интегрированный урок - метапредметный".

Межпредметный урок - это всесторонние знания учителя, привлечение знаний по смежным дисциплинам.

Интегративный урок (бинарный, синтетический, совмещенный) относится к группе технологий «воспитания в процессе жизни».

Метапредметный урок - проблемный и поисковый, перенос теоретических знаний по предметам в практическую жизнь.

**Интегративный урок** — это особый тип урока, на котором последующая учебная тема вытекает из предыдущей, он объединяет в себе обучение одновременно по нескольким дисциплинам. В таком уроке всегда выделяются: ведущая дисциплина, выступающая интегратором, и дисциплины вспомогательные, способствующие углублению, расширению, уточнению материала ведущей дисциплины. Он обеспечивает связь разнопредметной информации методического обеспечения (клинических сценариев, деловых игр, кейсов), а также присутствие стольких преподавателей-предметников, дает возможность объединения частей в целое, построения урока как серии модулей (алгоритмов, проблем, учебных задач и заданий), комплексно объединяющих в себе интегрируемые знания, навыки, умения.

**Интегративные стратегии** используют четыре основных подхода:

1. объединяют содержание образования отдельных дисциплин в интегративные ресурсы;
2. решают все дисциплины изучать только в творчески развивающей парадигме;
3. переводят образовательный процесс на компьютерную основу (интеграция по технологии);
4. договариваются об общих для всех педагогов способах коммуникативного общения с обучаемыми на уроках (герменевтика).

Интегрировать на уроке можно любые компоненты педагогического процесса: цели, принципы, содержание, методы и средства обучения. Можно интегрировать интеллектуальные и практические навыки и умения. Эти компоненты из разных дисциплин, объединяемые в одном уроке, становятся системообразующими, вокруг них собирается и приводится в новую систему учебный материал.

**Междисциплинарные связи** – это целевые и смысловые совпадения, существующие между учебными дисциплинами, среди изучаемых нозологий, где четко прослеживаются возрастные причинно-следственные связки.

Выделяют четыре типа междисциплинарных связей, способствующих формированию целостного знания и системного мышления:

1. учебно-междисциплинарные прямые связи;
2. исследовательско-междисциплинарные прямые связи;
3. ментально-опосредованные связи;
4. опосредованно-прикладные связи.

**Учебно-междисциплинарные прямые связи** возникают в том случае, если усвоение одной дисциплины базируется на знании другой, предшествующей дисциплины. Определяются тезаурус и структура системных связей между дисциплинами одного блока.

**Педагогический тезаурус** (базисное ядро знаний дисциплины) **требует:**

- разработать по каждой дисциплине пакет тестовых заданий входного контроля необходимых знаний, являющихся базой для усвоения каждой конкретной дисциплины;
- разработать адаптивные программы автоматизированного обучения студентов по восполнению пробелов базисных знаний;
- разработать пакет заданий итогового контроля по каждой дисциплине;
- разработать методику сквозного лонгитюдного контроля и восполнения пробелов знаний в течение всего курса обучения.

#### **Информационные технологии обеспечивают:**

- реализацию междисциплинарных связей конкретной дисциплины с другими предметами;
- выполнение реферативных, творческих и других работ с использованием информационных технологий;
- поиск и обработка информации в рамках изучаемого материала с использованием Интернет;
- использование электронных таблиц для решения задач;
- проведение научных конференций, презентаций, мастер-классов;
- проектно-исследовательскую деятельность;
- использование мультимедийных технологий при изучении учебного материала.

**Учебно-междисциплинарные прямые связи** используются при разработке заключительного интегрированного курса, систематизирующего полученные специальными знаниями объективного отбора вопросов для междисциплинарного комплексного экзамена.

Исследовательско-междисциплинарные прямые связи проблемного характера существуют в том случае, если две или более дисциплины имеют общий объект исследования или общие проблемы, но рассматривают их с разных дисциплинарных подходов и в различных аспектах.

**Ментально-опосредованные связи** возникают в том случае, когда средствами разных учебных дисциплин формируются одни и те же компоненты и интеллектуальные умения, необходимые специалисту в его профессиональной деятельности. Ментально-опосредованные связи развивают профессиональные интеллектуальные умения и в связи с этим, важно разработать методы входного и итогового контроля сформированных компетенций, интеллектуальных знаний и умений слушателей.

**Опосредованно-прикладные связи** формируются, когда понятия одной науки используются при изучении другой для актуализации слушателей при изучении определенной темы клинической дисциплины, ранее усвоенных знаний, навыков и умений, необходимых для изучения данной темы, учитывая при этом интересы следующих

предметов. Методы их разработки и построения различны и зависят от целеполагания, степени включенности интегрируемых дисциплин в общее проблемное поле, характера междисциплинарных связей (прямые, опосредованные) и от авторской индивидуальности разработчиков.

Методическое планирование междисциплинарной интеграции проводится по трем направлениям:

1. Определение обеспечивающих дисциплин (предыдущих предметов, которые являются базовыми по изучению темы практического занятия);
2. Определение обеспечиваемых дисциплин (следующих предметов, разделы которых нуждаются знания данной темы практического занятия);
3. Определение внутрипредметной интеграции (интеграции данной темы с предыдущими или последующими темами данной дисциплины).

Таким образом, междисциплинарные связи способствуют оптимизации процесса овладения клиническим мышлением, совершенствованию общих и профессиональных компетенций, включают в активную работу всех обучающихся, наглядно показывают причинно-следственные связи, создают наилучшие условия для использования полученных знаний на практике.

#### **Библиографический список**

1. Бахмутский, А. Е. Педагогика: учебник / [А. Е. Бахмутский и др.]. Санкт-Петербург: Питер пресс, 2017. – 304 с.
2. Инновационная педагогика: учебное пособие / ГУО "Минский городской институт развития образования"– Минск: МГИРО, 2014. – 201 с.
3. Подласый, И. П. Педагогика: учебник / И. П. Подласый. – Москва: Юрайт: Юрайт, 2015. – 573 с.
4. Самойлов, В. Д. Педагогика и психология высшей школы: андрогогическая парадигма: учебник для высших учебных заведений / В. Д. Самойлов. – Москва: Юнити-Дана: Закон и право, 2014. – 207 с.
5. Столяренко, Л. Д. Основы педагогики и психологии: для студентов высших учебных заведений / Л. Д. Столяренко, В. Е. Столяренко. – Москва: Юрайт, 16. – 133 с.

## ИННОВАЦИОННАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Е.А.Божко

*БУЗ ОО«Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск*

Качество оказания медицинской помощи населению страны, оптимальное использование ресурсов системы здравоохранения, повышение эффективности здравоохранения субъектов Российской Федерации, определенные указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598, напрямую зависят от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки, обеспечить профилактическую направленность ведения пациента. Создание системы непрерывного медицинского образования (далее – системы НМО) наряду с подготовкой достаточного количества специалистов в сфере охраны здоровья граждан является одной из основных задач здравоохранения, направленных на реализацию «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» согласно Указу Президента Российской Федерации от 31.12.2015 года № 683. Ее внедрение должно решить серьезную проблему российского здравоохранения - несоответствие качества медицинского образования международным стандартам. К этому привело:

- несоответствие квалификационных требований к специалистам в РФ и в развитых странах;
- сокращение сроков послевузовской подготовки для врачей первичного звена;
- отсутствие системы непрерывного повышения квалификации врачей: 1 раз в 5 лет, при этом 15% врачей не проходят обучение в положенные сроки;
- отсутствие механизмов для реализации непрерывности образования.

Основным принципом современной концепции образования является трактовка идеала образованности через знание и познание. Исходя из этого образование — способ передачи социально-культурного опыта человечества, одним из основных компонентов которого является наука. (5, с.186)

В любом образовании очень многое возлагается на память, на процесс знания, хранения и воспроизводства традиции, на повторение прошлого.

Традиция, в отличие от памяти, работает с историческим прошлым, с прошлым когда-то бывшего, с прошедшим настоящим. Традиция не дает прошлому пройти, она стирает грань между прошлым и настоящим, она хранит присутствие реального прошлого в длящемся настоящем. (4, с.123)

Советская школа ориентировалась на профессиональную подготовку, она связывала жизненный успех человека с тем, насколько он способен освоить профессию, полезную и нужную обществу и реализовать себя в общественном производстве. При этом доминантой советской школы была ориентация на знания. Школа давала фундаментальную подготовку, предполагавшую развитие универсальных способностей — мышления, творчества, коллективистских качеств, что позволяет видеть профессию не узкооперационально, но масштабно, а значит, не быть рабом профессии: советские специалисты были "специалистами широкого профиля", они легко осваивали смежные профессии. Советская школа не ставила задачу ввести ребенка в жизнь традиции. Более того, идеология, реализующаяся в школьном образовании, преднамеренно создавала в сознании новых поколений барьеры для восприятия тех ценностей, источником которых является культуuroобразующая традиция Православия. Так, например, одна из важнейших категорий самосознания — человеческое достоинство — в церковной традиции связывается с воспитанием такого качества как смирение. Это понятие было исключено из воспитательного тезауруса советских времен, и человеческое достоинство раскрывалось через категорию гордости, — в православной традиции это понятие противоположно смирению как грех противоположен добродетели.

Вместе с тем укрепляется и растет понимание, что профессиональная подготовка есть только часть системы образования. Цели образования гораздо значительнее и включают в себя осознание человеком цели и смысла жизни, своего предназначения в этом мире и ответственности за свою жизнь перед лицом вечности. Задача образования — обеспечить историческую преемственность поколений — сформулирована среди главных приоритетов Национальной доктрины образования.

Чтобы школа была способна решать задачу освоения традиции, в образовательном процессе необходимо обеспечить освоение следующих содержательных элементов:

1. Опыт трудовой деятельности;
2. Опыт творческой деятельности;
3. Ценности и смыслы традиции;
4. Опыт межличностного общения на основе ценностей и смыслов традиции;
5. Опыт духовной жизни, условия, обретения которого передаются в формах традиции.

Если школа не обеспечивает этого, она не выполняет задачи освоения традиции. Следует, однако, понимать, что школа в одиночку не способна осуществить эту задачу.

Наиболее адекватна задаче передачи традиции система непрерывного образования. Система непрерывного образования трактуется как непрерывный процесс жизни, в которой на определенном включаются образовательные учреждения, начиная с дошкольных, кончая



постдипломным. Не человек идет в школу, а школа входит в жизнь человека. Единство и непрерывность процесса обеспечивается целью сохранения передачи освоения традиции. В системе непрерывного образования эта цель — системообразующий элемент. Если этой цели нет, нет непрерывности.

Нововведения, или инновации, характерны для любой профессиональной деятельности человека и поэтому естественно становятся предметом изучения, анализа и внедрения. Инновации сами по себе не возникают, они являются результатом научных поисков, передового педагогического опыта отдельных учителей и целых коллективов. Этот процесс не может быть стихийным, он нуждается в управлении.

В контексте инновационной стратегии целостного педагогического процесса существенно возрастает роль директора школы, учителей и воспитателей как непосредственных носителей новаторских процессов. При всем многообразии технологий обучения: дидактических, компьютерных, проблемных, модульных и других - реализация ведущих педагогических функций остается за учителем. С внедрением в учебно-воспитательный процесс современных технологий учитель и воспитатель все более осваивают функции консультанта, советчика, воспитателя. Это требует от них специальной психолого-педагогической подготовки, так как в профессиональной деятельности учителя реализуются не только специальные, предметные знания, но и современные знания в области педагогики и психологии, технологии обучения и воспитания. На этой базе формируется готовность к восприятию, оценке и реализации педагогических инноваций. (7, с.492)

Понятие "инновация" означает новшество, новизну, изменение: инновация как средство и процесс предполагает введение чего-либо нового. Применительно к педагогическому процессу инновация означает введение нового в цели, содержание, методы и формы обучения и воспитания, организацию совместной деятельности учителя и учащегося. (7, с.492)

Педагогический опыт может быть массовым и передовым. Передовой педагогический опыт исторически ограничен, так как на каждом новом этапе с расширением материальных, методических, кадровых и других возможностей школы возникают новые требования к педагогической деятельности. Вместе с тем передовой опыт несет и некоторые непреходящие элементы, которые пополняют сокровищницу педагогической науки и практики. В создании и передаче передового опыта большую роль играет позиция учителя, поэтому при анализе и распространении ведущих положений конкретного опыта важно учитывать влияние субъективного фактора, прогнозировать варианты его оценки и трансляции в педагогические коллективы. В педагогическом опыте, как нигде более, переплетаются объективно ценное и индивидуальное, но не все глубоко индивидуальное в

педагогической деятельности может стать достоянием массовой практики. Остается то, что составляет область уникального и неповторимого в личности, создающий новый опыт.

Таким образом, инновационную педагогическую деятельность преподавателя можно рассматривать как комплексный, целенаправленный процесс создания, распространения и использования педагогического новшества, целью которого является удовлетворение интересов людей к новым средствам, что ведет к определенным качественным изменениям системы организации учебного процесса в учебном заведении и способов обеспечения ее эффективности, стабильности и жизнеспособности. В условиях школы объединяются усилия создателей и распространителей педагогических инноваций. В реальной практике характер инновационных процессов определяется содержанием полученных результатов, степенью сложности и новизны внедряемых предложений, а также степенью готовности практиков к инновационной деятельности.

#### **Библиографический список**

1. Кравский В.В. Инновации традиции - два плюса мира образования -2003, Ломакина .
2. Современный принцип развития непрерывного образования .-М . Наука, 2006

### **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С БУ ДПО ОО «ЦПК РЗ» КАК ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Л.В. Вергай, Е.Г. Балякина

*БУЗОО «Городская детская клиническая больница №3», г. Омск*

Современные тенденции инновационного развития медицинской науки и здравоохранения требуют постоянного непрерывного совершенствования знаний, профессиональных умений и компетенций специалистов, необходимых для достижения и сохранения высокого уровня профессиональной деятельности и конкурентоспособности.

Последипломное обучение медицинских работников многие годы осуществлялось с периодичностью один раз в пять лет, которое не позволяло обеспечить своевременное и качественное повышение квалификации. Все более актуальным становится обеспечение эффективного функционирования системы непрерывного медицинского образования и профессионального развития для качественной подготовки и переподготовки медицинских сестер.

Непрерывное профессиональное образование (далее НПО) – это образовательный процесс, в результате которого медицинские работники постоянно обновляют свои знания и практические навыки, начинающийся с момента получения специальности и непрерывно продолжающийся на протяжении всей профессиональной деятельности.

Целью его является повышение качества оказываемой медицинской помощи и обеспечение безопасности пациента. Хорошо известно, что высококомпетентный специалист обеспечивает потребности населения в медицинской помощи на должном качественном уровне, охраняя тем самым законные права человека и его достоинство.

В городской детской клинической больнице №3 работает более 400 специалистов со средним медицинским образованием по 16 специальностям, для которых созданы необходимые условия для обучения и постоянного повышения квалификации. Значительная роль в системе НПО специалистов принадлежит бюджетному учреждению дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» (далее Центр). Центр осуществляет обучение медицинских работников Омской области по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовке.

Для обеспечения своевременного прохождения повышения квалификации в рамках взаимодействия с Центром формируется Заявка на обучение специалистов нашей медицинской организации на следующий календарный год. Ежегодно на базе ЦПК обучается более 150 специалистов.

В связи с развитием информатизации и требованием настоящего времени преподавателями Центра в образовательный процесс внедрено дистанционное обучение. За текущий период с 2016 года по дистанционной форме обучено более 20 человек по специальностям: «Сестринское дело при инфекциях», «Первичная медико-санитарная помощь детям».

Руководители сестринского персонала ГДКБ №3 большое внимание уделяют совершенствованию практической подготовки специалистов. Для этого в больнице проводятся семинары, мастер-классы, тренинг – курсы. С созданием в ЦПК симуляционно - тренингового центра у наших специалистов появилась прекрасная возможность отрабатывать технологии медицинских вмешательств, выполнять многократно манипуляции с формированием необходимых навыков, осуществлять самостоятельный выбор тактики в различных ситуациях, что положительно отразилось на качестве оказания медицинской помощи детям.

Анализируя посещаемость семинаров, мастер-классов в Центре специалистами больницы с каждым годом отмечается увеличение показателей, что доказывает актуальность и значимость их для сестринского персонала. Так, обучение в рамках данной системы прошли

с 2016 по 2018 год около 200 специалистов, что составило более 900 посещений мастер-классов и семинаров по различным направлениям. 11 специалистов получили удостоверение о прохождении обучения по дополнительной профессиональной программе в системе непрерывного профессионального образования в объеме 16 и более часов.

Отдельным и не менее востребованным направлением непрерывного развития у медицинских работников являются посещение психологических семинаров и тренингов по личностному росту.

Востребованной формой получения знаний нашими специалистами в системе НПО является проведение общебольничных сестринских конференций и семинаров с участием преподавателей БУ ДПО ОО «ЦПК РЗ», тематика выступлений определяется совместно. Ежегодно, в рамках взаимодействия, проводится не менее трех мероприятий.

Для осуществления допуска специалистов к работе более 30 специалистов ежегодно и более 200 специалистов один раз в 5 лет, проходят специальную подготовку в Центре по программе «Организация деятельности в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ».

Кроме этого, в связи акцентом на самостоятельную подготовку специалистов, появление новых программ обучения, возрос спрос на библиотечные ресурсы. Слушатели стали более активно посещать библиотеку для получения всей необходимой информации, а также для приобретения методической литературы.

Необходимо отметить доступность и информативность Сайта ЦПК. Специалисты ГДКБ №3 для планирования своего профессионального образования активно заходят на сайт и пользуются регулярно обновляемой тематической информацией.

Хочется подчеркнуть, что специалисты больницы по окончании прохождения обучения в ЦПК отмечают высококвалифицированный состав преподавателей, доступность материала в мультимедийном сопровождении, оказание помощи при освоении или отработке практических навыков, а также приятную доброжелательную атмосферу в стенах Центра повышения квалификации.

Таким образом, активное взаимодействие Городской детской клинической больницы №3 с БУ ДПО ОО «ЦПК РЗ» в рамках непрерывного профессионального образования специалистов гарантирует качественное оказание медицинской помощи детскому населению Омской области.

### **Библиографический список**

1. Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России. Здравоохранение РФ. 2012. № 6 - с. 27–30.

2. Бахтина И.С. Новые подходы к организации непрерывного обучения медицинских сестер «Главная медицинская сестра» 2016. № 4 - с. 23–30.

3. Павлов В. Н. Симуляционные технологии в формировании профессиональных компетенций. «Медицинское образование и вузовская наука». 2012. № 1.

**НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СЕСТРИНСКОГО  
ПЕРСОНАЛА КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ  
КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В БУЗОО "КПБ ИМ. Н.Н.  
СОЛОДНИКОВА"**

Е.П. Гирфанова, Т.Н. Лудын

*БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова», г. Омск*

Проводимые в здравоохранении мероприятия по обеспечению соответствия работников квалификационным требованиям и компетенциям, предъявляемых с учетом современных условий к качеству услуг, создают основу для повышения профессионального уровня медицинских сестер, в том числе содействие развитию непрерывного образования. Основное требование в таком подходе заключается в том, что цели обучения должны быть выражены на языке деятельности, которую можно проверить.

В Омской области исторически сложилась централизация психиатрической службы, представленная всеми видами стационарной, амбулаторной и внебольничной специализированной помощи, оказываемой в БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова» в соответствии с требованиями Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Важнейшими задачами, стоящими перед медицинским персоналом отделений были и остаются профессиональный уход и качественное оказание медицинских услуг, который направлен на возвращение пациентов в социум.

С этой целью в Омской областной психиатрической больнице разработана система оценки эффективности и качества труда персонала, ориентирована на следующие компоненты:

- качество выполнения профессиональных функций медицинскими работниками;
- наличие удовлетворенности пациента медицинской помощью;
- полноту и эффективность использования ресурсов;
- сведение до минимума риска для пациентов при осуществлении медицинских вмешательств.

Проведенный нами анализ проблем, возникающих в работе сестринского персонала больницы, указал на три основные составляющие, которые непосредственно связаны с качеством работы:

1. профессиональная подготовка сестринского персонала;
2. культурный уровень и персональная ответственность сотрудников.

С целью, решения этих проблем мною, как руководителем Совета по сестринскому делу, ежегодно планируется работа по рациональному использованию трудовых ресурсов. А именно:

1. подбор и обучение студентов медицинских колледжей,
2. профессиональная и психологическая адаптация;
3. профессиональное развитие персонала

С целью профессиональной ориентации, адаптации студентов к работе с 2013 года работает и очень востребован кружок для студентов «Сестринская практика в психиатрии». Занятия со студентами проводятся на базе УМК и подразделений больницы с привлечением врачей-психиатров, старших медицинских сестёр и медицинских сестер подразделений. Особое внимание уделяется психологическим аспектам ухода за пациентом с психическими расстройствами. Что в свою очередь является гарантом высокой степени адаптивности, способности действовать адекватно, самостоятельно и ответственно. По окончании практики около 80% студентов изъявляют желание поступить на работу. В дальнейшем с молодыми специалистами работают наставники. Практика уже доказала свою эффективность получения знаний от более опытных коллег при постоянной оценке обучения, предусмотренных индивидуальными планами подготовки.

Ежегодно на базе УМК проходят обучение молодые и вновь принятые на работу стажированные специалисты в школе «Медицинской сестры психиатрической клиники». Кроме этого, по программе профилактики эмоционального выгорания проводятся занятия со специалистами в Школе здоровья для медицинских сестёр.

Важным моментом в совершенствовании управления является постоянная работа с резервом кадров. С этой целью создана «Школа резерва».

В больнице поддерживается система непрерывного образования, которая состоит из нескольких блоков подготовки медицинских сестер, включающие тематическое усовершенствование по циклу «Современные аспекты организации сестринского дела», повышенный уровень образования для старших медицинских сестёр и их дублеров и ВСО. Что в свою очередь позволяет обеспечить высококвалифицированными специалистами должности организаторов сестринского дела. Данным аспектом деятельности является совершенствование системы управления сестринской деятельностью, которая в свою

очередь существенно влияет на повышение качества сестринской помощи.

В результате сотрудничества с Центром повышения квалификации работников здравоохранения, кроме прохождения обязательных циклов усовершенствования, специалисты имеют возможность получать знания по дополнительным профессиональным образовательным программам, таким как «Физиотерапия», «Функциональная диагностика», «Инновационные подходы к организации педагогической деятельности сестринского персонала» «Психология профессионального общения», «Профессиональное здоровье. Безопасная больничная среда», и быть участниками семинаров и мастер-классов в Школе медицинской сестры.

Что в свою очередь, позволяет нам широко использовать в работе ротацию персонала, как метод повышения мотивации к расширению кругозора, репертуара поведенческих и профессиональных навыков медицинских сестер, а также способствует их профессиональному и карьерному росту в дальнейшем.

Согласно Приказу МЗ РФ №566н «О Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» штатные нормативы включают в себя наличие должности «Младшая медицинская сестра» и с 2015 года началась подготовка младшего персонала по дополнительной профессиональной программе «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». Данным аспектом мы планируем оптимизировать деятельность медицинских сестер на основе пересмотра функциональных обязанностей и формирования новой организационно-правовой модели.

В рамках участия по внедрению программ непрерывного медицинского образования и оценке профессиональных компетенций специалистов со средним медицинским образованием:

1. Организовано проведение конференций, семинаров, мастер-классов по актуальным темам.
2. Сформирована база тестового контроля проверки знаний специалистов, что позволяет нам изучать эффективность обучения.
3. При содействии Омской профессиональной сестринской ассоциации медицинские сестры принимают участие в научно-практических проектах, конкурсах профессионального мастерства различных уровней.
4. В условиях перехода к аккредитации специалистов медицинские сестры вошли в первичную аккредитационную комиссию МЗ РФ в Омской области от Омской профессиональной сестринской ассоциации.

Безусловно, основным индикатором проводимых в больнице мероприятий по повышению профессионализма является мнение пациента и самих медицинских сестер о качестве

оказываемой ими помощи, их профессиональной подготовке и проводимых в больнице мероприятий в этом направлении.

Выстраивая, таким образом, траекторию непрерывного образования специалистов в сочетании с постоянным мониторингом и оценке полученных знаний, мы непосредственно влияем на качество услуг.

**Во-первых**, разработанная в больнице система оценки качества работы сестринского персонала позволяет регулировать процесс образования, акцентируя внимание на наиболее проблемные вектора.

**Во-вторых**, достаточный объем знаний дает больше возможности по расширению функций и повышению роли специалистов. Что в свою очередь стимулирует специалиста к выполнению своей работы качественно.

**В-третьих**, увеличивая долю высококвалифицированных кадров сестринского персонала, мы непосредственно влияем на критерий оценки компетенции медицинских сестер со стороны потребителей услуг

Мы не останавливаемся и продолжаем работу по повышению профессионализма медицинских сестер, как основного показателя престижа профессии, а соответственно и качества медицинской помощи.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Е.А. Глазкова, А.О. Дмитриева

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Существующая система последипломной подготовки медицинских кадров среднего звена с ее недостаточно совершенным управлением, отсутствием научно обоснованных критериев по выбору видов, форм, сроков и периодичности обучения не отвечает в полной мере своим задачам и не является достаточно эффективной. Не будучи реформированной, она существенно уступает практике подготовки специалистов в передовых странах, где последипломное обучение ведется непрерывно. В связи с этим в настоящий момент делается многое для повышения качества дополнительного профессионального образования: проводятся реформы, внедряются новые образовательные технологии, проводится коррекция и оптимизация дополнительных профессиональных образовательных программ.

Анализ теоретических исследований и практики позволяет сформулировать противоречие между социальным заказом на развитие профессионально компетентных, ответственных,



гуманных медицинских работников и преобладанием репродуктивного подхода в их последипломной подготовке. Данное противоречие, в свою очередь, определило проблему нашего исследования, которая заключалась в необходимости разработки модели организации образовательного процесса, обеспечивающей связь теоретической и практической подготовки в системе дополнительного профессионального образования, условия профессионально-личностного развития и саморазвития на постдипломном этапе, виды совершенствования процесса повышения квалификации.

**Цель исследования:** теоретически обосновать, разработать, апробировать на практике и оценить эффективность модели организации образовательного процесса в системе дополнительного профессионального образования медицинских работников среднего звена.

**Объект исследования:** организация образовательного процесса в отделе дополнительного профессионального образования (ОДПО) ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж».

**Предмет исследования:** модель организации образовательного процесса в системе дополнительного профессионального образования (ДПО) в условиях непрерывного профессионального развития (НПР) медицинских кадров.

Цель, объект, предмет актуализировали постановку следующих **задач исследования:**

1. Осуществить теоретический анализ литературы по вопросам организации образовательного процесса в профессиональных образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования.
2. Разработать и апробировать модель организации образовательного процесса с использованием инновационных педагогических технологий и новых форм реализации дополнительных профессиональных образовательных программ (ДПОП) в системе непрерывного профессионального развития медицинских кадров.
3. Оценить эффективность функционирования модели организации образовательного процесса в системе ДПО в соответствии с критериями.

**В процессе решения первой задачи** мы пришли к выводу, что изучение различных литературных источников и нормативно-правовой базы выявило необходимость создания новой модели образовательного процесса. Она продиктована:

1. Появлением профессиональных стандартов
2. Требованиями заказчика (работодатели, департаменты, министерства)
3. Введением с 2019 года процесса аккредитации медицинских работников
4. Современными требованиями к реализации образовательных программ (внедрение современных образовательных технологий, обеспечение практикоориентированного подхода, совершенствование профессиональных компетенций педагогов и т.д.)

## 5. Переходом к системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования

В результате констатирующего эксперимента в процессе анкетирования старших и главных медицинских сестёр была определена потребность:

- в сокращении сроков обучения через внедрение дистанционных образовательных технологий (ДОТ)
- в улучшении качества образовательных услуг через практикоориентированный подход (стажировка, симуляционные методики)
- в проведении образовательных мероприятий, способствующих формированию новых компетенций (обобщение опыта, исследовательская деятельность, наставничество и др.).

Например, в течение 5 лет (2011-2015 г.г.) проводился мониторинг количества слушателей, обучающихся с использованием дистанционных технологий (ДТ). На данном этапе слушатели могли добровольно выбрать либо полностью очную форму обучения, либо очно-заочную, с использованием ДТ. Тем не менее, их количество постоянно росло. В 2010-2011 учебном году таким образом проучилось 5,7% от всех слушателей ОДПО; в 2011-2012 – 9,8%; в 2012-2013 – 15,3%, в 2013-2014 – 19,5%, а в 2014-2015 учебном году на такую форму обучения было подано 30,6% заявок. Результат: с 2016 года все слушатели обучаются с использованием ДТ.

С 2013 года ОДПО стали проводиться образовательные мероприятия (круглые столы, мастер-классы), посещаемость которых медицинскими специалистами в 2017 году возросла почти в 2,5 раза, по сравнению с 2013 годом. Если раньше 1 круглый стол в среднем посещало около 30-35 чел. (2013 г.), то в 2017 году в среднем 90 человек.

Стало очевидно, что необходимо создать определённую модель образовательного процесса, позволяющую объединить при реализации ДПОП все перечисленные технологии, сделать упор на практические занятия и стажировку, тем самым увеличить качество подготовки слушателей при одновременном сокращении сроков обучения.

**Вторая задача исследования** реализовывалась на формирующем этапе.

Сконструированная нами модель (рис. 1) представляет 2 процесса, обладающие интегративными связями в части совершенствования профессиональных компетенций.

**Первый**–трёхэтапный процесс реализации образовательных программ, который включает цель, содержание, структуру и результат, определяет формы и технологии, используемые при обучении.

1 этап – установочная сессия. Цель - организация, целеполагание, актуализация, мотивация, обучение работе с moodle, усовершенствование знаний. Результат - установка траектории самостоятельного обучения, освоение теоретического материала.

2 этап – стажировка и самостоятельное обучение. Цель - усовершенствование знаний, умений и навыков. Результат - выполненные индивидуальные задания, карта стажировки, результаты тестов в moodle.

3 этап – зачётная сессия. Цель - оценка результатов обучения. Результат - зачёты по модулям, итоговая аттестация.

**Второй процесс** осуществляется вне реализации образовательной программы – в него входят образовательные мероприятия, которые являются элементами непрерывного профессионального развития (круглые столы, мастер-классы, конференции, конкурсы и др.). Их цель - обмен опытом, углубленное изучение наиболее значимых профессиональных проблем, возможность задавать вопросы компетентным специалистам различных направлений медицинской науки и получать на них ответы. Данные мероприятия посещают медицинские работники вне зависимости от обучения на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

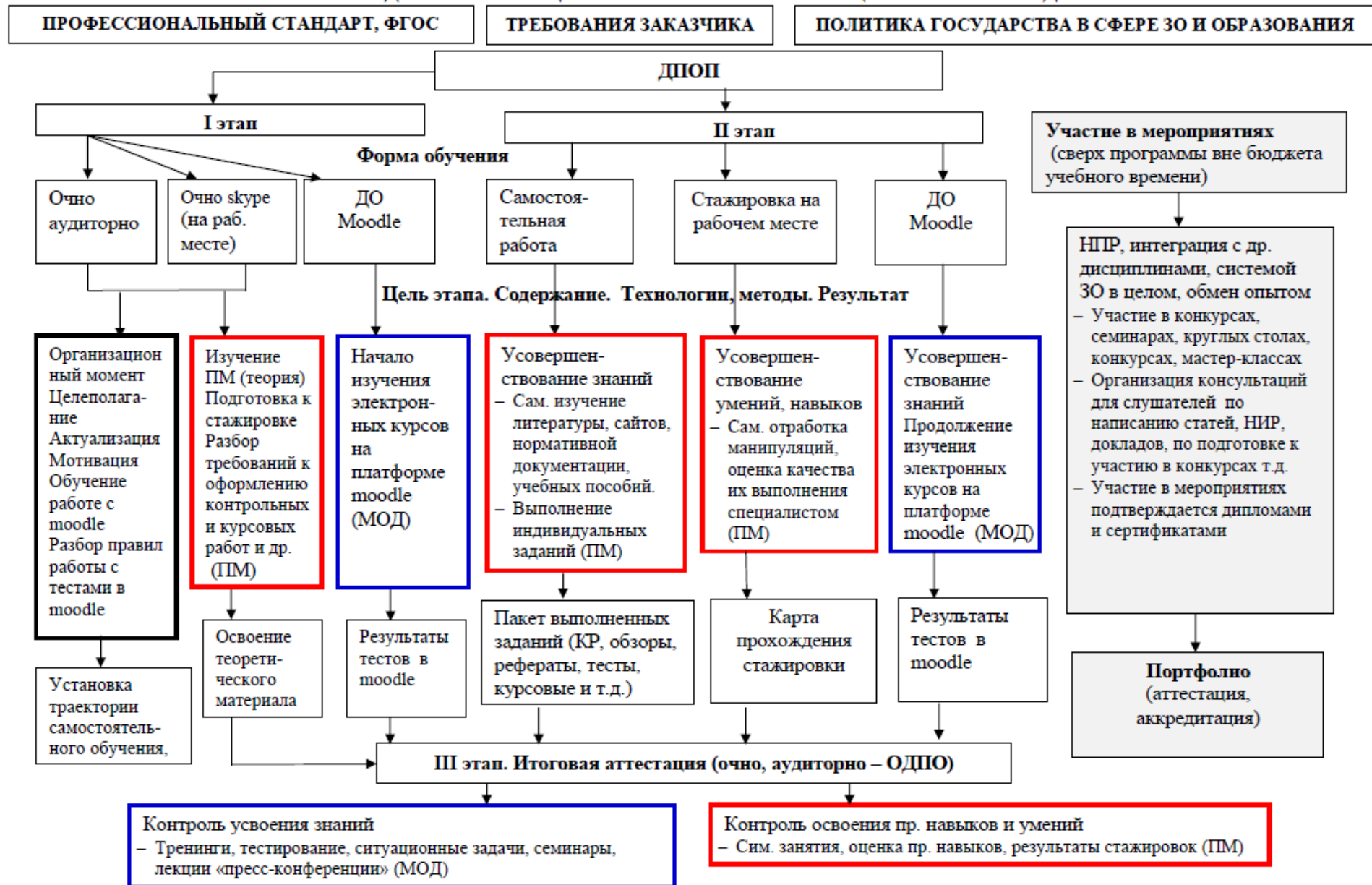
**В процессе решения третьей задачи** и на обобщающем этапе исследования были определены основные критерии, позволяющие судить об улучшении организации образовательного процесса в системе ДПО после внедрения новой модели. Среди них:

1. Оптимальность использования учебного времени
2. Расширение спектра компетенций преподавателей
3. Практикоориентированность
4. Соответствие требованиям работодателей
5. Обеспечение возможности непрерывного профессионального развития
6. Расширение спектра компетенций медицинских работников
7. Повышение успеваемости
8. Подготовка к процессу аккредитации
9. Укрепление связей с практическим здравоохранением
10. Удовлетворённость слушателей изменениями в образовательном процессе, обусловленные внедрением модели

Анализ показал, что результатом введения в образовательный процесс инновационных педагогических и информационно-коммуникационных технологий полностью удовлетворены более 85,0% опрошенных.

Таким образом, представленная модель образовательного процесса представляет собой совокупность педагогических технологий, форм и методов обучения, которые позволяют повысить качество образования, более эффективно использовать рабочее время и снизить долю репродуктивной деятельности обучающегося.

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СИСТЕМЕ ДПО



### **Библиографический список**

1. Горбач Н.А. Экспертная оценка системы организации последипломной подготовки среднего медицинского персонала / Н. А. Горбач, Н. А. Фомина, Е. В. Зорина, 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru>. (Дата обращения 17.09.2018).
2. Вишневская, Н.В. Формирование профессионально-значимых ценностей медицинского работника среднего звена в условиях дополнительного образования: диссертация / Н.В. Вишневская. – Брянск, 2011

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ, КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Е.А.Долматова, В.М.Огрызков

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

Одним из приоритетных направлений современного здравоохранения, является реабилитация. Создание мультидисциплинарных бригад, оказывающих помощь пациентам на всех этапах восстановления здоровья, требует высокой квалификации специалистов различного профиля. Подготовка таких специалистов немислима без формирования новых и модернизации существующих технологий обучения медицинских кадров.

Поддержание высокого профессионального уровня, владение новыми знаниями и компетенциями на современном этапе, предполагает гибкую систему непрерывного образования: постоянное повышение квалификации, участие в мастер-классах, симуляционных тренингах, в конкурсах профессионального мастерства, посещение обучающих семинаров, самообразование. Наиболее практикоориентированным методом обучения являются симуляционные технологии.

Использование симуляционных технологий обучения позволяет получить практический опыт по различным медицинским направлениям в условиях учебной среды. При этом, симуляторы варьируют от простых физических моделей анатомических структур или тренажеров для отработки отдельных умений до сложных устройств и манекенов с высокой механической реалистичностью и компьютерным управлением.

Важнейшими преимуществами симуляционных технологий являются обучение без вреда пациенту и объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста.

Область медицинской реабилитации не стала исключением и симуляционные технологии в обучении нашли здесь свое применение, что позволило содействовать повышению профессиональной компетентности медицинского персонала, предоставлять новейшую информацию в рамках профессии, создавать условия для удовлетворения индивидуальных образовательных запросов медицинских работников, пропагандировать инновационные технологии, и в целом способствовать повышению качества оказания медицинских услуг.

В Омске подготовка специалистов со средним медицинским образованием, осуществляющих деятельность в области реабилитации проводится на базе «Центра повышения квалификации работников здравоохранения» по специальностям «Физиотерапия», «Медицинский массаж» и «Лечебная физкультура». В 2011 году, с целью повышения качества оказываемых образовательных услуг в ЦПК РЗ организован тематический кабинет Реабилитации, вошедший в структуру симуляционно-тренингового центра (далее СТЦ), созданного для формирования и совершенствования профессиональных компетенций специалистов, в условиях, приближенных к реальной среде практической медицины.

Деятельность СТЦ основывается на принципах симуляционного обучения и решает следующие задачи:

- повышение профессиональной компетентности медицинских работников с учетом квалификационных требований к должностям;
- практикоориентированность обучения;
- внедрение лучших зарубежных и отечественных образовательных практик;
- развитие клинического мышления у специалистов и др.

Внутренняя материальная база СТЦ, высокая квалификация преподавателей и значительный опыт инновационной деятельности позволяют центру повышения квалификации реализовывать различные формы организации обучения с использованием симуляционных элементов:

- мастер-классы для формирования и совершенствования профессиональных компетенций;
- тренинги, обеспечивающие готовность специалистов выполнять как определенного вида услуги, так и комплексные задачи в рамках нового вида профессиональной деятельности;
- консультативные занятия по отдельным направлениям, определяемым индивидуальными потребностями обучающихся.

На базе симуляционно-тренингового центра организован кабинет «Реабилитация», в котором проводится подготовка специалистов по медицинскому массажу, лечебной физкультуре и физиотерапии.

Кабинет реабилитации оснащён пятнадцатью кушетками для медицинского массажа, креслами-трансформерами, симуляционными тренажерами «новорожденный ребенок» и «ребенок первого года жизни», современными устройствами для проведения общего и индивидуального массажа. Учебная аудитория адаптирована для проведения теоретических и практических занятий. Учебный материал транслируется на широкоэкранных мониторах, используются технические возможности интерактивной доски, что позволяет всесторонне демонстрировать основные массажные манипуляции слушателям.



Банк учебно-методических материалов по специальности «Медицинский массаж» включает в себя методические пособия обучающего и управляющего типа, видеоматериалы и мультимедийные презентации учебной тематики, алгоритмы действий, современные рекомендации по медицинскому массажу. С целью интенсификации и повышения качества образовательного процесса в схему обучения специалистов по массажу включены ситуационные задачи по различным темам, задания в тестовой форме, составлены клинические сценарии моделирующие различные ситуации в лечебной практике.

Достаточный уровень материального и учебно-методического оснащения, современные образовательные технологии позволяют формировать и развивать профессиональные



компетенции специалистов по массажу, включая подготовку рабочего места, подготовку пациента к проведению массажной процедуры на различных областях тела, в зависимости от клинической ситуации, позволяют отрабатывать методики лечебного массажа рекомендуемые при соответствующих травмах и

заболеваниях организма. При отработке навыков детского массажа используются симуляторы детей различных возрастных групп 2-го уровня реалистичности, что позволяет слушателям проводить процедуры с неограниченным количеством повторений, без психологического стресса для обучающегося и риска для пациента. Помимо этого, профессиональные компетенции отрабатываются слушателями на статистах с применением обучающей технологии «Симулированный пациент», что позволяет получить реалистичный физиологический ответ на массажные манипуляции, и симулировать, практически любую клиническую ситуацию. С целью формирования и совершенствования профессиональных компетенций у специалистов в области лечебной физической культуры в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ в 2011 году оборудован тематический кабинет, оснащенный необходимыми мобильными и стационарными средствами физической реабилитации, видео- и аудиоаппаратурой.

Созданные условия позволяют развивать навыки работы с пациентами, имеющими разную степень двигательной активности, в том числе с постельным и палатным режимом при различных патологических состояниях.

Для совершенствования профессиональных навыков у специалистов в области физиотерапии организован тематический кабинет на базе физиотерапевтического отделения БУЗ ОО «Областная клиническая больница». В рамках обучения по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Физиотерапия», слушатели осваивают современное физиотерапевтическое оборудование (аппараты «Лимфавижин», «Интрафон», «Инфита», «Биоптрон», аппаратный ряд серии динамической электростимуляции, оборудование Елатомского приборного завода, аппаратуру для криотерапии и др.), обучаются приемам безопасной работы с различными физическими факторами, изучают инновационные технологии физиотерапевтического лечения. В обучение медицинского персонала включаются элементы симуляционной технологии «Стандартизированный пациент», что позволяет многократно отрабатывать медицинские услуги в области физиотерапии до требуемого уровня мастерства. Физиотерапевтическое отделение областной клинической больницы полностью компьютеризировано и в процессе обучения слушатели знакомятся с работой программы АРМ – регистратор, учатся использовать ее для ведения и анализа учетно-отчетной документации. В процессе подготовки данных специалистов широко используются семинары, мастер-классы и индивидуальные консультации по актуальным вопросам физиотерапии

Важным этапом эффективного обучения является текущий и итоговый контроль знаний и практических навыков. Итоговая аттестация слушателей, освоивших дополнительные профессиональные навыки по различным специальностям в области реабилитации, осуществляется с использованием компьютерных технологий.

В рамках реализации системы менеджмента качества в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ осуществляется постоянный мониторинг качества подготовки специалистов и изучается мнение потребителей образовательных услуг, в том числе по использованию симуляционных методов обучения. По итогам 2017 года удовлетворенность слушателей качеством образовательных услуг составила 98,2% при установленном критерии 95%, а показатель удовлетворенности работодателей качеством повышения квалификации специалистов составляет 96,1% при установленном критерии 90%.

Таким образом, при правильном планировании и организации повышения квалификации медицинских кадров, при использовании положительного опыта мировой практики и имеющихся ресурсов симуляционного обучения будет получен необходимый результат:



- пациенты в рамках лечебных мероприятий получают безопасную и качественную медицинскую помощь;
- медицинский персонал, прошедший обучение, сможет уверенно применять на практике приобретенные умения, легко адаптироваться к изменяющимся условиям работы и современным технологиям;
- руководители медицинских организаций получают снижение риска ответственности за ошибочные действия своих кадров, снижения финансовых затрат, связанных с ятрогениями и в результате - повышение авторитета медицинской организации;
- у государства будет возможность своевременной объективной оценки профессионализма практикующих специалистов, и как результат - обеспечение населения качественной медицинской помощью.

Достижение поставленных целей возможно только при тесном сотрудничестве профессионального обучения и практического здравоохранения.

## **ЭЛЕКТРОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

С.Э. Заварукина

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

Стратегической целью государственной политики в области образования, как отмечено в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020г.», является повышение доступности качественного образования в соответствии с требованиями инновационного развития экономики и современными потребностями общества. Современный человек должен иметь возможность выбора различных форм и способов обучения. Очевидно, что традиционное очное обучение не в состоянии решить ряд социально-экономических проблем не только высшего и среднего, но и дополнительного профессионального образования. Дистанционная форма обучения органично вливается в систему непрерывного образования.

Специалисты по стратегическим проблемам образования называют электронное обучение образовательной системой 21 века. Сегодня на нее сделана огромная ставка. Актуальность темы электронного обучения заключается в том, что результаты общественного прогресса, ранее сосредоточенные в сфере технологий сегодня концентрируются в информационной

сфере. Профессиональные знания требуют постоянного совершенствования. Электронное обучение дает сегодня возможность создания систем массового непрерывного самообучения, всеобщего обмена информацией, независимо от временных и пространственных поясов. Исходя из вышеуказанных факторов можно заключить, что электронное обучение вошло в 21 век как самая эффективная система подготовки и непрерывного поддержания высокого квалификационного уровня специалистов.

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации», под электронным обучением понимается организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих её обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и педагогических работников.

Электронное обучение предполагает использование технических средств и телекоммуникационных сетей для обработки информации и взаимодействия участников образовательного процесса.

Основной целью реализации электронного обучения является повышение уровня доступности качественного образования для различных категорий обучающихся.

Электронное обучение направлено на решение ряда задач:

1. предоставить равный доступ к полноценному образованию разным категориям обучающихся;
2. обеспечить обучающимся возможности выстраивания индивидуальной образовательной траектории;
3. формировать способности к самостоятельной познавательной деятельности обучающихся;
4. развивать дополнительное профессиональное образование в рамках образовательного учреждения на основе использования информационных технологий как комплекса социально-педагогических преобразований;
5. создавать условия для получения дополнительного профессионального образования независимо от местонахождения обучающихся;
6. использовать ресурсы сети Интернет для оптимизации учебного процесса;
7. вовлекать обучающихся в единое информационно-образовательное пространство.

Электронное обучение зарождалось как система поддержки дистанционного обучения, поэтому многие до сих пор отождествляют его с дистанционным обучением.

Под дистанционными образовательными технологиями понимаются образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (т.е. на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников».

В настоящее время деятельность по организации и проведению электронного обучения регламентируется рядом нормативно-правовых документов, в частности Приказом № 816 от 23 августа 2017 года Минобрнауки России «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».

Согласно данному приказу местом осуществления образовательной деятельности является место нахождения организации независимо от места нахождения обучающихся. Организации обеспечивают соответствующий применяемым технологиям уровень подготовки педагогических, научных, учебно-вспомогательных, административно-хозяйственных работников.

Предусмотрено, что образовательные организации самостоятельно определяют порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся (в т.ч. в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий).

Организации самостоятельно определяют соотношение объема занятий, проводимых путем непосредственного взаимодействия педагога с обучающимся. Допускается отсутствие таких занятий в аудитории.

Если образовательные программы (их части) реализуются с применением исключительно электронного обучения, дистанционных технологий, организация обеспечивает идентификацию личности обучающегося.

Организации имеют право осуществлять реализацию образовательных программ или их частей с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, организуя занятия в виде онлайн-курсов. Оценку результатов обучения так же можно организовывать в электронной информационно-образовательной среде.

Освоение обучающимися образовательных программ или их частей в виде онлайн-курсов подтверждается документом об обучении, выданным организацией, реализующей образовательные программы или их части в виде онлайн-курсов. Данный документ дает право обучающимся быть допущенным к промежуточной аттестации по соответствующим учебным дисциплинам (модулям) и т.д. в другом образовательном учреждении, а так же результат обучения может быть зачтен в качестве результата промежуточной аттестации на

основании данного документа. Зачет результатов обучения осуществляется в порядке и формах, установленных организацией самостоятельно.

25.10.2016г. был утвержден Паспорт приоритетного проекта «Современная цифровая образовательная среда в РФ».

Главной целью приоритетного проекта является создание к 2018 году условий для системного повышения качества и расширения возможностей непрерывного образования для всех категорий граждан за счет развития российского цифрового образовательного пространства и увеличения числа обучающихся образовательных организаций, освоивших онлайн-курсы до 11 млн. человек к концу 2025 года. При этом, число обучающихся по основным или дополнительным образовательным программам, прошедших обучение на онлайн-курсах для формального образования с получением документа, подтверждающего результаты обучения, к концу отчетного периода должно составить не менее 1 млн. человек.

Приоритетный проект «Современная цифровая образовательная среда в Российской Федерации» нацелен на создание возможностей для получения качественного образования гражданами разного возраста и социального положения с использованием современных информационных технологий.

Реализация приоритетного проекта должна привести к следующим результатам:

1. Создание системы оценки качества онлайн-курсов и онлайн-ресурсов общего образования, сочетающей автоматическую и экспертную оценку и обеспечивающей обучающихся и образовательные организации достоверной информацией о качестве онлайн-курсов и онлайн-ресурсов.
2. Создание информационного ресурса (портала), доступного всем категориям граждан и обеспечивающего для каждого пользователя по принципу «одного окна» доступ к онлайн-курсам для всех уровней образования и онлайн-ресурсам для освоения общеобразовательных предметов, разработанным и реализуемым разными организациями на разных платформах онлайн-обучения.
3. Интеграция портала с Единой системой идентификации и аутентификации и ГИС «Контингент», за счет чего обеспечивается хранение и передача в электронном виде информации об образовательных достижениях (формирование цифрового портфолио) обучающегося между образовательными организациями.
4. Создание программного обеспечения с открытыми исходными кодами, обеспечивающего повышение качества онлайн-обучения и достоверную оценку результатов освоения онлайн-курсов.
5. Принятие нормативных актов, позволяющих осваивать онлайн-курсы как части основных и дополнительных образовательных программ.

6. Создание открытых онлайн-курсов в области образовательных технологий и региональных центров компетенций в области онлайн-обучения, обеспечивающих обучение сотрудников образовательных организаций всех уровней в целях широкого применения онлайн-курсов для повышения качества образовательных программ.

7. Создание и реализация не менее 3500 онлайн-курсов, результаты освоения которых могут быть зачтены в основных образовательных программах.

Проект завершается в ноябре 2025 года.

Будут разработаны и приняты нормативные акты, позволяющие осваивать размещенные на портале курсы как части основных и дополнительных профессиональных образовательных программ, созданы обучающие онлайн-курсы в области образовательных технологий, обучены не менее 10 000 преподавателей и экспертов.

Таким образом электронное обучение, обладая такими преимуществами как эффективность, гибкость, модульность и параллельность, отвечает требованиям современной жизни. Отсюда все повышающийся интерес к дистанционному обучению в различных его формах. В образовательном сообществе осознано, что у дистанционного обучения хорошие перспективы, связанные с реализацией обучения через всю жизнь.

## **СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

И.В. Иващенко, Е.В. Ларионова

*БУЗОО «Клинический онкологический диспансер», г. Омск*

Одной из актуальных задач, стоящих перед российским здравоохранением, является обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи, что невозможно без хорошо подготовленных медицинских кадров.

На протяжении всей профессиональной жизни технологии выполнения медицинских услуг стремительно меняются, ускоряется процесс обновления знаний, поэтому важным становится постоянное совершенствование и развитие профессиональной компетентности специалистов сестринского дела.

В этих условиях резко возрастает потребность именно в непрерывном профессиональном образовании, которое должно охватывать период подготовки медицинских сестер, начинающийся после завершения базового медицинского образования на протяжении всей профессиональной жизни специалиста, обеспечивать возможность перехода от одного вида

профессиональной деятельности к другому внутри одной профессии, способствовать возможности перехода между различными уровнями ответственности.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» - одно из крупнейших медицинских организаций Омской области. Сестринский персонал нашего диспансера представляет собой большой мобильный коллектив, который серьезно влияет на качество оказания медицинской помощи пациентам.

С 2007 года в диспансере функционирует учебно-методический кабинет, благодаря чему повысилась эффективность решения вопросов повышения квалификации сестринского персонала и организации обучения на рабочем месте.

Понимание непрерывного образования как образования взрослых делает акцент на специфике контингента обучающихся, особенностях его запросов и технологий обучения. Взрослые, как правило, имеют уже как накопленный опыт образовательной деятельности, так и навыки практической работы. Их запросы конкретны и прагматичны, когда речь идет о программах профессионального образования. Кроме этого образование взрослых имеет особые требования к организации обучения. Очень часто оно имеет жесткие временные рамки, поскольку либо протекает одновременно с трудовой деятельностью, либо отрыв от нее предельно сжат по срокам.

При формировании программ конференций, семинаров, мастер-классов мы учитываем современное развитие отечественного здравоохранения, актуальность проблем и их значимость для сестринского персонала, а определение потребности персонала в обучении, выявляем при: внедрении новых технологий в работу сестринского персонала; составлении заявки по программе дополнительного профессионального образования; анкетировании сестринского персонала; анализе результатов аттестации на рабочем месте; анализе результатов тестирования после обучающих мероприятий; анализе результатов заседания предаттестационной комиссии; наблюдении за работой персонала в отделении и взаимодействии их со вспомогательными службами медицинской организации; личном обращении; проведении комплексных обходов комитетов Совета по сестринскому делу.

Оказывая методическую помощь в процессе подготовки к выступлению, мы мотивируем сотрудника на самоорганизацию и раскрытие творческого потенциала, глубокого изучения вопроса, он должен чувствовать поддержку и внимание со стороны коллег.

Обучение на рабочем месте является мощным инструментом получения новых знаний, приобретения умений, формирования навыков, которое можно определить как повышение уровня компетенций сотрудника без отрыва от его профессиональной деятельности через непрерывную практику и взаимодействие с более опытным наставником. При этом мы используем такие методы обучения, как: включение обучаемого сотрудника в процесс

деятельности другого специалиста; наблюдение за процессом работы; стажировки, ротации; целенаправленная передача опыта; сопровождение процесса обучения, обсуждение возможности и опыта применения полученных знаний в реальной практике.

Существует возможность построения индивидуальной образовательной траектории, учитывающей потребности и запросы конкретного сотрудника в приобретении новых знаний. (Освоение смежных специальностей, освоение инновационных технологий и др.).

Для проведения семинаров, мастер-классов в учебно-методическом кабинете есть учебные медицинские тренажеры, благодаря которым можно закрепить практические навыки, наглядно продемонстрировать технологии выполнения медицинских услуг.

Для выработки умений формирования навыка укомплектованы укладки для выполнения медицинских услуг. В качестве методического материала, для подготовки к отработке практических навыков, в кабинете имеется раздаточный материал «Технологии выполнения медицинских услуг».

Пополнению знаний способствует работа над различными рекомендациями для пациентов, информационными или методическими материалами, публикации в периодических профессиональных изданиях.

Не смотря на обилие наименований специальной медицинской литературы, периодических изданий для специалистов сестринского дела, их доступность и востребованность остается весьма незначительной, что подрывает доверие практикующих медицинских сестер к публикациям, не мотивирует их к самообразованию. Для создания мотивации в этом направлении в учебно-методическом кабинете создана библиотека с литературой по всем разделам сестринской деятельности, быстрый поиск нужной информации экономит рабочее время.

Степень владения компьютерными технологиями исключительно важна и при использовании таких образовательных способов, как дистанционное обучение, которое может осуществляться в различных формах, но непременным условием при этом является использование современных коммуникационных технологий, что не всегда может быть доступным для медицинских сестер (отсутствие компьютера, выхода в интернет дома или на работе). Два компьютера в учебно-методическом кабинете с выходом в сеть Интернет расширяет эти возможности.

Создание в диспансере локальной сети и мобильной связи через Интернет обеспечивает быстрый обмен информацией, как внутри стационара, так и с территориально-отдаленным стационаром № 2.

Выпуск информационного листа с 2010 года, позволяет медицинским сестрам быть в курсе событий и мероприятий, проводимых в диспансере (результаты профессиональных

конкурсов, аттестации на рабочем месте, обзор конференций, проектов, мастер-классов и семинаров, не только на местном, а также на региональном и всероссийском уровнях), что является мотивирующим фактором к обучению.

Участие членов профессионального комитета на планерках, заседаниях Совета по сестринскому делу, комплексных обходах способствует более продуктивной работе при взаимодействии с другими комитетами.

Использование симуляционных технологий в современном медицинском образовании позволяет достичь максимального реализма при отработке навыков ухода за пациентом, выполнении различных диагностических и лечебных манипуляций, позволяет добиться выработки умений и формирования устойчивого навыка.

При взаимодействии с Центром повышения квалификации работников здравоохранения, мы регулярно организуем выездные циклы, что мотивирует специалиста на получения новых, полезных профессиональных знаний, а так же экономит время сотрудника.

Взаимодействие с компаниями B.Braun и HARMANN, помогают нам обеспечивать обучение сестринского персонала на рабочем месте с отработкой практических навыков с использованием новейших средств и медицинских технологий, внедряемых в работу в нашем диспансере.

Конкурсы профессионального мастерства являются особой формой повышения уровня квалификации, и участие в них так же может стимулировать поиск новой информации, приобретение новых знаний, позволяет оценить уровень собственной профессиональной подготовки, сравнить собственные достижения с достижениями других участников конкурса. Мотивирующим фактором сестринского персонала к обучению является наличие учета их участия в непрерывном образовании в качестве одного из критериев, учитываемых при присвоении квалификационной категории. Такой формой учета и оценки профессионального роста является портфолио специалиста.

Таким образом, создавая условия для непрерывного профессионального обучения и развития важно предусматривать свободный выбор формы, длительности, места получения новых знаний, поддержания компетенций, необходимых медицинским сестрам в их профессиональной деятельности. Сочетание разных форм образования, использование различных методов его получения позволяет удовлетворить потребность специалистов в актуализации знаний, приобретении необходимых умений и навыков, реализовывать развитие компетенций, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей.



## Библиографический список

1. Симонов В.П. Педагогический менеджмент. – М., 1999
2. Обеспечение непрерывного образования и профессионального развития специалистов сестринского дела как один из важнейших ресурсов повышения качества медицинской помощи / С.Р. Волков, М.М. Волкова // Главная медицинская сестра. – 2015. - № 8. – С. 106-119.
3. Совершенствование профессиональных знаний медицинских сестер через переподготовку и обучение на рабочем месте / Е.В. Зорина и др. // Главная медицинская сестра. – 2015. - № 6. – С. 113-117.
4. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010 – 2020 годы. URL: <https://www.arhmedcolledg.ru/sites/arhmedcolledg.ru/> (дата обращения: 17.04.2015).
5. Непрерывное образование URL: <https://ru.wikipedia.org/>

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА

И.В. Каралова, Э.З. Шмиголь

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

"Знания, которые не пополняются ежедневно, убывают с каждым днем".

Роль непрерывного последиplomного образования среднего медперсонала сегодня повысилась, так как растущие требования к профессиональной компетентности специалистов среднего звена, сделали образование на протяжении всей жизни условием их конкурентоспособности. Идея образования хорошо выражена в пословицах "Век живи - век учись", "Не бойся, что не знаешь - бойся, что не учишься". Вопросы последиplomного непрерывного образования, актуальны по-прежнему и для акушерок. Решение большинства проблем, стоящих перед системой здравоохранения, в значительной степени зависит от квалификации медицинских кадров, непрерывного образования специалистов здравоохранения по программно-целевому принципу с использованием наиболее эффективных форм обучения.

Возрастающая роль образования проявляется в двух наиболее общих функциях, содействующих социализации: профессиональной и личностной.

Первая - призвана обеспечить социализацию через освоение новых профессиональных ролей, развитие профессиональной компетентности и мобильности. Вторая - позволяет

дополнить и обогатить процесс социализации путем приобщения личности к общечеловеческим ценностям, языку, культуре мышления и чувствования, деятельности и общения.

Обучение акушерок в условиях лечебно-профилактического учреждения имеет ряд своих особенностей. Акушерка:

- осознает себя самостоятельной, самоуправляемой личностью
- накапливает все больший запас жизненного, профессионального, социального опыта, который становится важным источником обучения её самой и её коллег
- её готовность к обучению (мотивация) определяется её стремлением при помощи учебной деятельности решить свои жизненно важные проблемы и достичь конкретной цели
- стремится к безотлагательной реализации полученных знаний, умений, навыков и качеств
- её учебная деятельность в значительной мере обусловлена временными, пространственными, профессиональными, бытовыми, социальными условиями.

Акушерка совмещает учебную деятельность с участием в сфере оплачиваемого труда.

В процессе последипломного обучения средних медработников были выявлены следующие проблемы:

- отсутствие дифференцировки по исходным знаниям, т.е. уровням обучения;
- отсутствие потребности и мотивации в дальнейшем образовании уже через 5-10 лет работы в результате отсутствия ежедневного планирования своей деятельности, приводящей к раннему «профессиональному выгоранию»;
- интерес в получении документа о прохождении обучения, нежели в получении новых знаний;
- обучение без отрыва от работы в силу необеспеченности кадрами;
- необеспеченность материально-технической базы (нехватка кабинетов, компьютеров), в результате чего работа по старому принципу, т.е. «помощник врача», вместо «партнёра врача»;
- повышение квалификации 1 раз в 5 лет;
- нежелание вникать в суть заданной темы, следовательно, правильного и грамотного выполнения и представления самостоятельной работы слушателя
- некачественное последипломное обучение поставщика образовательных услуг, представленных частными медицинскими учреждениями, иногда и колледжами;

- безответственное и халатное отношение к вопросам последипломного образования заказчиков со стороны ЛПУ, несущих непосредственную ответственность за обучение своих сотрудников.

В настоящее время актуальность приобретает медицинское просвещение, воспитание ответственности за свое здоровье. Согласно ВОЗ, 50% здоровья зависит от самого человека. Традиционно деятельность по медицинскому просвещению населения, обучению пациентов принадлежит врачебному персоналу, однако в новых экономических условиях в связи с увеличением нагрузки, укрупнении участков, у врачей остается все меньше времени на решение проблем пациента.

Акушерка ближе всех к страданиям женщины, и именно на нее сегодня ложится часть функций, которые в прежние годы выполнял врач.

Труд акушерки получает сегодня научное обоснование, а новый подход позволяет упорядочить работу акушерки, совершенно по другому рассматривать сотрудничество врач-акушерка, врач - акушерка - женщина. Однако, при проведении нами психологического тестирования, 85% акушерок до сих пор не уяснили этого сотрудничества, где главную роль отводят не служению своей профессии, не женщине, а своим ежедневным функциям, как заполнение журналов, занесение данных в компьютер и т.д. Обучение не должно быть принудительным. В этом случае оно приводит к тому, что акушерки снимают с себя внутреннюю ответственность, за результат образовательной деятельности. Использование информационно-коммуникативных технологий в процессе последипломного обучения положительно влияют как на развитие речи у акушерок, налаживанию контакта с беременными и членами семьи; совершенствованию деонтологических навыков, на форму выражения культурного уровня, так и на профессиональное умение работать с компьютером (поиском нужной информации, согласно выбранной теме самостоятельной работы слушателем). Прошло время, когда самостоятельная работа слушателей представляла собой бездумное механическое списывание информации из интернета (слово в слово), безграмотного также в техническом оформлении. Современные требования к самостоятельной работе заставляют слушателей более ответственно выполнять данную работу, из информационно-познавательной формы в научно-практическую, творческую деятельность. Привитие навыков находить информацию, проработать её содержание, взять из неё самое необходимое, изложить понятным языком, выложить грамотно суть. Такая прелюдия подготовит в дальнейшем, акушерок, к участию в написании научных статей совместно с профессорско-преподавательским составом и участию их в работе научно-исследовательских проектов. Процесс последипломного образования среднего

медицинского работника эффективен, когда человек ставится в позицию исследователя, вырабатывающего совместно с другими собственные решения. Отсюда возрастающая роль организации обучения в малых группах, модульное построение процесса обучения, использование ситуационных задач.

Уровень теоретической и практической подготовки в современных условиях перерос из модели «помощника врача» в модель «партнёра врача». До начала и после окончания курсов должно проводиться анкетирование и психологические тесты, которые выявили слабые места и проблемы в организации работы среднего медперсонала, в отсутствии мотивации к обучению, изложенные нами в начале данной статьи. Новая, приближённая к практике тематика, заинтересовала бы слушателей и, из пассивного объекта, они преобразовались в активный объект, с творческим подходом, осознавая необходимость:

- в непрерывном обучении
- в обновлении своих знаний
- интегрировании новых знаний
- коррекции своих профессиональных навыков
- усовершенствовании на протяжении всей своей профессиональной жизни.

Такой метод обучения становится продуктивным как для преподавателя, так и для слушателей курсов повышения квалификации, который выражается в следующем:

- повышением познавательного уровня над базовым
- овладение творческого подхода к полученной информации или в процессе поиска необходимой информации
- улучшение и развитие речевых навыков, что особенно необходимо для просветительской работы с населением
- повышение культурного уровня.

Результаты такого метода обучения являются также показателем компетентности преподавателя, не только как носителя информации, как было ранее, но и как психолога, творческого научного работника, востребованного, идущего в ногу с современными требованиями. Оценку качества определяют результаты анкетирования после окончания курсов. В современной ситуации образование дипломированных акушерок с практическим опытом в ЛПУ - это стадийный, целостный, пожизненный процесс.

На сегодняшний день для организации и управления качественного процесса необходимо непрерывное повышение квалификации среднего медперсонала путем использования различных форм и методов обучения и активизации мотивации к саморазвитию и самосовершенствованию.

### Библиографический список

1. Блохина М.В. Обучение медицинских сестер на рабочем месте: перспективы развития, преимущества, возможности управления/ М. В. Блохина // Главная медицинская сестра. - 2005. - № 7. - С. 107-111.
2. Мошетова Л.К., Задворная О.Л. Непрерывное медицинское образование – фактор развития кадров здравоохранения и основа качества медицинской помощи. // Офтальмологические ведомости. – 2011. – Т. 4. №2. – С.4-7.

### ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ

О.В. Кулябина, Т.И.Проценко

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

«Учение, лишённое всякого интереса и взятое только силой принуждения, убивает охоту к овладению знаниями».

(К.Д. Ушинский)

В связи с процессами модернизации системы образования, идущими в РФ, изменяются подходы к самому понятию «образование», расширяются его границы за счет принципов непрерывности, индивидуальности, опережающего характера.

Особое внимание уделяется последипломному образованию, которое является неотъемлемой частью образования взрослых и направлено на совершенствование профессиональной подготовки, возможности профессионального роста и личностного развития специалиста на протяжении всей профессиональной жизни. Целью последипломного образования является удовлетворение высших потребностей личности в развитии, саморазвитии, самоактуализации, соответствующих профессиональным требованиям и запросам общества.

Осуществление этого возможно только при осознанной и целенаправленной потребности специалиста к саморазвитию, осуществляемой в том числе и посредством ПДО.

Потребность в образовании в настоящее время — одна из фундаментальных потребностей человека и общества. Образовательные потребности можно рассматривать как необходимое условие нормального функционирования и развития личности современного специалиста.

Как известно, на уровне личности любая потребность основывается на целой мотивационной системе, в которую входят интересы, ценности, установки. В настоящее время высокую

мотивацию к непрерывному образованию имеют лишь около 5% специалистов, среднюю - 35%, а низкую приблизительно около 60%.

Мотивация специалистов к обучению должны формироваться в процессе профессиональной деятельности, непосредственно в медицинской организации, которая заинтересована в высокопрофессиональных кадрах, а также исходить как от самого субъекта труда (непосредственно профессионала), ощущающего недостаток собственных компетенций.

Оказывая целенаправленное влияние на мотивационные состояния личности, можно существенно повлиять на мотивированность к обучению и развитию.

Управление процессом формирования и развития мотивации взрослых обучающихся возможно не только в процессе профессиональной деятельности, но и непосредственно в процессе обучения (при повышении квалификации, переподготовки и т.д.). Даже если человек вне своего желания вовлечен в процесс обучения, учебная деятельность при адекватной ее организации, наличии соответствия профессиональным и личностным потребностям, может вызвать у обучающегося специалиста интерес и высокую мотивированность к обучению.

Данные, полученные в некоторых исследованиях по педагогической психологии, позволяют говорить, что высокая позитивная мотивация может играть роль компенсаторного фактора в случае недостаточно высоких специальных способностей или недостаточного запаса требуемых знаний, умений и навыков, что особенно актуально для взрослой аудитории.

Иными словами, никакой высокий уровень способностей не может компенсировать низкую учебную мотивацию или ее отсутствие и, таким образом, не может привести к высокой успешности учебной деятельности.

Учебная мотивация определяется специфическими факторами (И. А. Зимняя):

- самой образовательной системой, образовательным учреждением, где осуществляется учебная деятельность;
- организацией образовательного процесса;
- субъектными особенностями обучающегося (возраст, пол, интеллектуальное развитие, способности, уровень притязаний, самооценка, взаимоотношения с другими учениками и т. д.);
- субъектными особенностями педагога (отношение к ученику, к своему делу);
- спецификой учебного предмета.

Однако андрагогические особенности ПДО обуславливают отказ от традиционных, апробированных подходов к управлению потребностями в обучении специалистов и требуют научного обоснования в управлении мотивационных процессов. Они должны

оптимизировать включение человека в образовательную деятельность с учетом его индивидуальных особенностей и психологического потенциала. Для этого могут быть задействованы различные формы обучающих мероприятий: консультации, тренинги (мотивационный тренинг; тренинг поведения и общения в типовых ситуациях и деловых отношениях; тренинг средств индивидуальной психологической защиты в стрессовых ситуациях и др.). Данные мероприятия могут включаться непосредственно в учебные планы, а при ограниченных сроках обучения – в иные формы работы.

Кроме этого психологические особенности познавательной активности взрослых обуславливают применение особых технологий обучения, направленных на профессиональное развитие всех составляющих личности специалиста: компетентности, профессионально важных качеств и психофизиологических свойств. Эти формы и методы относятся к личностно ориентированным технологиям.

Многие исследователи придерживаются мнения, что лучшая мотивация – это самомотивация, особенно, когда речь идет о взрослых обучающихся, но во многом мотивация к обучению зависит и от условий в которых осуществляется учебный процесс (преподаватель, учебная группа, окружение). Особенно важным в обучении, по мнению П. Воллера, является психологическая и социальная поддержка преподавателя – что является возможно одной из основных задач преподавателя - андрагога.

Таким образом, учитывая все вышесказанное, можно сказать, что для достижения успешной учебной деятельности во взрослой аудитории необходимо всесторонне исследовать и проанализировать мотивы, побуждающие взрослого человека к обучению, выяснить его потребности, интересы, установки и склонности, совокупность которых оказывает значительное влияние на результат обучения. Основываясь на этих сведениях должны быть спланирована мотивационная стратегия и политика образовательного учреждения, реализуемая в деятельности каждого педагога.

ПДО должно быть ориентировано на повышение мотивации к достижению человеком высшей степени свободы в процессе своего обучения, а именно - в приобретение им такого уровня компетентности которые позволят ему самостоятельно организовать процесс своего обучения и стать - homo autostudens - человеком самообучающимся.

### **Библиографический список**

1. Зеер, Э. Ф. Психология профессионального образования: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Э. Ф. Зеер. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Издательский центр "Академия", 2013.

2. Пидкасистый, П. И. Педагогика / П. И. Пидкасистый, В.А. Мижериков, Т.А. Юзефовичус; под. ред. П.И. Пидкасистого. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Академия, 2014.
3. Воробьев, С. В. Формирование мотивации к обучению у студентов- медиков с помощью информационно-коммуникационных технологий / С. В. Воробьев // Среднее профессиональное образование. - 2016. - N 2. - С. 50-52.
4. Зимняя, И. А. Учебная деятельность как специфический вид деятельности / И. А. Зимняя // Инновационные проекты и программы в образовании. - 2014. - N 1. - С. 3-14.
5. Махаева, Б. О. Современные педагогические средства совершенствования занятий в колледже / Б. О. Махаева // Среднее профессиональное образование: приложение к научно-методическому журналу СПО. - 2014. - N 7. - С. 113-118.
6. Перетягина, Е. В. Мотивация как фактор учебной деятельности студентов / Е. В. Перетягина // Вестник среднего профессионального образования. - 2016. - N 3. - С. 2.
7. Шаруева, Н. В. Роль учебной мотивации студентов медицинского колледжа в формировании профессиональных компетенций / Н. В. Шаруева, И.И. Бекирова // Медсестра: Научно-практический журнал. - 2013. - N 11. - С. 62 -65.

## **КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ**

О.В.Лычагина

*БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск*

В последнее десятилетие во всех средствах массовой информации обсуждаются этапы так называемой перестройки и оптимизации системы здравоохранения в России. Основанием для таких жарких дискуссий стали многочисленные публикации в центральной печати и по телевидению о низкой квалификации, неэтичном поведении и мздоимстве российских врачей. При этом никто, обращаем внимание, никто из авторов этих обличительных статей, выливая грязь на головы наших медиков, не счел необходимым подробно и квалифицированно разобраться в сложившейся ситуации и дать конкретные предложения по ее исправлению.

Процесс зашел так далеко, что потребовалось вмешательство органов центральной власти и лично президента страны. На состоявшемся в декабре 2016 года круглом столе в Государственной думе были предприняты попытки анализа причин такого катастрофического положения в российской медицине и выработки стратегии преобразования нашей системы здравоохранения.



В своем докладе руководитель департамента Министерства здравоохранения РФ Т.В. Семенова заверила, что руководство страны предпринимает шаги на устранение имеющейся проблемы, в частности дефицита и качества подготовки медицинских кадров в стране. Ссылаясь на Указ Президента РФ В.В. Путина (№ 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012 года), в котором был обозначен «комплекс мер по устранению кадрового дефицита в здравоохранении», автор доложила, что в каждом регионе разработаны и утверждены кадровые программы. В них заложены «ключевые индикаторы и комплекс мероприятий, направленных на повышение квалификации специалистов, а также меры поддержки дефицитных специальностей в здравоохранении».

Но, судя по этим «индикаторам», состояние здравоохранения стало еще более плачевным. Если в 2011 году в стране работали 619 400 врачей, то в 2016 – 594 000.

По данным руководителя департамента, ежегодно по разным причинам из здравоохранения уходят 54 тыс. врачей (и 122 тыс. работников среднего звена). Поэтому дефицит врачей в отрасли в настоящее время составляет 35 тыс. (а медсестер, акушерок и фельдшеров – 270 тыс. человек). Приведенные факты показывают, что новый этап «перестройки и модификации» должен быть не декларативным, а продуманным и продуктивным. Для этого необходим глубокий объективный анализ причин такого провала и разработка действительно эффективных мер по выходу нашего здравоохранения на достойный уровень. Это необходимо не только с профессиональных, но и с социальных и этических позиций, потому что здоровье нации – это основной капитал государства, важнейший двигатель его экономического, политического и духовного процветания.

В то же время реалисты утверждают, что причины всех бед заключаются в мизерной оплате труда и педагогов-врачей и вообще медиков, чем снижается мотивация для приобретения медицинских профессий, а также в недостаточной материально-технической базе медицинских вузов: отсутствии помещений для проведения аудиторных занятий, лабораторий; хроническом дефиците современной медицинской диагностической и лечебной аппаратуры для обучения студентов; отсутствии программ и отсутствии методической литературы, дающих возможность проводить учебный процесс по единому современному стандарту.

В связи с этим Министерством здравоохранения РФ разработан новый «комплекс мер, включающий три основных направления: совершенствование, планирование и использование кадровых ресурсов, усовершенствование системы подготовки специалистов, формирование и расширение системы стимулирования медицинских работников». Как

реальный шаг, рекомендовано «увеличить долю целевого приема студентов на медицинские специальности», которая в 2016 году составила лишь 38% от запланированного.

Итогом работы круглого стола стало принятие рекомендаций правительству РФ рассмотреть возможность финансирования строительства клиник при медицинских вузах в рамках программы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Но реализация этого плана по строительству практически невыполнима, поскольку бюджетное финансирование здравоохранения правительством РФ в 2017 году сокращено до 363 млрд рублей, т.е. по сравнению с 2016 годом уменьшено на 181 млрд. рублей (на 33,3%) Таким образом, очевидно, что в сложившейся ситуации необходим поиск эффективных, но менее затратных путей реорганизации здравоохранения, основанных на конструктивных предложениях профессорско-преподавательского состава медвузов, квалифицированных организаторов здравоохранения, практических врачей, студентов, так как последним в ближайшей перспективе предстоит реализовать намеченные программы.

Целесообразность такой инициативы показали проведенные нами социологические исследования. По результатам анонимного анкетного опроса 432 студентов-выпускников двух медицинских вузов установлено, что только 197 из них (45,5%) считали себя всесторонне подготовленными к самостоятельной работе. При этом 333 студента (77,2%) жаловались на недостаточную клиническую подготовку и только 39 (9,1%) – на нехватку теоретических знаний. Согласно данным других авторов, на слабые клинические и теоретические знания указывали 29,0% респондентов.

Одной из главных причин такого удручающего положения, следует признать, является отсутствие надлежащих условий (помещений, современного медицинского оборудования и др.) для проведения практических и лабораторных занятий.

Не секрет, что в большинстве вузов клинические кафедры расположены на базе лечебных учреждений практического здравоохранения, где полномочным хозяином является главный врач. Поэтому от его понимания и взглядов на условия проведения учебного процесса зависит и предоставление помещений для учебных комнат, и разрешение на использование медицинской аппаратуры для учебных целей, и регламент работы студентов в палатах, манипуляционных, операционных, т.е. основные факторы, определяющие клиническую подготовку будущих врачей.

К тому же совершенно абсурдным с юридических позиций выглядит пункт в утвержденном Минздравом «Временном положении о клинической больнице», согласно которому заведующий кафедрой, не являясь штатным сотрудником больницы, подчиняется по лечебной работе главному врачу.

Таким образом, находясь в статусе «приживалок» на клинических базах, кафедры фактически лишены возможности строить учебный процесс в соответствии с современными требованиями к практической подготовке будущих врачей. Оптимальным выходом из сложившейся ситуации, по нашему мнению, должно быть не строительство новых клинических баз, а передача крупных больниц и родовспомогательных учреждений медицинским вузам, где руководителями клиник следует назначать заведующих профильными кафедрами. Штаты в таких учебно-производственных комплексах (зав. отделениями, лабораториями) необходимо комплектовать из опытных клиницистов-профессоров, доцентов, ассистентов, в функции которых должна входить организация не только лечебного, но и учебного процесса. С финансовой стороны такая модернизация обойдется государству значительно дешевле, чем строительство новых клиник, нужна только «политическая воля», т.е. всесторонне продуманный консенсус министерств высшего образования, здравоохранения и финансов.

### **Библиографический список**

1. Александрова, О. Ю. Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи / О. Ю. Александрова, О. А. Нагибин, М. Б. Горелов // *Здравоохранение*. – 2013. – № 5. – С. 80–88.
2. Алмазов, А. А. ЕГИСЗ: новые возможности для главного врача / А. А. Алмазов, В. В. Абрамов, В. В. Сапрыкина // *Здравоохранение*. – 2013. – № 9. – С. 54–58.
3. Большакова Т.С. Совершенствование системы финансирования здравоохранения федерального подчинения в связи с проблемой повышения эффективности планирования и использования ресурсов // *Экономика здравоохранения*. – 2013. – № 1 (51). – С.14-16.
4. Дьяченко, В. Г. Управление качеством медицинской помощи: учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2013. – 696 с.
5. Калягин, А. Л. Вступление в должность руководителя медицинской организации / А. Л. Калягин, Л. А. Павлюк // *Главврач*. – 2013. – № 5. – С. 54–57.
6. Медик, В. А. *Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.*
7. Стародубов, В. И. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров // *Менеджер здравоохранения*. – – № 3. – С. 6-15.
8. Хальфин Р.А. Оптимальное использование основных фондов учреждений здравоохранения федерального подчинения и проблемы привлечения внебюджетных источников финансирования. – *Экономика здравоохранения*, – 2013. – №1 (51). – С.17-18.

9. Развитие инновационной инфраструктуры здравоохранения – <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3039>
10. Ресурсы современной системы здравоохранения. Социологический анализ – <http://www.ibl.ru/konf/041208/64.html>
11. Существующие стратегии эффективного использования ресурсов здравоохранения – <http://www.medlinks.ru/sections.php?artid=3090&op=viewarticle>
12. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире – <http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/lang,ru/>

## **ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ СЕСТРИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Н.Н.Николаева

*ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Омской области», г.Омск*

Перспективы развития сестринской деятельности связаны с ее информатизацией и использованием информационных технологий при решении задач развития общественного профессионального сестринского движения.

Сегодня становится необходимым создание развитой информационно-коммуникативной инфраструктуры. Актуальность вопроса создания информационно-аналитических комитетов обусловлена целым рядом факторов, среди которых особо следует выделить возрастание роли информационного обеспечения при решении задач профессионального образования, научных исследований, внедрения инновационных технологий, защиту интересов сестринской профессии, а также многофакторность и разнообразие проблем, требующих решения. В целом информационно-аналитическая деятельность должна представлять собой информационный образ ОПСА, адекватно отражающий реальную и ретроспективную ситуацию, особенности и тенденции ее развития и отдельных сфер ее деятельности.

Наличие информационно-аналитических комитетов в составе Советов по сестринскому делу— это первый шаг, следующий — создание единого информационного пространства.

Основной функцией информационно-аналитической деятельности является обеспечение обратной связи между ОПСА и ее членами, совершенствование механизма, позволяющего определять степень удовлетворенности пользователей информации, которую необходимо рассматривать как важный фактор в системе мотивации членов ОПСА и как один из основных показателей эффективности и результативности.

Информационно-аналитический комитет играет существенную роль в повышении результативности использования информации, ее систематизации, обработке, аккумулировании и экспертизе. В соответствии с этими задачами следует обдумывать и выстраивать систему информационно-аналитического обеспечения.

Основные требования к информационно-аналитическим комитетам в части сбора информации состоят в следующем

- предоставить информацию;
- предоставить информацию в необходимом объеме;
- предоставить информацию в необходимое время.

Некоторые полагают, что информационно-аналитической службе достаточно собрать и обобщить информацию, предоставить ее руководству и после этого ее работа заканчивается.

В действительности, информация должна быть в состоянии постоянного изучения и аналитического контроля для того, чтобы в любой момент можно было предоставить руководителю готовые материалы необходимого уровня обобщения по интересующему его вопросу.

Возглавляет список группа задач, связанная с сопровождением и аналитическим обеспечением деятельности ОПСА и Совета по сестринскому делу: информационное сопровождение мероприятий, проводимых на общебольничном, региональном, всероссийском и международном уровнях (конференции, форумы, конгрессы, симпозиумы, семинары, вебинары, тренинг-курсы, мастер-классы, выставки и др.), в которых участвует сестринский персонал медицинской организации.

Вторую группу составляет сбор и анализ информации, связанной с взаимодействием с конкретными целевыми группами и подготовкой различных мероприятий:

- участие в организации просветительских мероприятий по воспитанию у сестринского персонала, студентов образовательных медицинских учреждений и населения активной гражданской позиции, основанной на гуманизме и милосердии;
- привлечение к деятельности ОПСА сестринского персонала медицинской организации;
- мотивация сестринского персонала для публикаций в журнале «Вестник РАМС», научных достижений и передового опыта в сестринском деле с целью повышения престижа профессии и повышения личного профессионализма.

Перейдем к рассмотрению каналов и различных форм контактов, которые используются в работе для взаимодействия с различными целевыми аудиториями:

- оказание консультативной и методической помощи сестринскому персоналу медицинской организации в его профессиональной деятельности;

- проведение собраний с членами ОПСА в медицинской организации с целью освещения деятельности общественных сестринских организаций;
- регулярное размещение и обновление информации о деятельности Совета по сестринскому делу, ОПСА, РАМС, МСМ на информационном стенде «Наша сестринская ассоциация»;
- выпуск информационного листка (газеты) для информирования сестринского персонала медицинской организации о деятельности общественных организаций;
- распространение методической литературы и журнала «Вестник РАМС».

Наряду с опосредованными каналами, в качестве источника информации не последнюю роль продолжают играть личные встречи.

Тем не менее, можно говорить об определенной тенденции, связанной с существенным увеличением интернет-каналов.

Внешние информационные каналы: печатные СМИ, сайты РАМС, ОПСА, Министерства здравоохранения РФ, Министерства здравоохранения Омской области, медицинских образовательных учреждений, дополнительные интернет-ресурсы, информационно-поисковые системы.

Внутренние источники информации об организации:

- нормативные документы (приказы главного врача по сестринской деятельности);
- устные распоряжения председателя Совета по сестринскому делу;
- протоколы заседаний Совета по сестринскому делу;
- планы учебно-методического кабинета;
- архив (летопись) медицинской организации, Совета по сестринскому делу.

Очевидно, информационно-аналитический комитет готовит большое количество материалов.

Ниже приведен обобщенный перечень этих материалов:

- результаты анкетирований и опросов;
- проекты просветительских мероприятий;
- информация на стенде «Наша сестринская ассоциация»;
- выпуск информационного листка (газеты);
- результаты мониторинга интернет-источников;
- отчет о своей деятельности.

Комитет формируется из руководителей сестринского персонала медицинских организаций и ключевых членов ОПСА, ориентированных на достижение цели в профессиональном образовании, внедрении инновационных технологий и научных исследований.

Уровень квалификации любого специалиста формируется не только за счет определенного опыта и знаний. Одну из основных ролей здесь играют, с одной стороны нормы и ценности

на которые специалист опирается в работе, а с другой - личные качества, которыми он обладает: оперативность, аналитический склад ума, коммуникабельность, кругозор, открытость, честность, объективность, умение выражать свои мысли.

Аналитическая деятельность - это добавляющий ценность процесс непрерывного совершенствования, планирования, проектирования, измерения и функционирования систем информации, который направляет действия организации, мотивирует поведение ее членов, поддерживает и создает культурные ценности, необходимые для достижения стратегических, тактических и оперативных целей организации.

## **ОТ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ**

Ю.П. Носова

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

Современной тенденцией российского общества становится увеличение доли пожилых людей в общей структуре народонаселения страны. По официальным данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января 2018 года численность населения старше трудоспособного возраста (пенсионеров) насчитывала 37362 тысячи человек, что составляет четвертую часть жителей страны [1]. Интересен тот факт, что в данной возрастной категории наибольшую численность составляют лица 70 и более лет. Сложившаяся демографическая ситуация выдвигает на передний план проблемы старения и организации медико-социальной помощи пожилым людям.

Стратегия организации медицинской и социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, представленная в нормативных правовых документах федеральных ведомств, направлена на сохранение и поддержание физической и функциональной активности, максимально возможной самостоятельности в повседневной жизнедеятельности, социальную и психологическую адаптацию пожилых [2]. Особое внимание к данной возрастной категории людей требует и специального комплекса профессиональных знаний и навыков, в связи с чем актуальным становится необходимость подготовки квалифицированных специалистов в области социальной геронтологии и гериатрии.

В Центре повышения квалификации работников здравоохранения Омской области (БУ ДПО ОО ЦПК РЗ) уделяется большое внимание вопросам обучения специалистов среднего звена и младшего медицинского персонала особенностям работы и профессиональному уходу за пациентами пожилого и старческого возраста.

Подготовка медицинских работников по вопросам оказания гериатрической помощи в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ осуществляется по следующим направлениям:

1. Обучение по дополнительным профессиональным программам (повышения квалификации, профессиональной переподготовки), программам профессионального обучения.

Поскольку пожилые люди представляют собой особую социальную общность с характерными физиологическими и возрастными потребностями, психологическими особенностями, медико-социальными проблемами, в программы обучения по ряду специальностей и направлений профессиональной подготовки («Медико-социальная помощь», «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Общая практика», «Диетология», «Лечебная физкультура», «Медицинский массаж», «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» и др.) включены разделы и темы, отражающие специфику работы с данной категорией пациентов.

На учебных занятиях обучающиеся овладевают профессиональными знаниями об этапах старения, анатомо-физиологических и возрастных изменениях органов и систем, соматических заболеваниях и психических расстройствах в пожилом и старческом возрасте, психологических проблемах возраста и способах их разрешения, деонтологии и организации гериатрического ухода, мерах медико-социальной поддержки пациентов. На практических занятиях отрабатываются умения осуществлять уход за пациентами со старческой астенией и другими гериатрическими синдромами.

2. Проведение мастер-классов и симуляционных тренингов в рамках системы непрерывного профессионального образования специалистов практического здравоохранения.

На протяжении нескольких лет БУ ДПО ОО ЦПК РЗ организует дополнительные образовательные мероприятия для медицинских работников без отрыва от их основной профессиональной деятельности. Современное оборудование и тренажеры разного уровня реалистичности симуляционно-тренингового центра учреждения позволяют реализовать практико-ориентированный подход к обучению и использование в образовательном процессе симуляционных технологий. Мастер-классы и тренинги обеспечивают максимальную имитацию клинических сценариев и отработку профессиональных навыков медицинских работников в условиях, приближенных к профессиональной деятельности.

Тематика мастер-классов и симуляционных тренингов связана с использованием инновационных технологий в профессиональной деятельности медицинских работников:

- процедуры общего медицинского ухода за пациентами;
- специальный медицинский уход за пациентами с различной патологией;



- инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом;
- современные технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств;
- современные технологии ухода за стомированным пациентом;
- медицинская помощь при неотложных и экстремальных состояниях.

Данные мероприятия позволяют специалистам в условиях малокомплектных групп отработать и совершенствовать следующие профессиональные умения, необходимые в гериатрической практике:

- проводить оценку функционального состояния пациента, нарушения потребностей человека, получающего уход;
- создавать безопасную окружающую среду для пожилого человека;
- оказывать помощь пациенту с ограниченной мобильностью при передвижении, использовать технические средства малой реабилитации;
- осуществлять гигиенические процедуры, организацию питания и кормления пациентов с недостаточностью самостоятельного ухода и самообслуживания;
- выполнять процедуры ухода за пациентами с различными заболеваниями, стомированными пациентами, инкурабельными больными;
- выполнять технологии инвазивных вмешательств;
- обучать пациентов и их родственников приемам самоухода и ухода;
- проводить мероприятия по профилактике возможных осложнений и травматизма;
- оказывать неотложную медицинскую помощь и осуществлять реанимационные мероприятия.

Выполняемые слушателями практические манипуляции, происходящие в симуляционном зале во время тренинга, снимаются на видеокамеру с целью последующего разбора допущенных ошибок и дальнейшего их исправления в ходе повторных тренинговых упражнений. Этим самым достигается долгосрочный эффект выживаемости практических навыков медицинских работников, необходимых для профессиональной деятельности, что, в свою очередь, обеспечивает «успешное» старение людей старших возрастных групп [3]. Особую значимость практические обучающие занятия приобретают для специалистов – организаторов школ ухода для пациентов в медицинских организациях.

За 2014-2018 учебные годы проведено 417 мастер-классов и тренингов по современным технологиям ухода за пациентами, на которых прошли обучение 5113 специалистов сестринского дела.

3. Проведение обучающих тематических семинаров для медицинских работников по актуальным вопросам профессиональной деятельности.

Одной из форм непрерывного профессионального образования медицинских работников является система постоянно действующих семинаров, которая начала практиковаться в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ с 2002 года. В настоящее время постоянно действующие семинары проводятся по 19 направлениям, в рамках каждого из которых в течение учебного года согласно утвержденному плану предполагается серия занятий. Общее количество тем семинаров превышает 110 наименований.

Специалисты, работающие с пациентами пожилого и старческого возраста, проявляют интерес к следующим семинарам:

- актуальные вопросы сестринского дела;
- основы профилактической работы с населением;
- основы медицинской психологии;
- паллиативная помощь населению;
- доврачебная медицинская помощь при неотложных состояниях.

В рамках представленных направлений участники семинаров обсуждают вопросы, затрагивающие этико-деонтологические аспекты профессиональной деятельности, психологические особенности работы с пациентами геронтологического профиля, основные подходы к диагностике, лечению и профилактике основных групп неинфекционных возраст-ассоциированных заболеваний, особенности оказания паллиативной помощи престарелым, пути и возможности поддержания здорового образа жизни в пожилом и старческом возрасте. Обучение построено по каскадному принципу передачи знаний от преподавателей и ведущих специалистов системы здравоохранения к представителям медицинских организаций с последующим доведением полученной информации до коллег. Такая форма повышения квалификации дает возможность охватить широкий круг заинтересованных работников актуальной информацией. Кроме того, использование видеотранслирующих online-технологий при проведении семинаров позволяет проводить обучение специалистов на рабочих местах и привлекать к процессу обучения сестринский персонал отдаленных районов Омской области. Только за последний учебный год на семинарах было обучено свыше 10 тысяч работников медицинских организаций.

БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, являясь ведущим учебно-методическим центром дополнительного профессионального образования в регионе, принимает активное участие в организации и проведении научно-практических конференций различного уровня для специалистов практического здравоохранения, а также организации стажировок и обучения педагогических работников медицинских образовательных организаций различных регионов

страны и государств ближнего зарубежья. Используемый опыт учреждения по обучению специалистов сестринского дела, несомненно, вносит значительный вклад в развитие профессиональной компетентности медицинских работников гериатрической службы, что помогает обрести уверенность в различных сферах жизнедеятельности пожилым и престарелым людям, способствуя продлению их активного долголетия, сохранению и улучшению качества жизни.

### **Библиографический список**

1. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/)
2. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. N 164-р «О Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. N 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»; Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 23 апреля 2018 г. N 12-3/10/П-2728 «Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения» (Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации).
3. Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 23 апреля 2018 г. N 12-3/10/П-2728 «Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социальной защиты населения» (Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации).

### **ИЗ ЗАПИСОК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

А.А. Осипова

*АСУСО ОО «Нежинский геронтологический центр» г. Омск*

Как говорил легендарный древнегреческий поэт-баснописец Эзоп: «Не стыдись учиться в зрелом возрасте: лучше научиться поздно, чем никогда».

Сегодня, в эпоху инноваций, новых знаний и технологий, изменения концепции образования приходится соответствовать требованиям и идти в одну ногу со временем. Поколение медицинских сестер 1990 – 2000х гг. оказывается еще быстрее вытесненным следующей генерацией молодых специалистов, владеющих более современными технологиями и подходами к решению научных и прикладных задач во всех сферах жизни общества. Всю

свою жизнь медицинская сестра старается соответствовать существующим в обществе нормам и правилам, учиться, работать, потом снова учиться, получая от этого удовольствие, развиваясь профессионально и духовно.

О непрерывном медицинском образовании я узнала на планерке от главной медицинской сестры, которая всегда нам доводит информацию о новшествах в мире медицины, об актуальных приказах и темах, которые помогут нам оставаться грамотными и компетентными в вопросах разной медицинской направленности.

И так, исходя из приказа № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа № 926 «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 г.» я узнала, что непрерывное медицинское образование (далее – НМО) - это система образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков медицинских работников в течение всей жизни, а также постоянное повышение их профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций. НМО является дополнительным профессиональным образованием, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки. Основная цель НМО – обеспечение гарантии гражданам РФ, что в медицинских организациях оказывается качественная и безопасная медицинская помощь в соответствии с международными показателями.

Непосредственно я, работаю медицинской сестрой Автономного стационарного учреждения социального обслуживания Омской области «Нежинский геронтологический центр», в котором грамотные старшие медицинские сестры, под руководством главной медицинской сестры, подбирают современные актуальные темы и организуют конференции, семинары, мастер – классы, техучебы.

В нашем учреждении мы постоянно совершенствуем свои знания и умения, отвечая на поставленные задачи на высшем уровне. В связи, с распространенностью и большим количеством заболеваний у наших получателей социальных услуг медицинская сестра всегда должна знать как повести себя в той или иной экстренной ситуации, как грамотно и высоко квалифицированно определить неотложное состояние и какую помощь оказать в данном случае. Как высоко эффективно организовать все уходовые мероприятия, сподвигнуть наших проживающих к элементарному самообслуживанию и самоходу.

Поэтому НМО не сводится к совокупности профессионально обусловленных знаний, умений, навыков, а включает широкий взгляд на профессиональную область и на самого медицинского работника как действующего специалиста, принимающего в ней ответственные решения. Концепция НМО расширяет взгляд медицинской сестры на саму

себя и свою способность к социальному действию благодаря развитию ценностно-смыслового отношения к профессии и профессиональному становлению, рефлексии опыта как своего собственного, так и своих коллег, в том числе опыта ошибок, способов их предотвращения и преодоления их последствий.

Во всей системе НМО функционально выделяются три основных раздела:

непосредственное («контактное») обучение в образовательной организации (очные практические занятия, лекции, семинары и обсуждения, очные экзамены);

дистанционное обучение (электронные лекции, вебинары, учебные модули с итоговыми тестами для контроля);

самостоятельное обучение (посещение конференций и семинаров, написание научных работ, статей в медицинские журналы, участие в подготовке национальных руководств и др.).

Зачастую, медицинская сестра является частым пользователем интернета и для очных посещений лекций и семинаров у нее практически нет свободного от основной работы времени, часть новых знаний мы стараемся получить там. И для удобства всех медицинских работников сейчас в рамках системы НМО функционируют 2 основных Интернет-ресурса:

Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России - <http://edu.rosminzdrav.ru>.

Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования - <http://www.sovetnmo.ru>.

Конечно наше непосредственное («контактное») обучение в образовательном учреждении очень важная вещь, но для многих медицинских сестер есть одно НО..... В НМО прописано, что каждый специалист должен за год накопить не менее 50 кредитов (50 часов образовательной активности), а за 5 лет – не менее 250 кредитов (кредит – единица измерения образовательной активности специалиста; 1 кредит = 1 академический час (45 мин)), для нас вызывает сложность получения кредитов, т.к. на базе БОУ ОО «ЦПК РЗ» из года в год одинаковые темы для семинаров и мастер – классов. А теперь предлагаю подумать, где же обычная рядовая медицинская сестра должна накопить кредиты из одинаковых тем, это скучно и не имеет широкой направленности. Недавно зарегистрировалась на портале информационной поддержке специалистов ЛПУ – [zdrav.ru](http://zdrav.ru), но к сожалению бесплатный доступ мне удалось получить только на четыре дня, за которые я успела правда ознакомиться с новыми статьями в здравоохранении и даже прошла тест и успела заработать сто бонусных баллов, но теперь сайт предлагает мне только платную подписку. Вообще, так как я считаю, себя специалистом и могу высказывать свое мнение, я считаю, что часть НМО для медицинских работников должна быть бесплатной.

И все таки, если вы спросите меня, сколько нужно учиться для полного счастья и чувства гордости собой? Отвечу на этот вопрос пословицей: «Век живи, век учись». Естественно, что всего на свете знать попросту невозможно, потому как совершенству нет предела. Знания раскрывают мне глаза на многие вещи, которые происходят в мире и жизни людей. Поэтому, учиться никогда не поздно, нужно всего-то иметь желание, и как только вы начнете побеждать собственные страхи и преодолевать поставленные задачи – вашему наслаждению не будет предела.

### **Библиографический список**

1. Цитата по авторам – <http://itmydream.com/citati/man/ezop#share-190772>.
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: (утвержден ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.) // Система ГАРАНТ информационно – правовое обеспечение – <http://www.garant.ru/>.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 ноября 2017 г. N 926 "Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года" ГАРАНТ. РУ: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71750330/#ixzz5PjRXsLeP>
4. Борисов Д.А. О непрерывном медицинском образовании, накоплении кредитов и аккредитации медицинских работников –<http://www.privatmed.ru/article/38/1698/2234/>.

## **РОЛЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Т.В. Плетнева

*БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск*

Педиатрия – это, прежде всего, сфера приложения душевных сил взрослого человека, профессионально призванного помочь заболевшему ребенку. Слагаемые эффективности сестринского ухода за маленьким пациентом известны. Медицинской сестре необходима непрерывная работа над совершенствованием собственных морально-этических качеств, воспитание в себе привычки к личному самоограничению там, где речь идет о действенной помощи маленькому пациенту. Она обязана непрерывно улучшать свои специальные, профессиональные навыки.

Современная жизнь ставит перед медицинскими сестрами столь же современные задачи. Прогресс медицинских технологий способствует более эффективной, нежели прежде, победе над болезнями. Это бесспорный факт, но главные принципы ухода за пациентами остались неизменными: милосердие, умноженное на прочные знания. Тем более, если дело медицинской сестры заключается в сохранении здоровья ребенка.

Областная детская клиническая больница – крупнейшее детское лечебное учреждение на территории Омской области. Статус обязывает весь медицинский коллектив быть в лидерах лечебного процесса. Сестринское дело не может при этом оставаться в стороне. Цель создания в ОДКБ учебно-методического кабинета частично объясняется в самом названии, но требует дополнительного, подробного пояснения. Необходимо учитывать, что организационная и научно-методическая помощь учебно-методического кабинета персоналу нашей больницы происходит в условиях общего реформирования сестринского дела в стране. Налицо большой поток информации, которую должна усвоить медицинская сестра. Как известно, медицинский опыт – это, трудный, коллективный опыт, результат накопления специальных знаний многими поколениями наших предшественников. И здесь совершенно очевидна позитивная роль региональной профессиональной сестринской ассоциации. Ее методический центр работает как штаб по комплектованию и упорядочению необходимых, специальных сведений, по формированию единого информационного пространства во всем, что касается передовых принципов организации сестринского дела. Достаточно заглянуть не только в кабинет главной медицинской сестры нашей МО, но и на рабочие места других руководителей сестринского дела в МО города Омска и Омской области, чтобы увидеть изданные ОПСА методические руководства, весь комплект нормативно-регламентирующей документации. Очень важно, что все эти пособия изучаются не в одиночку.

Хотелось бы привести ряд примеров работы учебно-методического кабинета нашей больницы в подготовке медицинской сестры детского отделения.

Среди разнообразных направлений проводимой работы есть несколько основополагающих. В первую очередь, это создание и совершенствование системы непрерывного образования и повышения квалификации сестринского персонала, организационно-методическая поддержка, проведение научных исследований в сестринском деле, а также информационная деятельность. Что касается форм функционирования самого учебно-методического кабинета, то мы исходим из того, что преимущество отводится не только работе созданных у нас творческих, инициативных групп, но и организации индивидуальных занятий с каждой медицинской сестрой больницы.

Примером проведения круглых столов, организованных учебно-методическим кабинетом, может служить круглый стол на тему: «Больница, доброжелательная к медицинской сестре».

От замысла и детальной разработки тематики форума до интересной дискуссии и, по ее итогам, - практических выводов, - все явилось плодом коллективного, творческого труда. Круглый стол проводился среди старших медицинских сестер; его результат – положительное решение ряда рассмотренных вопросов на уровне администрации МО в лице главного врача.

Одной из эффективных форм по анализу работы сестринского персонала является анкетирование. Анкеты разрабатываются не только для молодых специалистов – медицинских сестер, но в обязательном порядке – для детей старшего возраста и родителей. Достоинство любого анкетирования заключается в том, что по его результатам легче проанализировать сестринскую работу, - как в части профессиональных навыков, так и в части этико-психологических аспектов. Мы исходим из того, что без полноценной обратной связи медицинской сестры с тем, кому она стремится помочь, ее работа не может быть признана эффективной и действенной.

Следует добавить, что в отличие от предыдущих лет, сегодня у медицинской сестры имеется возможность в более полном объеме знакомиться с достижениями коллег посредством разнообразных печатных и электронных источников знаний – местного, общероссийского и даже международного уровня. Информационная составляющая – одно из звеньев работы учебно-методического кабинета. Своевременность и доступность информации формирует основу профессиональной деятельности медицинской сестры.

На базе учебно-методического кабинета организована библиотека, в которой содержится специальная, профессиональная литература, а также видеоматериалы с учебными фильмами. Серьезное значение в современных условиях имеет организация и проведение научных исследований в сестринском деле. Стимулируя это направление, Российская ассоциация медицинских сестер и Омская профессиональная сестринская ассоциация, дают медицинским сестрам возможность творчески проявить себя в качестве исследователей-практиков, показать уровень профессиональной подготовки в условиях новых сестринских технологий. Так, в результате совместной работы учебно-методического кабинета ОДКБ, областного медицинского колледжа в лице заместителя директора по научно-практической работе Татьяны Михайловны Кузнецовой и ОПСА подготовлены рекомендации «Организация работы медицинской сестры детских отделений в условиях технологии «Сестринский процесс». В нашей больнице данные рекомендации получили применение в отделении 2-го этапа выхаживания недоношенных детей.

Продолжается разработка, внедрение, апробация, мониторинг и коррекция стандартов сестринской деятельности, инновационных сестринских технологий в педиатрии. Кроме собственных наработок, в Областной детской клинической больнице приветствуется и



практически используется новаторский опыт медицинских сестер из других регионов нашей страны. Поэтому основной смысл функционирования учебно-методического кабинета Областной детской клинической больницы состоит в том, чтобы вывести передовые профессиональные знания на качественно новый уровень, широко обсудить их, грамотно обобщить и применить на практике. Мы не останавливаемся на достигнутом и ставим перед собой новые задачи:

- разработка стратегии и осуществление программы непрерывного профессионального образования и повышения квалификации специалистов сестринского дела в соответствии с требованиями наступающей аккредитации
- развитие и обучение персонала для увеличения его вклада в достижения МО и повышения качества медицинской помощи
- осуществление кадровой политики МО для привлечения, сохранения, и развития сестринских кадров
- выявление и развитие сотрудников с лидерским потенциалом, планирование и подготовка резерва (руководителей, специалистов)
- сохранение и дальнейшее развитие имиджа организации
- увеличение членства в Омской профессиональной сестринской ассоциации до 90 %.

#### **Библиографический список**

1. Педагогика в медицине/Под ред. Н.В.Кудрявой. – М.: Академия, 2006 – 320с.;
2. Белагурова В.А. Научная организация учебного процесса. – М., ГЭОТАР – Медиа, 2006 – 320с.;
3. Б. М. Бим-Бад. Педагогический энциклопедический словарь. - М.: Большая Российская энциклопедия, 2008. - 528 с.;
4. Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. Изд.7 –е Ростов на Дону.: Феникс, 2006 – 704с.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ОБУЧАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СИСТЕМЫ СПО**

И.А. Поздеева

*БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»*

Образовательные технологии — это необходимый инструмент современного преподавателя, повышающий профессиональное мастерство, помогающий подготовить студентов не только к профессиональной деятельности, но и определяющий способность к критически оценивать своих достижений. Инновационные образовательные технологии обеспечивают образовательные потребности каждого студента в соответствии с его индивидуальными особенностями, они взаимообусловлены, взаимосвязаны и составляют систему, направленную на воспитание открытости, честности, доброжелательности, сопереживания, взаимопомощи.

В условиях обучения в медицинском колледже возможно применение практически любых инновационных образовательных технологий, таких как обучение в сотрудничестве; технология проектно-исследовательской деятельности; технология профессионально-ориентированного обучения (Кейс-метод); технология интеллект-карт; информационно-коммуникационные технологии (IT –технологии); технология дистанционного обучения; технология развивающего обучения; проблемное обучение; разноуровневое обучение; технология модерации; система инновационной оценки «портфолио»; технология использования в обучении игровых методов; технология развития критического мышления; технология АМО (активных методов обучения); здоровьесберегающие технологии.

Эффективное внедрение инновационных технологий в преподавание профессиональных дисциплин возможно на основании научного анализа их возможностей и оценки их потенциала, а для дальнейшего совершенствования или разработки новых, важно знать и умело применять методологию проектирования. Современные образовательные технологии меняют приоритеты взаимодействия субъектов образовательного процесса — от трансляции знаний к созданию условий для успешной реализации личностного потенциала учащихся и проявления субъектных свойств в учебно-познавательной, научно-исследовательской, учебно-профессиональной, информационно-поисковой или контрольно-оценочной деятельности.

В среднем медицинском профессиональном образовательном учреждении как структурном элементе системы непрерывного медицинского образования необходимо создавать условия для саморазвития каждой личности, усиливая роль самоорганизации студентов, таким

образом, повышается потребность в новых технологиях актуализации, развития и самоорганизации личностного потенциала студентов, формирования профессиональной ориентированности.

Преподавателю важно выбрать и умело использовать в своей педагогической практике инновационные образовательные технологии с учетом границ применения и условий, повышающих эффект от их применения.

При организации образовательного процесса в системе СПО особую роль приобретают технологии организации самостоятельной работы студентов, так как обучение не ограничивается непосредственным контактом субъектов на занятиях в рамках расписания.

Усиливается актуальность инновационных социальных технологий и гуманитарных способов их применения в профессиональной деятельности в связи с открытостью новому знанию и новым технологиям, новым условиям жизни и деятельности, новым способам общения требует активного применения в образовательной практике освоения диалогических и коммуникативных технологий.

Современные условия предоставляют возможность получения образования через применение информационных технологий, и требуют внедрения новых педагогических технологий работы с учебной, научной или профессиональной информацией.

Быстрая смена медицинских технологий требует от выпускника жизненного, личностного и профессионального самоопределения, умения решать профессиональные и социальные проблемы, стремления повышать уровень своего образования и профессионализма в течение всей трудовой деятельности.

Студенты должны овладеть технологиями выбора и принятия решений, развития критического и диагностического мышления, самоорганизации.

В современных условиях преподаватель поставлен перед необходимостью обеспечения высокого качества образовательных результатов без особых финансовых вложений со стороны государства, а это возможно при активном внедрении современных методов и технологий.

Поиск новых технологий связан с появлением в образовательных учреждениях современной техники для работы с учебной и научной информацией (компьютеры, Интернет, мультимедийная, аудио-, видеотехника) и необходимостью эффективно и целесообразно ее использовать. Данное обстоятельство требует обновления средств и форм работы с информацией и студентами. А значит, усиливается потребность в обогащении арсенала технологий контроля и оценки учебных достижений, общения во время учебного занятия или на экзамене, проведения учебных занятий, организации самостоятельной деятельности и проведения консультаций.

Для повышения эффективности своего труда преподаватель должен быть заинтересован в надежных современных технологиях для снижения трудоемкости ресурсов и затрат, уменьшения разброса, дисперсии качества ее результатов.

В следствии перехода на реализацию компетентностного и модульного подхода, резко изменились характер, время и направленность взаимодействия преподавателей со студентами, студентов с учебной и научной информацией, студентов с пациентами, сотрудниками медицинских учреждений.

Оптимизация процесса реформирования современного образования требует формирование инновационной среды, средствами современных технологий; среда выступает интегрирующим фактором всех аспектов организации образования.

Таким образом, активное применение современных информационных, социальных, коммуникативных и других видов технологий в образовательной практике поможет повысить качество образовательного процесса, сделать обучение и общение комфортным.

Повышается эффективность учебного процесса за счет представления и усвоения большего количества информации в единицу времени, повышается доступность информации, свобода выбора освоения образовательных программ; оптимизируются расходы на обеспечение образовательного процесса. Снижается нагрузка на преподавателя и студента. У выпускников повышается уровень общей компетентности в работе с информацией, техникой и людьми, делая их успешными и толерантными в жизни и профессии, повышает готовность учиться в течение всей жизни и осваивать новые профессиональные технологии, умение сотрудничать, грамотно организовывать не только свою собственную деятельность, управлять самим собой, собственной жизнью, но и быть успешным в совместной деятельности.

#### **Библиографический список**

1. Алексеева, Л. Н. Инновационные технологии как ресурс эксперимента/ Л. Н. Алексеева// Учитель. - 2004. - № 3. - с. 78.
2. Аверченко Л. К., Доронина И. В., Иванова Л. И. Имитационная деловая игра как метод развития профессиональных компетенций // Высшее образование сегодня. — 2013 — № 10 — С. 39.
3. Бычков, А. В. Инновационная культура/ А. В. Бычков// Профильная школа. - 2005. - № 6. - с. 83.
4. Горева Е. А., Мицкевич С. Э. Современные технологии в образовании студентов педиатрического факультета// Сборник научных трудов по итогам международной

межвузовской науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы и достижения в медицине». — Самара, 2014 — С. 112–115.

5. Горева Е. А., Петренко А. В., Мицкевич С. Э. Мотивация творческой деятельности студентов в современном образовательном процессе// Сборник научных трудов по итогам международной межвузовской науч.-практ. конф. «Перспективы развития науки в области педагогики и психологии». — Челябинск, 2014 — С. 50–52.

6. Дебердеева, Т. Х. Новые ценности образования в условиях информационного общества/ Т. Х. Дебердеева// Инновации в образовании. - 2005. - № 3. - с. 79.

7. Наумов Л. Б. Учебные игры в медицине. — М., 2007 — 46 с.

8. Современные образовательные технологии: учебное пособие / коллектив авторов ; под ред. Н.В. Бордовской. — 3-е изд., стер. — М.: КНОРУС, 2016. — 432 с.

9. Сластенин В.А. и др. Педагогика: Учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов; Под ред. В.А. Сластенина. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 576с

10. Подласый И. П. Педагогика: Новый курс : учебник для студентов: в 2 кн. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001 — Кн. 1 — 576 с.

11. Ступина С. Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе: учеб.-метод. пособие. — Саратов: Наука, 2009 — 52 с.

## **РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Л.А. Пономарева, Н.Г. Бурлова, Ю.Ю. Баринаова, Г.Е. Холодковская  
*ГБПОУ СО «Сызранский медико-гуманитарный колледж», г. Сызрань*

«Роль образовательной организации» рассматривается нами как процесс и как результат деятельности по обеспечению отрасли необходимым объемом кадровых ресурсов, соответствующих запросам медицинских организаций на определенном этапе их деятельности.

Здравоохранение Самарской области - это сбалансированная система. Одним из важнейших факторов, обеспечивающих баланс системы, является адекватное пополнение и обновление кадровых ресурсов, в том числе специалистами со средним медицинским образованием. Сызранский медико-гуманитарный колледж является одной из трех крупных профессиональных образовательных организаций в Самарской области, осуществляющих

подготовку специалистов медицинского профиля и единственным на территории Правобережья Волги. Контингент колледжа составляет -1371 человек, из них медицинского и фармацевтического профиля - 960 человек. Количество реализуемых программ по направлению здравоохранение - 8 ППССЗ и 39 программ ДПО.

Создание эффективных механизмов, формирующих устойчивые прямые и обратные связи между работодателями и соискателями, включая прогноз потребности специалистов, открытые и доступные информационные ресурсы, - ответственная задача образовательной организации. Процесс регулирования структуры и объемов подготовки в соответствии с кадровыми потребностями отрасли и экономики региона является многокомпонентной, многофакторной, многоуровневой системой, и осуществляется на региональном, территориальном (муниципальном) уровнях, уровне образовательной организации.

Ориентиром для определения прогнозной востребованности выпускников становится совместное участие колледжа в прогнозном исследовании регионального рынка труда каждые два года. Показатели прогнозной востребованности специалистов на рынке труда по специальностям, предложенным для формирования контрольных цифр приема, демонстрируют высокую оценку численности рабочих мест по специальности «Сестринское дело» (25743) и соответствующую прогнозную востребованность к 2019 г. (1540) и к 2022 г. (1412). В целом отмечается высокая ежегодная прогнозная востребованность до 2022 г. по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Фармация», «Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», при высоком показателе ежегодного обновления персонала.

Направления подготовки, по которым осуществляется прием в ГБПОУ «СМГК», входят в число востребованных на рынке труда.

Имеется необходимость создания условий для удовлетворения кадровых потребностей региона на уровне образовательной организации путем реализации системного интегративного подхода. Так, колледжем реализуется целевой проект «Профориентационная работа в условиях конкурентного окружения». В контексте реализации Целевого проекта при формировании предложений к контрольным цифрам приёма были сделаны акценты на диверсификацию специальностей, обучение «взрослого населения», актуализацию получения образования по очно-заочной форме обучения, реализацию «коротких программ», реализация предпрофильного обучения.

Системный интегративный подход реализуется через взаимодействие с социальными партнерами в части подготовки кадров на территориальном уровне в формах:

- участия представителей работодателей в разработке и утверждении образовательных программ;

- участия работодателей в работе государственных экзаменационных комиссий в качестве председателей и преподавателей профессиональных модулей;
- участия работодателей в проведении промежуточной аттестации обучающихся, в частности в форме квалификационных экзаменов по профессиональным модулям;
- предоставления работодателями мест стажировок для преподавателей колледжа;
- проведения совместных «круглых столов», совещаний по вопросам организации образовательного процесса;
- предоставления работодателями заявок на последующее трудоустройство выпускников;
- создания единой информационной профессиональной образовательной среды;
- деятельности учебно-производственных центров профессиональных компетенций, центр симуляционного обучения;
- реализация модели дуального обучения.

Направления деятельности, механизмы реализации разноплановы. Система социального партнерства реализуется посредством договорных обязательств. В качестве основного условия выступает принцип его открытости, добровольности обязательств по совместной качественной подготовке. В соответствии с договорами созданы все условия для проведения практических занятий и прохождения производственной практики.

В колледже совместно с работодателями функционирует Совет содействия трудоустройству и занятости выпускников, который оказывает помощь выпускникам в трудоустройстве.

Таким образом, осуществляя взаимодействие с социальными партнерами, колледж получает возможность:

- реализовать практико-ориентированное обучение, в том числе через наставничество;
- координировать процесс профессиональной адаптации выпускников и гарантировать трудоустройство;
- совершенствовать подходы к профориентационной деятельности;
- обеспечить экспертизу качества практической подготовки выпускников.

Социальные партнеры, в свою очередь, получают возможность: получить специалиста, соответствующего потребностям работодателя, подготовленного на основе единства требований к уровню компетентности; осуществлять работу по непрерывному профессиональному развитию.

Система социального партнерства дает колледжу возможность своевременно реагировать на внешние и внутренние изменения, происходящие в экономике и социальной сфере региона, лучше адаптироваться к рыночным условиям. Именно системность работы с социальными партнерами, включающей планирование, прогнозирование, внедрение инновационных

технологий, обеспечивает высокие показатели результативности деятельности, что влияет на поддержание положительного имиджа колледжа.

Самой проблемной из задач в реализации модели практико-ориентированного обучения следует считать выявление квалификационных дефицитов. Поэтому в Сызранском медико-гуманитарном колледже с 2015 г. ведется работа по выявлению квалификационных дефицитов специалистов на основе исследования требований работодателей к квалификации работников с учетом профессиональных стандартов.

В 2016 году было проведено исследование квалификационных дефицитов младшего медицинского персонала. В 2017 году проведен анализ квалификационных дефицитов среднего медицинского персонала по должности палатная медицинская сестра медицинских организаций г.о.Сызрань.

Также в колледже проведено исследование по изучению оценки процесса профессионального развития специалистов среднего звена в части определения его образовательной активности и достигнутых результатов. В качестве инструмента оценки был выбран социологический метод в виде опроса, на основе разработанного теста.

В основу формирования вопросов положена предложенная нами комплексная система оценки непрерывного медицинского образования специалиста. Инвариантный компонент – это результаты повышения квалификации в образовательном учреждении и организационные инновации (работа в центре симуляционного обучения, работа в информационной среде и проведение сестринских исследований). Вариативный компонент - дополнительные образовательные мероприятия (участие в конференциях, мастер-классах, конкурсах профессионального мастерства и т.д). Тест-опрос состоял из 58 тестов.

Практическим результатом исследования по оценке индивидуальных результатов непрерывного медицинского образования стал алгоритм взаимодействия отдельного объекта исследования с разработанной программой ЭВМ; программа выполнена в среде Delphi 7. Она включает в себя электронную базу ответов на тесты и математическую модель оценки индивидуальных интегральных показателей, характеризующих индивидуальные результаты, соответствующие так называемой «диагностической» зоне, в которой находится интегральный показатель конкретного специалиста.

Нами разработан и обоснован способ оценки результатов непрерывного медицинского образования на основе системного многофакторного анализа, позволяющий оценить состояние системы в целом и в динамике, рассчитать индивидуальный интегральный показатель специалиста, выявить наиболее значимые факторы, влияющие на систему, проводить планирование индивидуального образовательного маршрута.



Таким образом, в колледже создана гибкая адаптивная система взаимодействия со всеми субъектами интеграции на структурно-функциональном и содержательном уровнях.

Колледж мобильно реагирует на потребности отрасли, своевременно меняет структуру и содержание образовательных программ, внедряет современные практико-ориентированные технологии образования, а также проводит персонифицированную оценку непрерывного профессионального развития специалистов на последипломном уровне. Системный интегративный подход позволяет оценить состояние системы, выявить «уязвимые» компоненты, управлять и прогнозировать развитие системы подготовки специалистов здравоохранения в целом.

## **НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

О.В.Ружина

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

Одним из приоритетов государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, совершенствования системы профилактики заболеваний и повышения доступности и качества медицинской помощи. Важнейшей задачей системы здравоохранения является перенос акцента в деятельности медицинских организаций на профилактику заболеваний, обучение населения навыкам здорового образа жизни.

Ведущая роль в профилактике заболеваний и пропаганде гигиенических знаний отводится медицинским работникам. Целью непрерывного профессионального образования средних медицинских работников в области медицинской профилактики является подготовка высококвалифицированного специалиста, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в области проведения профилактических мероприятий и пропаганды здорового образа жизни и являющего собой пример приверженности здоровому образу жизни и культуре здоровья.

В связи с актуальностью обучения специалистов здравоохранения современным формам профилактической работы с населением в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ поставлена задача – совершенствование у слушателей компетенций по виду профессиональной деятельности: «Проведение профилактических мероприятий». В соответствии с требованиями

квалификационной характеристики специалистов со средним медицинским образованием разработаны дополнительные профессиональные программы повышения квалификации, содержащие программу профессионального модуля «Проведение профилактических мероприятий». В процессе освоения программы профессионального модуля специалист со средним медицинским образованием получает практический опыт планирования, организации и проведения мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, по обеспечению безопасной среды для пациентов и медицинского персонала с использованием современных научно-обоснованных и рекомендованных к применению медицинских технологий. Результатом освоения программы профессионального модуля является совершенствование и развитие профессиональных компетенций: проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента, окружения; участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

С целью приобретения обучающимися позитивного социального опыта в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ реализуется инновационный проект «Развитие системы непрерывного образования специалистов здравоохранения» в рамках, которого организован постоянно действующий семинар «Основы профилактической работы с населением» для средних медицинских работников лечебно-профилактических организаций. На занятиях семинара особое внимание уделяется вопросам укрепления здоровья населения через формирование здорового образа жизни методами гигиенического воспитания, сокращение потребления алкоголя и табака, мотивации к здоровому образу жизни населения за счет поддержания резервов здоровья и использования здоровьесберегающих технологий. Важной задачей обучающего семинара является формирование у средних медицинских работников правильного представления о здоровом образе жизни и соответствующих психологических установок, направленных на стремление и желание заботиться о своем собственном здоровье и здоровье населения.

В ходе семинара «Основы профилактической работы с населением» используется мультимедийное и видеотранслирующее оборудование, с целью улучшения восприятия информации слушателями. Медицинские работники практического здравоохранения Омской области проявляют большой интерес к вопросам укрепления здоровья населения методами и средствами медицинской профилактики. Так, в 2016-2017 годах семинар посетили 873 специалиста со средним медицинским образованием. Средние медицинские работники, завершившие обучение на семинаре по отдельной теме получают сертификат, подтверждающий объем учебного времени. Специалистам, прослушавшим весь курс семинара и набравшим объем учебного времени более 16 часов, выдается удостоверение о

повышении квалификации. Для успешной реализации каскадного принципа «Обучился сам - обучи других» все участники семинара получают комплект информационных и методических материалов, с помощью которых они проводят занятия в своих медицинских организациях, передают полученные знания своим коллегами и активно применяют их в своей профессиональной деятельности.

В рамках системы непрерывного профессионального образования медицинских работников Омской области в БУ ДПО ОО ЦПКРЗ для самостоятельной подготовки специалистов системы здравоохранения изданы учебно-методические пособия: «Роль сестринского персонала в профилактике желчнокаменной болезни», «Профилактика рака молочной железы», «Роль сестринского персонала в профилактике описторхоза», «Гигиеническое воспитание в формировании здорового образа жизни населения», «Основы медицинской профилактики», «Роль медицинского персонала в профилактике аллергозов», «Иммунопрофилактика», «Профилактика железодефицитной анемии у детей», «Роль медицинского работника в профилактике заболеваний щитовидной железы».

Достоинством данных методических пособий является их высокая практическая значимость в профессиональной деятельности средних медицинских работников. В учебно-методических пособиях подчеркивается роль специалиста со средним медицинским образованием в выявлении и коррекции факторов риска развития заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и повышении мотивации граждан к укреплению здоровья.

Эффективная реализация стратегии профилактики заболеваний возможна только при наличии подготовленных медицинских кадров в этой области. Проводимая в рамках системы непрерывного профессионального образования в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ углубленная подготовка по вопросам проведения профилактических мероприятий и формированию здорового образа жизни, позволяет изменить сложившиеся стереотипы в работе среднего медицинского персонала и повысить их профессиональную компетентность, качество и эффективность профилактической работы в медицинских организациях. Обучение специалистов здравоохранения современным формам профилактической работы с населением должно стать ведущим направлением повышения квалификации в системе непрерывного профессионального медицинского образования.

### **Библиографический список**

- 1.Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников: учебное пособие / под ред. С.И.Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В.А. Медик, В.И. Лисицин– М.: Гэотар-Медиа, 2016.

3.Проведение профилактических мероприятий: учебное пособие / под ред. С.И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

## **МЕТОДИКА ПОСТРОЕНИЯ ЗАНЯТИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРЕНИНГ-ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Л.В. Савина

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

«Скажи мне – и я забуду,  
покажи мне – и я,  
может быть, запомню,  
вовлеки меня – и я пойму»

Китайская пословица

Динамически развивающиеся процессы, связанные с научными открытиями, изменениями социальных условий жизни и требованиями к личностным характеристикам, профессионализму медицинского работника, ставят задачу постоянного совершенствования образовательных программ для подготовки специалистов в области медицины и общественного здравоохранения, их мобильности, выражающейся в изменении форм и технологии обучения, объеме информации, получаемой обучающимися.

Синтез образования, науки и инновационной деятельности, позволяющий разрабатывать и внедрять новые образовательные технологии мирового уровня, позволяет формировать и развивать у слушателей ЦПК медицинских работников города Омска профессиональные компетенции, обеспечивающие их конкурентоспособность на международном рынке медицинских услуг.

Одним из наиболее широко применяемых современных методов обучения в ЦПК является применение тренинг-технологий, а именно симуляционного обучения. Практические занятия с использованием симуляционного оборудования направлены на развитие самостоятельности слушателей, углубление, расширение, закрепление полученных теоретических знаний и развитие профессиональных и общих компетенций, учебных и профессиональных умений слушателей. Они предполагают выполнение слушателями под руководством преподавателя одной или нескольких конкретных задач и направлены на формирование у слушателей практических умений, развитие навыков командной работы,

коммуникативной компетентности, а также понимания области применения теоретических знаний в медицинской практике.

Ежегодно увеличивающаяся потребность в медицинских работниках способствует развитию симуляционных программ обучения и их широкому применению в медицинских школах.

Медицинское и профессиональное образование развивается в направлении расширения программ коммунального обучения, а непрерывное образование часто приводится в соответствие с моделью медицинского и профессионального образования. Использование стандартизированных пациентов (СП) и механическое моделирование реальной работы с больным помогают слушателям освоить основные клинические и мануальные умения, необходимые для работы. Использование симуляции знакомит с темами, представленными на больших дидактических занятиях, или укрепляет полученные знания. Оно позволяет анализировать индивидуальные и групповые взаимодействия и обеспечивает обратную связь в режиме реального времени со слушателями. Комбинированные модели обучения используются во всех медицинских школах и программах клинического обучения, позволяя слушателям приобрести необходимые клинические умения, сформировать профессиональное отношение и поведение и создать базу общих знаний. Программы симуляции могут быть адаптированы к потребностям слушателей и требованиям учебного плана, они не ограничивают доступ к реальным пациентам и не представляют для них опасности. Слушателям часто приходится участвовать в оценке клинических результатов, куда входит оценка анамнеза, физикального обследования, технических и коммуникационных навыков, а также их базовых знаний и клинических умений.

Использование Стандартизированного пациента широко распространено при проведении курса «Инфекционных болезней для среднего медицинского персонала. При поступлении больного в инфекционное отделение его встречает медсестра, рассказывает ему о режиме отделения, правилах гигиены, правильном питании. Она определяет его в палату, информирует о необходимых исследованиях. Медицинская сестра должна контролировать выполнение санитарями санитарно-гигиенического режима отделения.

Медицинская сестра должна наблюдать за состоянием больных, о его изменениях она должна немедленно сообщать врачу и уметь при необходимости оказать экстренную помощь. Больные выделяют возбудителей в окружающую среду, для предупреждения распространения инфекции медсестра должна знать особенности течения инфекционных заболеваний, пути распространения инфекции, способы передачи инфекции здоровым людям, методы лечения инфекционных заболеваний. На фоне инфекционного процесса у больных часто наблюдаются лихорадка, интоксикация. Многие инфекции протекают с развитием токсического поражения центральной нервной системы больного, это может

привести к развитию нервно-психических нарушений. К таким больным необходим особый подход, медсестра должна уметь успокоить больного, найти с ним общий язык. Нужно помнить, что психическое здоровье больного играет большую роль в его выздоровлении.

В период выздоровления инфекционный больной истощен, ослаблен, у него наблюдаются расстройства пищеварения, работы сердечно-сосудистой системы, других систем, однако состояние больного часто удовлетворительное. Инфекционному больному необходимо полноценное, калорийное питание. Медсестра должна знать об этом и следить за питанием больного. Тяжелобольные требуют регулярного кормления, небольшими порциями, но часто. Обычно такие пациенты не могут принимать пищу самостоятельно из-за выраженной слабости и интоксикации, помогать им должна медсестра, проявляя терпение и заботу. Медицинская сестра должна постоянно следить за состоянием больного, измерять его давление, частоту пульса, дыхания, проводить термометрию. Медсестра должна следить за частотой дыхания больного, изменением частоты и характера дыхания, наличием кашля, мокроты.

Некоторые инфекционные заболевания протекают с развитием нарушения сознания и развитием психозов. Медсестра должна особо наблюдать за состоянием таких больных, при психическом возбуждении больного нужно фиксировать в кровати, ввести седативные препараты, срочно вызвать врача.

Правильно организованный уход, проведение адекватного лечения позволяют больному быстрее вернуть здоровье, даже в самых тяжелых случаях. Чуткое и заботливое отношение медицинского персонала играет такую же важную роль в облегчении состояния и выздоровлении больного, как и этиопатогенстическое лечение.

Протокол СП включает индивидуума, обученного воспроизводить синдром или проблематичные поведенческие реакции последовательно через клинические взаимодействия. СП обучают симулировать реального пациента для того, чтобы медицинский работник не смог определить, что СП - это актер. Настоящая методика СП позволяет не только информировать слушателя о наличии тех или иных симптомов, но и воспроизводит анамнез заболевания, язык тела и физикальные данные, а также эмоциональные характеристики и особенности личности, свойственные реальному пациенту. СП обычно используются для оценивания ряда медицинских ситуаций, воспроизводимых в образовательных целях в контролируемой учебной среде.

Использование СП также обеспечивает безопасность реальных пациентов за счет перехода от дидактического обучения в учебной аудитории к работе с реальными пациентами в клинических условиях. При использовании СП у слушателей имеются такие возможности, как остановить или повторно начать занятие, что способствует лучшему усвоению. Такая

гибкость полезна для обучающихся, поскольку они приобретают умения и опыт поведения в таких критических ситуациях, как оценивание риска суицида, склонности к совершению убийства и жестокого обращения.

Методология СП применима во всех медицинских дисциплинах и специальностях, а также при обучении в сфере психологии и социальной работы. Использование стандартизированных пациентов, стандартизированных клиентов, стандартизированных студентов и стандартизированных врачей ограничивается только понятием выбора программы для применения этого метода в целях базируемого на потребностях практической деятельности образования.

Имеющийся исторический и собственный преподавательский опыт послужили основанием для определения основных параметров, которым должен отвечать метод обучения с привлечением актеров:

1. слушатель должен работать самостоятельно, полагаясь только на свои силы и знания;
2. актер не должен импровизировать, а выдавать только отработанную, «сценическую» роль, предоставлять четко сформулированную, доступную информацию;
3. в распоряжение слушателя должна быть предоставлена вся дополнительная информация по демонстрируемому клиническому случаю, включающая данные лабораторных и инструментальных исследований, позволяющая подтвердить свои умозаключения;
4. весь процесс должен быть объективно документирован, чтобы в последующем иметь возможность объективной оценки и разбора ошибок.

Работу на занятии со СП можно разделить на несколько этапов:

**Первый этап** - сбор данных анамнеза и объективного обследования пациента. Данный этап занимает 25-30 минут. Времени, с учетом тематики подготовленных случаев, вполне достаточно.

Необходимо помнить, что «Стандартизированный пациент» тем и отличается от реального, что не спешит «выплескивать» на слушателя всю информацию, касающуюся разыгрываемой ситуации. Он следует правилу, что следует отвечать только на конкретно поставленные вопросы. Поэтому слушателю не следует торопиться перескакивать с одного раздела к другому или вести расспрос поверхностно. Кроме того, по условиям разыгрываемой ситуации у пациентов могут быть свойства характера, присущие больному человеку – раздражительность, плаксивость, сварливость, негативизм, многословие. Для преодоления этих осложняющих работу моментов предлагается воспользоваться деонтологическими приемами, позволяющими расположить к себе пациента, добиться его взаимности, откровенности, направить разговор в нужное русло. После сбора необходимой информации и завершения объективного обследования, позволяющего предположить предварительный

диагноз, слушатель приступает ко **второму этапу** работы, цель которого - согласно имеющемуся диагнозу обеспечить необходимый уход и манипуляции по лечению пациента. Поле для творческой работы здесь тоже имеется. Слушателю предстоит самостоятельно выбрать и запросить те данные, которые, по его мнению, необходимы. Времени на этот этап отпускается также 25-30 минут, поэтому не стоит торопиться.

**Заключительный** этап работы – защита клинического случая в индивидуальном общении с преподавателем. Слушатель обосновывает выставленные требования к уходу за больным, выбранную программу манипуляций для лечения пациента. Преподаватель, в свою очередь, оценивает работу слушателя, используя при этом заключения эксперта и самого актера, а также видеозапись курации. По результатам собеседования выставляется итоговый рейтинговый балл, отражающий знания и умения слушателя.

Слушатели должны получать немедленные и конструктивные оценки на всех уровнях обучения. Хорошо подготовленный СП дает конструктивную оценку исходя из того, как он чувствовал себя во время беседы.

При прохождении дисциплины «Инфекционные болезни» далеко не всегда осуществляется полноценный разбор каждого из больных и уж тем более контроль преподавателя за качеством выполнения каждым слушателем объективного обследования пациента. Эта ситуация усугубляется отсутствием индивидуальной обеспеченности слушателей тематическими больными и вынужденной работой в группе.

В этой связи симуляционное обучение слушателей видится как разумное и необходимое направление в учебном процессе[4]. Хотя СП не могут полностью заменить настоящих пациентов в учебной программе, их использование обеспечивает динамический образовательный ресурс, создающий безопасные вспомогательные условия для медицинского обучения. Они являются полезным инструментом для клинических демонстраций, интерактивных семинаров для небольших групп, физикального обследования, высокоточной симуляции с использованием манекена и видеоизображений.

Таким образом, симуляционное обучение, дополняющее клиническое обучение, позволяет слушателям достичь более высокого уровня клинической компетентности.

### **Библиографический список**

- 1 Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине \\\ Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014.- №1. –С.49 – 55.
- 2 Кулакова Е.Н., Болотских В.И., Настаушева Т.Л. Компетенции: из прошлого в настоящее \\\ Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. - № 2 (часть 16). – С. 52-60.



З Мещерякова М., Подчерняева Н., Шубина Л. Обучение профессиональным мануальным умениям и оценка уровня их сформированности у студентов медицинских вузов \ \ Врач. – 2007.-№7. – С.81-83.

## **СИМУЛЯЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

А.Ю. Смагин, П.А. Васильев, Е. В.Чернякова

*БУ ДПО ОО«Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г.Омск*

*БПОУ ОО «Медицинский колледж»*

Симуляционный центр – это место для совершения ошибок...

проф., Амитай Зив (больница ШИБА, Тель-Авив)

В современном мире уже накоплен достаточный опыт применения имитационных методов в медицинском профессиональном образовании. За рубежом, где эти технологии появились намного раньше, имеющийся опыт позволил создать целую систему симуляционного обучения, в том числе и в виде симуляционных тренингов. Их применение призвано существенно повысить качество, эффективность и безопасность обучения, и, в конечном счете, оказываемой населению медицинской помощи.

В отечественном здравоохранении данная система медицинского образования создана совсем недавно и продолжает формироваться. Собственный российский опыт, приобретенный за последние десять лет, позволяет избежать слепого копирования зарубежной практики и дает возможность разработки собственных методов обучения в симуляционных центрах.

Применение инновационных технологий для подготовки медицинских специалистов крайне необходимо, т.к. в российском здравоохранении остается ряд проблем, требующих особого внимания, в т.ч. со стороны учреждений, осуществляющих подготовку специалистов для отрасли здравоохранения, такие как: преемственность между службами, командное взаимодействие специалистов, уровень коммуникативного общения и др. Следует учесть, что чем большее количество людей принимает участие в лечебно-диагностическом процессе, и сложнее используемые методы лечения, тем больше вероятность ошибок. Недопонимание роли и необходимости в дополнительном формировании и развитии навыков, может привести к возрастанию числа ошибок, которые в ряде случаев трансформируются в

критические инциденты и могут стать фатальными для пациента. Симуляционное обучение призвано повысить уровень квалификации обучающихся с акцентом на практико-ориентированный подход.

Обучение с помощью симуляционных методик имеет целый ряд преимуществ: практический опыт в симуляционной среде приобретает без риска для пациента; повышается эффективность учебного процесса за счет неограниченного повтора выполнения упражнений, разнообразия клинических случаев и уровня их сложности; вид и продолжительность тренинга не зависят от работы клиники и наличия в ней редких или жизнеугрожающих патологий; часть функций преподавателя берет на себя симулятор; объективно оценивается достигнутый уровень практического мастерства и клинического мышления.

В современный техногенный век очень легко найти нужную информацию по любому разделу дисциплин затратив на это всего несколько действий, или фраз «*ok Google*», просмотреть видеопрезентации, поучаствовать в онлайн-вебинаре, но получить практические компетенции не так-то просто. Поэтому, симуляционный тренинг, как интерактивный метод формирования и оценки общих и профессиональных компетенций, на современном этапе обучения медицинских работников обязан являться доминирующим.

Симуляционный тренинг (лат. *simulatio* – видимость, притворство, уподобление, англ. *training* – обучать, воспитывать) – совместная деятельность группы слушателей и преподавателя, под управлением преподавателя, с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации (симуляции). Данная методика практических занятий позволяет анализировать, оценивать свои и чужие умения и решать типичные профессиональные задачи с коллегами.

Важность симуляционных тренингов заключается не только в повышении профессиональных компетенций, они так же развивают коммуникативность, лидерские качества, умение ориентироваться в сложной, быстро меняющейся ситуации, когда требуется быстрое принятие решения, что очень важно для медицинских работников.

На подобных тренингах можно проигрывать множественное количество стрессовых и критических ситуаций, которые встречаются в повседневной деятельности медицинского работника не часто, можно тренировать не только группу специалистов по одной из специальностей, но и отлаживать работу в сборных командах специалистов разных смежных специальностей высшего и среднего медицинского звена.

Один из основных видов тренингов для специалистов со средним медицинским образованием может быть практический тренинг (тренинг мануальных навыков, тренинг с решением элементов клинических сценариев). К сожалению, при подготовке практических

тренингов, преподаватель может встретиться с определенными проблемами, связанными с неоднозначной трактовкой тактики специалиста и алгоритма действий при отдельных клинических ситуациях. В западных странах уже давно действуют алгоритмы и клинические протоколы, по которым медицинские работники не только работают, но и проходят обучение в симуляционных центрах, усваивая практические навыки.

В Российской Федерации работа в медицинских организациях на основании алгоритмов только набирает силу, и к концу 2018 года профессиональными некоммерческими организациями МЗ РФ уже разработано более 4000 клинических протоколов, но в настоящее время обсуждение законопроекта по данной теме еще продолжается, и отсутствие отдельных протоколов значительно осложняет подготовку и объективность оценки умений и навыков обучающихся. Медицинские организации разрабатывают свои локальные протоколы, поэтому технологические карты тренингов и чек-листы для проведения объективной оценки умений, иногда могут носить нестандартизированный характер и отличаться от установленных протоколов в каждой отдельной медицинской организации. Симуляционный тренинг и оценка умений не должен основываться на профессиональной компетенции отдельно взятого медработника, этот метод необходимо проводить по строгим алгоритмам с доказательной базой.

В заключении следует отметить, что совместная деятельность группы слушателей и преподавателя на симуляционном тренинге по решению учебных и профессионально-ориентированных вопросов, позволяет не только развивать и совершенствовать профессиональный уровень обучающихся, но и сам тренинг с применением симуляций, значительно повышает эффективность достижения результатов образовательной деятельности.

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ СТРУКТУРЫ И СОДЕРЖАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

С.В. Траль

*БПО ОО «Медицинский колледж», г. Омск*

В рамках реализации «Концепции развития непрерывного образования взрослых в Российской Федерации» на современном этапе поставлены актуальные задачи в области профессионального образования, а именно: улучшение взаимосвязи с рынком труда; повышение компетенций персонала; обновление содержания, методологий и

соответствующей среды обучения. Решению этих задач способствует разработка модульных программ, основанных на компетенциях.

Данные программы позволяют:

- по мере изменений требований сферы труда вносить в модули необходимые изменения;
- на основе различных комбинаций модулей формировать самые различные курсы обучения в зависимости от потребности обучающихся и их исходного уровня (знаний, умений и опыта, полученного в ходе ранее завершеного обучения или трудовой деятельности).

По оценкам учебных заведений, приступивших к реализации модульных программ, основанных на компетенциях (2014 год), преимущества данных программ для учебного заведения очевидны:

- возможность ясно и четко формулировать цели и задачи программ обучения, соответствующие потребностям работодателей и понятные им;
- увеличение производительности обучения;
- возрастание эффективности личной деятельности и ответственности обучающихся и обучающего персонала;
- реальная индивидуализация учебного процесса;
- рост доверия социальных партнеров.

Под обучением, основанном на компетенциях, понимается *«обучение, основанное на определении, освоении и демонстрации знаний, умений, типов поведения и отношений, необходимых для конкретной трудовой деятельности/профессии»* (Глоссарий ЮНЕСКО, 2004).

Обучение, основанное на компетенциях, наиболее эффективно реализуется в форме модульных программ. Ключевым принципом обучения является ориентация на результаты, значимые для сферы труда.

Разработка модулей начинается с установления требований работодателей к стандартам деятельности в рамках конкретной профессиональной области. При наличии профессиональных стандартов это делается для их уточнения, поскольку отрасли развиваются значительно быстрее, чем обновляются профессиональные стандарты.

Под требованиями работодателей понимаются их ожидания относительно компетенций работников конкретной профессии и конкретного должностного уровня. Поэтому разработка модульных программ должна начинаться с разработки *функциональной карты*, в основе которой лежит функциональный анализ (т.е. описание трудовой деятельности через функции и результаты).

Функциональная карта состоит из:

- ❖ описания **основной цели профессии** (кратко описывает профессию как суммарный результат того, что должно быть достигнуто в данной профессии).
- ❖ описания **основных функций**, составляющих данную профессию (позволяют достичь основную цель профессии и представляют собой описание конкретных действий, посредством которых достигается основная цель).
- ❖ Функциональных модулей, определяющих конкретные значимые действия в рамках основных функций, и являющихся их производными.

Функциональный модуль должен представлять собой четкое, понятное и законченное интегрированное описание набора действий, каждое из которых не является самостоятельным.

Следует подчеркнуть, что *в процедуре описания основной цели и основных функций обязательно должны принимать участие специалисты в конкретной отрасли*. Завершенная функциональная карта должна пройти экспертизу работодателей.

После разработки функциональной карты, в которой содержатся требования к результатам деятельности в рамках профессии, можно приступить к формированию модульной программы обучения, основанной на компетенциях. Для этого необходимо перевести требования сферы труда на язык сферы образования, т.е. сформулировать цели и задачи обучения. Именно на основе требований к результатам, которые предъявляются работодателями, формируются и требования к результатам обучения – *что реально будет уметь выпускник после окончания обучения, т.е. к компетенциям*.

Важно помнить, что при разработке модульных курсов одинаково пристальное внимание уделяется формированию всех трех групп компетенций, а именно:

1. **ТЕХНИЧЕСКИХ / ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ**, связанных непосредственно с профессиональной областью деятельности.
2. **СКВОЗНЫХ**, т.е. тех, которые нужны во всех сферах деятельности (эффективное взаимодействие с другими работниками, охрана окружающей среды, организация рабочего места, безопасность труда).
3. **КЛЮЧЕВЫХ / БАЗОВЫХ** – эффективное общение, инициативность, работа в команде, коллективе, ответственность за качество труда, решение проблем, умения в области информационно-компьютерных технологий.

Таким образом, исходными понятиями для разработки программы обучения являются: основная цель специальности, основные функции, функциональные модули, технические, сквозные и ключевые компетенции.

**МОДУЛЬ** понимается как *целостный набор подлежащих освоению умений, знаний, отношений и опыта, описанных в форме требований, которым должен соответствовать*

*обучающийся по завершению модуля, и представляющий составную часть более общей функции.* Модуль является значимым для сферы труда.

После разработки структуры модульной программы обучения необходимо для каждого модуля обучения определить, какие знания, умения и отношения подлежат освоению в данном модуле, какие ресурсы и методы требуются для его реализации. Все эти компоненты отражаются в «Спецификации модуля».

Спецификация модуля разрабатывается по следующей схеме:

**Раздел «Действия»** включает в себя те действия, которые требуется осуществить для достижения задачи модуля. Данный раздел основывается на информации работодателей, поскольку он описывает стандартные процедуры, выполняемые в данной области трудовой деятельности. Этот раздел является базовым для разработки остальных трех разделов «Спецификации модуля».

**Раздел «Умения»** предполагает описание умений, необходимых для выполнения каждого действия. В данном списке умений следует обратить внимание на два важных момента, которые будут общими для всех модулей независимо от профессии и специальности обучения.

Во-первых, ряд умений будет неизбежно повторяться, поскольку одно и то же умение может быть направлено на достижение разных результатов.

Во-вторых, могут объединяться умения для двух разных действий, т.к. необходимые для освоения умения в обоих случаях одинаковы.

Составление списка умений позволяет: планировать занятия (конкретное умение может быть темой отдельного практического занятия); увязывать общие умения с конкретной областью деятельности, в которой они применяются (например, регистрировать показатели функционального состояния пациента в t-ый лист); выявить группу общих умений, формируемых в различных модулях, и планировать их освоение на различных занятиях.

**Раздел «Знания»** содержит определение знаний, которые требуются для осуществления действий, указанных в разделе «Действия». Знания, так же, как и умения могут повторяться. Перечень знаний, подлежащих освоению, может быть использован при планировании занятий; для обеспечения связи теоретических тем с практическими заданиями; при планировании всей программы обучения.

**Раздел «Ресурсы»** предполагает перечень необходимых для организации и реализации обучения по модулю материально-технических средств. Определение ресурсов осуществляется для всего модуля, а не по каждому действию.

Основные принципы, которые необходимо учитывать при разработке и реализации модульных программ, основанных на компетенциях:

- изменение роли преподавателей, которые становятся организаторами обучения и консультантами обучающихся;
- необходимость интеграции теории и практики;
- максимальное приближение обучения к условиям реальной трудовой деятельности;
- ориентация обучения на результат, а именно на освоение компетенций;
- оценка не курса обучения, а освоенных компетенций;
- необходимость соответствия методов оценки характеру подлежащих освоению компетенций;
- необходимость разработки учебных материалов, обеспечивающих достижение целей модуля;
- необходимость обеспечения индивидуального темпа освоения компетенций модуля в зависимости от способностей и индивидуального стиля обучения студентов;
- необходимость привлечения обучающихся к планированию обучения и оценке.

#### **Библиографический список**

1. Министерство образования и науки Российской Федерации «Концепция развития непрерывного образования взрослых в Российской Федерации на период до 2025 года».
2. Олейникова О.Н., Муравьева А.А., Коновалова Ю.В., Сартакова Е.В. разработка модульных программ, основанных на компетенциях: Учебное пособие. – М.: Альфа-М, 2006. – 288 с.
3. Журнал «Среднее профессиональное образование» за 2014-2018гг.

### **НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ТРАДИЦИИ, ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

С.А.Худорожкова

*БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск*

Непрерывное медицинское образование, все чаще данное словосочетание можно услышать от медработников. И если в традиционной его части было все понятно и прозрачно, каждый из медицинских работников должен был пройти подготовку один раз в пятилетку, по строго определенному курсу. То в настоящий момент, возможностей для самообразования стало значительно больше. Веб-семинары, круглые столы, конференции и семинары различного

уровня и тематического направления, мастер классы по различным манипуляциям. Изменяя систему медицинской помощи населению, приходится меняться и медицинскому персоналу. Основная цель непрерывного медицинского образования (НМО) – обеспечение гарантии гражданам РФ, что в медицинских организациях оказывается качественная и безопасная медицинская помощь в соответствии с международными показателями. Кроме того, непрерывное медицинское образование по замыслу проектов должно научить персонал основам психологии для правильного взаимодействия с пациентами и их родственниками, основам медицинского законодательства.

Медицина не стоит на месте, и постоянное самообразование позволяет медицинскому работнику быть в курсе последних изменений в медицинских технологиях и манипуляциях. Медицинский специалист не может оставаться только человеком заученно выполняющим когда то выученные манипуляции, в настоящее время от него ждут умения анализировать ситуацию, принимать решения, уметь работать как в команде, так и индивидуально. Владеть новыми методиками, уметь работать с технологически сложными приборами и компьютерными системами.

Непрерывное медицинское образование в России вводится постепенно. Пока программа находится в пилотном проекте, рассчитанном до 2020года, именно за это время министерство здравоохранения хочет убедиться в ее эффективности и доступности для исполнения. Перенимая опыт зарубежных коллег центры, обучающие медицинских специалистов, разрабатывают новые программы преподавания. Большое значение в непрерывном медицинском образовании должно играть интернет обучение, когда медицинский работник может дистанционно прослушать интересующий его вебинар, более подробно изучить заинтересовавшую его тему.

В идеале для каждого медицинского работника перед аккредитацией разрабатывается индивидуальный план обучения. Для средних медицинских работников, большую поддержку в непрерывном медицинском образовании, наравне с Центрами профессиональной подготовки будет оказывать сестринская профессиональная организация. Уже продолжительное время с ее поддержки проходят мастер классы, конференции и семинары на различные темы. Специалисты ассоциации делятся с коллегами своими знаниями и опытом. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с изменениями, внесенными ФЗ от 29.12.2015 № 389-ФЗ, и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 25 февраля 2016 г. N 127н "Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих



аккредитации специалистов", вводится новая система непрерывного медицинского и фармацевтического образования, изменяющая допуск к профессиональной деятельности.

До настоящего времени допуском к профессиональной деятельности является процедура сертификации. Сертификаты, действительные в течении 5 лет, выдаются после окончания интернатуры, ординатуры, циклов повышения квалификации (не менее 144 часов), циклов профессиональной переподготовки (504 - 576 часов, в зависимости от специальности).

С 1 января 2016 года решением Координационного совета по непрерывному профессиональному образованию Минздрава РФ внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности – аккредитация специалиста.

В период с 1 января 2016 по 1 января 2021 года допуск к профессиональной деятельности будет осуществляться как через аккредитацию, так и через сертификацию специалиста, в зависимости от срока действия полученных сертификатов специалиста или удостоверений об аккредитации.

Специалисты, получившие сертификат специалиста до 1 января 2016 года, после истечения срока действия полученного сертификата, еще раз однократно будут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру сертификации специалиста. При этом сертификаты специалиста, выданные до 1 января 2021 года, будут действовать до истечения указанного в них срока.

Специалисты, получившие сертификат после 1 января 2016 года, должны будут пройти аккредитацию, предусматривающую повышение квалификации, по соответствующей специальности, по программе индивидуального пятилетнего цикла обучения, включенного в систему непрерывного медицинского образования. Аккредитацию специалиста будет проводить независимая комиссия, созданная отдельно в каждом регионе.

### **Библиографический список**

1. ГОУ ДПО «Российская мед. Академия комплексного образования» ст. К,К.Можетова, О.Л Зодорская.
2. Интернет портал российского общества клинической онкологии
3. Инф. Кемеровского государственного мед. университета

## ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Э.З. Шмиголь, И.В. Каралова

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Дистанционное обучение становится все более востребованным в системе последиplomного образования. По отдельным позициям оно является лидером в этой системе, так как слушатель, уже имея профессиональные навыки в области изучаемой проблемы, имеет возможность продолжать образование и без отрыва от работы. Подход к осуществлению дистанционного образования в системе повышения квалификации медицинских работников должен быть дифференцированным в зависимости от профиля работы. Внедрение дистанционного образования требует не только разработки новых средств обучения, но и пересмотра педагогической нагрузки преподавателей.

В течение последних трёх десятилетий дистанционное образование стало неотъемлемым компонентом образовательной и информационной культуры, приведёт к значительной реформации систем образования. На настоящий момент дистанционное образование – это целая индустрия бурно развивающихся образовательных услуг. Она охватывает огромное количество обучающихся.

Впервые применять технологии дистанционного обучения начали в США. В середине 1960-х годов было решено использовать местные телеканалы для трансляции учебных курсов для работников некоторых корпораций. Проект был настолько успешен, что вскоре учебные программы посредством спутниковой связи начали транслировать не только США, но и Европа, Китай, Австралия.

С тех пор прошло немало времени, но дистанционное образование не потеряло своей популярности. В последние годы правительства многих стран объявили развитие дистанционного образования приоритетным направлением и регулярно выделяют на его развитие значительную часть бюджета. В США в настоящий момент более 300 университетов предлагают дистанционное обучение.

По данным опросов, регулярно проводимых в России, 67% российских преподавателей считают, что результаты дистанционного образования не уступают или даже превосходят результаты традиционных занятий. 41% опрошенных рассчитывают, что в ближайшие годы результаты дистанционного образования даже превзойдут результаты классического обучения.

Дистанционное образование - это нечто большее, чем чтение, прослушивание или просмотр, большее, чем заранее приготовленные учебные материалы, самостоятельное изучение, тренинг.

Дистанционное обучение оказалось весьма востребованным и в системе последипломного образования. Можно сказать, что по отдельным позициям оно является лидером в этой системе, так как слушатель, уже имея профессиональные навыки в области изучаемой проблемы, имеет возможность продолжать образование и без отрыва от работы. Дистанционное повышение квалификации определяют обычно как комплекс образовательных услуг, предоставляемых широким слоям специалистов-пользователей с помощью специализированной информационно-образовательной среды на любом расстоянии от учреждений дополнительного профессионального образования.

Целью его является:

- оптимальное сочетание совершенствования профессиональных навыков и изучения теоретического материала по программе повышения квалификации;
- доступность повышения квалификации большому количеству специалистов за счет экономии значительной части средств, необходимых для обучения в очной форме;
- свобода выбора форм, методов и времени обучения, что позволяет слушателям оптимально совмещать обучение и выполнение своих должностных обязанностей.

В числе основ для успешной реализации программ дистанционного повышения квалификации нужно выделить следующие важные аспекты:

1. Наличие мотивации к обучению, определяемой, прежде всего целевыми установками обучаемого на получение новых теоретических знаний и практических умений и навыков, а затем только - на получение сертификата, удостоверяющего повышение квалификации.
2. Активная самостоятельная познавательная деятельность слушателя, предусматривающая не только овладение знаниями, но и их самостоятельного применения для решения различных вопросов в своей профессиональной деятельности.
3. Индивидуализированный и дифференцированный подход к обучению.
4. Модульная система обучения
5. Использование современных информационных ресурсов и телекоммуникационных, интерактивных технологий, четких организационных, методических и управленческих решений
6. Профессионализм преподавателей и взаимодействие всех участников образовательного процесса
7. Гибкая система повышения квалификации

Дистанционное обучение имеет свои преимущества и недостатки.

По нашему мнению, к преимуществам можно отнести технологичность образовательного процесса, максимальная доступность, независимо от географического, временного или социального положения; относительная дешевизна, возможность обучаться в любое время и в любом месте, без отрыва от работы; свободное планирование индивидуального графика в процессе обучения, в соответствии со своими физиологическими личностными особенностями (реактивностью, биологическим ритмом и др.), доступность учебных материалов, мобильная связь с преподавателями, индивидуальный подход к каждому из слушателей.

Большую часть учебного материала слушатель изучает самостоятельно, что улучшает запоминание и понимание пройденных тем. Возможность же сразу применить знания на практике, на работе помогает закрепить их. Кроме того, использование в процессе обучения новейших технологий делает его интереснее и живее. Однако дистанционное обучение имеет и свои минусы. Во-первых, должна быть сильная мотивация к обучению и регулярная жесткая самодисциплина, так как результат обучения напрямую зависит от самостоятельности и способности слушателя. При дистанционном же обучении отсутствует целый ряд индивидуально-психологических условий, необходимых для обеспечения этих позиций. А у работающего слушателя к тому же ежедневный процесс обучения может тормозиться из-за занятости, дефицита времени для изучения материала и т.д. Во-вторых, обучающие электронные программы и курсы не всегда хорошо разработаны и удовлетворяют всем требованиям из-за недостаточной квалификации специалистов, создающих подобные учебные пособия, так как на сегодняшний день дистанционное обучение - это ещё новое и недостаточно изученное направление.

В-третьих, повышение квалификации по специальностям, предполагающим практическое освоение умений и навыков, дистанционно затруднено. Даже самые современные тренажеры не заменят слушателям, в особенности медицинским работникам, «живой» практики. В-четвертых, затруднителен регулярный контроль со стороны за честностью и самостоятельностью подготовки слушателя, сдачи экзамена или зачета.

В-пятых, необходима компьютерная грамотность и постоянный доступ к источникам получения образовательных материалов (электронных учебников, видеоматериалов и т.д.). Для этого нужна хорошая техническая оснащённость дома, но не все желающие получить образование имеют компьютер и доступ к Интернету.

К повышению квалификации медицинских работников должен осуществляться дифференцированный подход, в зависимости от профиля работы. Для среднего медперсонала реанимационного профиля, по-нашему мнению, цикл повышения квалификации не может быть на 100% представлен дистанционной формой обучения,

даже в сочетании с телемедицинскими технологиями – видеоконсультациями, видеоконференциями.

Признавая очевидные положительные стороны дистанционного обучения, необходимо отметить ряд проблем, связанных с его организацией и внедрением. Прежде всего, это вопросы методического плана, которые включают в себя разработку новых средств обучения, создание электронных учебников, презентаций, фильмов и т.д., введение материалов в веб-интерфейс, постоянное обновление обучающих средств. И это задача не одного дня, так как материалы для дистанционного обучения готовятся не для одного, а для всех циклов, реализуемых в колледже. Причем, разработка учебно-методического комплекса требует высокой профессиональной квалификации и компьютерной грамотности преподавателей, знакомства их с основами дистанционного обучения. Дистанционное обучение является процессом значительно более трудоёмким и многоаспектным, чем очное обучение, в котором существуют нормативы часовой нагрузки для оплаты труда преподавателей.

Таким образом, внедрение дистанционных образовательных технологий является необходимым инновационным компонентом в системе последиplomного образования и требует своей актуализации.

#### **Библиографический список**

1. Каримов К. А., Уматалиева К. Т. Преимущества дистанционного образования в системе повышения квалификации педагогов. //Молодой ученый. — 2013. — №11. — С. 487-489.
2. Сатунина А.Е. Электронное обучение: плюсы и минусы  
[http://soft.tusi.biz/ts\\_general/azl/kitabxana/hb/hb-28.htm](http://soft.tusi.biz/ts_general/azl/kitabxana/hb/hb-28.htm)
3. Мальцев В. Дистанционное обучение — доступное образование  
<http://www.edukids.ru/http://www.planetaedu.ru/>

# **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

## ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Г. Алещенко

*БУЗ ОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск.*

Для того чтобы повысить эффективность медпомощи, сделать её максимально доступнее и качественнее, нужны внедрения передовых инноваций и новых технологий в сфере профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний. И здесь медсестрам принадлежит одна из ведущих ролей. В первую очередь к представителям этой профессии предъявляются такие требования:

- физическая выносливость;
- профессиональная компетенция;
- постоянное совершенствование знаний;
- высокие морально-этические принципы;
- внимательное и заботливое отношение к каждому пациенту.

Современное сестринское дело также требует от медсестер умения самостоятельно наблюдать, оценивать потребности и состояние пациента, принимать решения со всей осознанной ответственностью, так как от этого напрямую зависит успех лечения.

Программа содержит разделы, посвященные инновациям в деятельности медицинских сестер. При этом реализация любого нового проекта должна быть подкреплена не только созданием благоприятных социально-психологических условий, но и необходимой материально-технической базой. Поэтому Министерство здравоохранения и разработчики программы уделили немалое внимание финансовому вопросу. В результате увеличилось финансирование больниц, произвелась закупка материалов для обследования и лечения пациентов, новейшего медоборудования.

На сегодня частная медицина, где используется опыт зарубежных партнёров, новейшее оборудование и большое внимание уделяется обучению высококвалифицированных кадров, лидирует в использовании новых технологий в сравнении с бюджетным сектором, который более ограничен в свободных средствах.

Сестринское дело в России

Сегодня представление о медицинской сестре становятся наиболее шире, чем просто о помощнике врача, а её обязанности не ограничиваются «автоматическим» исполнением врачебных предписаний. Медсестра занимает статус высокопрофессионального и взаимозаменяемого участника общей лечебной деятельности на любом этапе.

Ведущие направления инновационного процесса включают:

- новые технологии и методик в области лечения и профилактики заболеваний;
- избавление от непрофессиональной работы и повышение стандартов качества медпомощи с контролем на каждом этапе;
- формирование личной ответственности за больного;
- постоянное повышение квалификации и профессиональных знаний, навыков;
- консультативно-просветительская работа со здоровым населением;
- новое распределение обязанностей между медперсоналом с координацией и взаимодействием между структурами и с наделением медсестер большими полномочиями;
- мотивацию кадрового потенциала и изменения кадрового состава с введением новых должностей для специалистов с высшим медобразованием по специальности «сестринское дело».

Качество медсестринской помощи напрямую зависит от грамотного использования потенциала медсестер за счет введения новых форм ухода и навыков практической деятельности, а также умения специалиста работать с профинформацией, эффективно осваивая и применяя информационные технологии. Чем целесообразнее медицинский процесс, тем ниже трудозатраты. В результате к каждому пациенту возможен индивидуальный подход, что повышается качество обслуживания и снижает стоимость услуг. Применяя нововведения на практике, медсестры гарантируют безопасность и удобство выполнения своих обязанностей, тем самым достаточно быстро и качественно реализуя лечебно-диагностический процесс.

В последнее время практически во всех российских развивающихся лечебных учреждениях открываются отделения сестринского ухода, развиваются новые организационные формы и технологии, такие как сестринский процесс, оккупациональная сестринская помощь и др. Главным приоритетом в работе становится проблема пациента и полное удовлетворение его потребностей.

Инновационные методики на практике.

Среди наиболее новых инструментов, материалов и технологий, внедренных в работу среднего медицинского персонала, отмечаются следующие.

Вакуумные системы.

Это одноразовые пробирка, игла, держатель, которые дали возможность быстро и комфортно проводить забор крови, исключить осложнения, обезопасить пациентов и медперсонал. Среди преимуществ также надежность маркировки и простота утилизации.

Для взятия крови из «сложных» вен или кратковременного ведения лекарств используются стерильные закрытые системы, состоящие из иглы-«бабочки», катетера и адаптера. Они часто применяются в педиатрии. К тому же сегодня материал для исследований доставляется



в специальных и удобных контейнерах, обеспечивающих безопасность биоматериала при транспортировке в лабораторию.

Штрих-коды.

Применение браслетов со штрих кодами, на которых наносится информация (Ф.И.О, возраст и т. п.) для точной идентификации больных. Это позволяет избежать ошибок при взятии анализов и выдаче лекарств, проведении процедур. Системы штрих-кодировки этикеток широко используются в лабораториях, на станциях переливания крови, стерилизационных отделениях, аптеках.

Прибор для визуализации вен.

Портативный ручной прибор, который бесконтактно с помощью инфракрасного излучения визуально отображает карту периферических вен

Используется с целью венопункции и других сосудистых процедур.

Средства для проведения дезинфекции.

Новые дезинфицирующие средства для уничтожения возбудителей инфекционных заболеваний позволяют совместить дезинфекцию с предстерилизационной очисткой. Средства характеризуются низкой токсичностью, широким спектром действия, активны в небольших концентрациях, не повреждают инструменты и оборудование. Для обработки применяются специальные емкости и контейнеры, предназначенные для дезрастворов. Задача обеззараживания воздуха в больницах решается посредством современных облучателей-рециркуляторов.

Современные кровати и прикроватные мониторы

Многофункциональные кровати различных моделей для лежачих пациентов значительно облегчают медсестрам уход, проведение лечебных процедур и врачебный осмотр. Кровати позволяют менять положение заболевших, что снижает риск осложнений.

Прикроватные мониторы помогают следить за состоянием пациента и при внезапном изменении показателей (сердцебиения, давления и т. п.) немедленно дают сигнал о необходимости срочной помощи со стороны медперсонала.

Медицинские информационные технологии

Сегодня в медицину активно внедряются информационные технологии. Использование достижений телекоммуникационных (телемедицина) и компьютерных технологий благотворно влияет и на сестринский процесс, повышая уровень обслуживания. И хотя компьютерные работы на данный момент на стадии становления, а массовая и систематизированная компьютеризация еще не состоялась, все больше медучреждений оснащаются ПК, оргтехникой и переводят работу в электронные варианты.

К тому же объединение медицинских заведений РФ в единую сеть позволит систематизировать документооборот (сбор, обработку, анализ медицинских данных) и проводить быстрый обмен информацией между медструктурами, что значительно сэкономит время и средства. В недалеком будущем планируется систематическое обучение персонала работе на современных устройствах, но уже сейчас медсестрам необходимо овладеть базовыми навыками работы на компьютере.

#### **Библиографический список**

1. «Московская медицина» №4 : журнал / Сост. Т.А.Амплеева, - Москва, 2017-92 стр.
2. «Инновационные технологии в сестринской практике» Р.И. Громышева.

### **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ. РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

*Н.С.Веремьева*

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

#### **Актуальность**

Высокотехнологичные и малоинвазивные доступы в оперативной гинекологии за последнее десятилетие получили стремительное развитие, что позволило снизить травматичность открытого хирургического доступа, длительность послеоперационного периода, сохранение репродуктивной функции.

Ежегодно в БУЗОО «ОКБ» выполняется более 14000 операций, внедряются высокотехнологичные методы хирургического лечения, одним из которых является лапароскопическая гистерэктомия.

Миома матки- доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы, частота её варьируется от 20 до 50%. В структуре гинекологической патологии миома матки занимает второе место после воспалительных процессов. В гинекологическом отделении «Областной клинической больницы» в настоящее время используют несколько доступов для гистерэктомии: абдоминальный, вагинальный, лапароскопический и комбинированный. Ранее абдоминальный доступ при гистерэктомии занимал ведущее место и составлял от 76% до 95%, сопровождался длительным послеоперационным периодом, травматичностью доступа, наличием осложнений.

На сегодняшний день лапароскопический и комбинированный доступы для гистерэктомии являются одними из приоритетных. За период 2012-2017г.г. выполнено

409 лапароскопических гистерэктомий. Их количество возросло от 5% до 40%. Такой стремительный прогресс непосредственно связан с рядом преимуществ: косметический эффект, обеспечение полного гемостаза, сокращение сроков госпитализации, оптическое увеличение при визуализации анатомии и патологии органов малого таза, низкая интенсивность послеоперационных болей, снижение частоты осложнений.

В связи с внедрением в практику высокотехнологичных операций появилась необходимость высококвалификационных действий операционной медицинской сестры, так как она является неотъемлемым помощником хирурга и играет важную роль в обеспечении и применении инновационных методик.

### **Цель**

Модернизировать работу операционной медицинской сестры при обеспечении операции – лапароскопическая гистерэктомия, путем разработки и внедрения СОП «Обеспечение операции-лапароскопическая гистерэктомия»

### **Задачи**

1. Изучить особенности обеспечения операции- лапароскопическая гистерэктомия, выделить аспекты, влияющие на время оперативного вмешательства и возникновение осложнений.
2. Разработать стандартную операционную процедуру «Обеспечение операции-лапароскопическая гистерэктомия» для операционных медицинских сестёр и внедрить её в практическую деятельность.

### **Методы и материалы исследования**

При внедрении в отделение методики- лапароскопическая гистерэктомия, операционные медицинские сестры прошли специальную подготовку:

1. Старшей операционной медицинской сестрой была проведена техническая учеба по следующим вопросам: состава набора эндоскопического инструментария, особенностей их дезинфекции, стерилизации, подготовка к работе лапароскопического морцеллятора, эндовидеохирургического комплекса;
2. Врачом-гинекологом проведена техническая учеба, где подробно раскрыты вопросы обеспечения лапароскопической операции, ход оперативного вмешательства, особенности доступа, гемостаза, возможные осложнения.

Разработана и внедрена в практическую деятельность стандартная операционная процедура для операционных медицинских сестер «Обеспечение операции-лапароскопическая гистерэктомия».

В процессе разработки СОП проведен анализ особенностей применения эндоскопической аппаратуры, проработаны аспекты по управлению эндоскопическим комплексом (видеосистема, биполярная коагуляция, аспирационно-ирригационная помпа,

осветитель) и устранению мелких неисправностей во время вмешательства. До начала оперативного вмешательства необходимо проверить каждый прибор на «холостом ходу». Применяемый инструментарий имеет высокую стоимость и хрупкость, поэтому требует знание их устройства, бережного обращения. Многоцветные эндоскопические инструменты нуждаются в специальной обработке и стерилизации без использования высокотемпературных методов, а также хранении в специальных контейнерах, для предупреждения механических повреждений и своевременной профилактической очистке.

Проанализированы действия операционной медицинской сестры при поступлении пациента в операционную, необходимо придать положение «лежа на спине» с применением ногдержателей Аллена, обратить внимание на положение пассивного электрода, для исключения возможности ожога в месте соприкосновения с пациентом.

Особенностью извлечения биоптата является использования лапароскопического морцеллятора MorgueGut«Эндомедиум», операционная медицинская сестра собирает его строго по инструкции. При неправильной сборке инструмент не сработает, потребуется повторная сборка, и это может повлиять на длительность оперативного вмешательства.

При экстренной ситуации операционная медицинская сестра должна быть готова к абдоминальному доступу. Для этого в операционной должен быть готов хирургический набор на лапаротомию, достаточное количество перевязочного материала, современные гемостатические средства, шовный материал. От скорости и четкости работы операционной медицинской сестры зависит эффективность и исход операции.

### **Анализ экономической эффективности**

Внедрение современной высокотехнологичной операции- лапароскопическая гистерэктомия позволило:

- 1.Сократить сроки госпитализации пациентов в стационаре на 45 %
- 2.Повысить экономическую эффективность, уменьшить на 35 % затраты на лечение
- 3.Снизить частоту послеоперационных осложнений ( кровотечений25 %)

### **Выводы**

Высокий профессиональный уровень операционных медицинских сестер играет важную роль в обеспечении высокотехнологичных операций. Обеспечить преимущества методики оперативного вмешательства - лапароскопическая гистерэктомия позволяет внедрение в практическую деятельность операционных медицинских сестер стандартной операционной процедуры для использования эндоскопического оборудования.

Профессиональная компетенция операционной медицинской сестры, которая, используя свои знания, навыки и стандарты сестринской деятельности, способна значительно сократить затраты времени на процесс подготовки к операциям, тем самым имея

возможность большую часть времени посвятить работе с пациентом. Несомненно, это оказывает положительное влияние на повышение качества сестринской помощи.

## **ЭТАПЫ ОБУЧЕНИЯ ОПЕРАЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ РАБОТЕ С ТЕХНИЧЕСКИ-СЛОЖНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ**

Н.А. Коваль, Н.В. Панина, Н.Г. Пивоварова

*БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», г. Омск*

Стремительное развитие медицинской науки и техники привело к существенному увеличению числа оперативных вмешательств с использованием высокотехнологического медицинского оборудования. Ежегодно внедряются новые методы проведения оперативных вмешательств, как плановых, так и неотложных.

За минувшие 5 лет в операционном блоке нашей медицинской организации выполнен капитальный ремонт, осуществлена полная замена оборудования. Новые операционные столы, светильники, электрокоагуляция.

Организованы четыре эндоскопические операционные, три из которых работают в круглосуточном режиме оказания неотложной помощи. Развивается бариатрическая хирургия (хирургия ожирения) и лапароскопическая герниология. Две операционные, оснащены рентгеноаппаратурой С-дуга, УЗ аппаратом, что позволило расширить объем операций в травматологии, хирургии, урологии. Под контролем рентгеноскопии и ультразвука урологами и травматологами выполняются операции по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, такие как тотальное эндопротезирование суставов, различные виды остеосинтеза, перкутанная нефролитолапаксия. В условиях операционной выполняются эндоскопические вмешательства: папилосфинктеротомия и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография у больных с желчекаменной болезнью. Также расширяется объем пункционно-дренирующих операций у пациентов с опухолью панкреатодуоденальной зоны, желчекаменной болезнью, острым панкреатитом, гнойниками брюшной полости и забрюшинного пространства.

Год	2015	2016	2017
Количество оперативных вмешательств выполненных за год	4538	4998	5596
Количество оперативных вмешательств выполненных с применением высокотехнологичного оборудования	831	1000	1416
% оперативных вмешательств выполненных с применением	18,3	20	25,3

высокотехнологичного оборудования			
-----------------------------------	--	--	--

Ежегодно увеличивается количество проведенных оперативных вмешательств, в том числе и с использованием высокотехнологичного медицинского оборудования.

Для проведения комплекса мероприятий по профилактике инфекций связанных с оказанием медицинской помощи с парентеральным механизмом передачи при эндоскопических операциях, на территории структурного подразделения организовано помещение, в которой соблюдены все требования нормативных документов к данному виду деятельности, где проводится полный цикл обработки эндоскопов и инструментов к ним, от дезинфекции до стерилизации. Механизм проведения очистки инструментов к эндоскопам исключает операционную медицинскую сестру из процесса ручной дезинфекции, поскольку используется моюще-дезинфицирующая машина DGM. Для стерилизации деликатных инструментов и эндоскопов применяется аппарат холодной плазменной стерилизации «STERICOOL». Использование данного вида оборудования позволяет повысить качество дезинфекционной обработки и стерилизации инструментария, при этом снизив трудозатраты сестринского персонала, и продлить срок службы дорогостоящего инструментария.

Операционные оснащаются усовершенствованным оборудованием и инструментарием, эндоскопической техникой при работе с которым необходимо соблюдать особые требования, как при эксплуатации, так и при проведении дезинфекции, стерилизации.

Выполнение современных оперативных вмешательств диктует необходимость квалифицированных действий всех членов хирургической бригады, в которой операционная медицинская сестра, является неотъемлемым помощником хирурга, играет очень важную роль в обеспечении безопасности и комфортности оперативного вмешательства, несет не меньшую ответственность за исход оперативного вмешательства, чем врач – хирург.

Основной задачей операционной медицинской сестры является не только подготовка и обеспечение стерильным материалом, изделиями медицинского назначения, хирургическими инструментами и другими вспомогательными материалами, но и ассистенция врачу-хирургу при проведении оперативного вмешательства. Детальное знание настроек аппаратуры позволяет обеспечить качественную визуализацию оперативного вмешательства, а также отсутствие технических ошибок при сборке и подаче инструментария значительно сокращают время проведения операции. Знание характеристик шовного материала операционной медицинской сестрой, зачастую влияет на его выбор врачом – хирургом. После завершения операции медицинская сестра обеспечивает правильную дезинфекцию, предстерилизационную очистку, стерилизацию использованного инструментария и задействованного оборудования с учетом всех необходимых требований.

В условиях стремительного развития новых технологий в оказании хирургической помощи, профессия операционной медицинской сестры требует специальных знаний и разносторонних навыков и постоянного профессионального роста. Она должна быть ответственной, требовательной, тактичной, терпеливой, владеющей в полном объеме теоретическими знаниями и практическим опытом в области современных технологий.

Определяющая роль в организации мероприятий направленных на повышение профессионального уровня при работе с высокотехнологичным оборудованием принадлежит заведующему отделением и непосредственно старшей медицинской сестре. Они объединены одной целью - повысить профессиональную подготовку медицинских сестер, отвечающую современным требованиям здравоохранения, обеспечивающую их эффективную деятельность. Задачи старшей медицинской сестры способствовать профессиональному росту сестринского персонала через создание системы непрерывного образования на рабочем месте с использованием разнообразных и комплексных форм и методов обучения и контроля. Первым этапом подготовки операционных медицинских сестер к работе с высокотехнологичным оборудованием, является обучение на базе бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» по дополнительной профессиональной программе «Современные аспекты сестринского дела при хирургической лапароскопии». По окончании, которого специалист получает удостоверение установленного образца, которое дает ему право заниматься определенным видом деятельности.

Следующий этап включает в себя оценку имеющихся базовых знаний, который осуществляется на базе учебно-методического кабинета нашей медицинской организации. На этом этапе проводится тестирование и устное собеседование. Выявляются сильные и слабые стороны специалиста, определяется область дефицита знаний.

Составляется план индивидуальной подготовки, учитывая особенности первоначального уровня знаний и умений операционной медицинской сестры, с отражением всех разделов профессиональной деятельности и указанием конкретных дат освоения материала.

Одним из способов овладения теоретическими знаниями является самообразование. В операционном блоке созданы условия для самостоятельного овладения знаниями по использованию высокотехнологичного оборудования сестринским персоналом:

- Подборка нормативных документов по специальности и по разделам деятельности;
- Технические паспорта и руководства по эксплуатации, применяемого оборудования;
- Методические материалы;
- Учебная литература.

Практическая подготовка сестринского персонала осуществляется только после удовлетворительной теоретической подготовки.

Практика обучения и передачи опыта непосредственно на рабочем месте - явление далеко не новое и хорошо себя зарекомендовавшее. Закрепленный наставник осуществляет детальную подготовку специалиста на конкретном рабочем месте, поскольку в каждой операционной - оборудовании различное. По окончании обучающего этапа, специалист сдает зачет по правилам эксплуатации высокотехнологичного оборудования, а также правилам проведения дезинфекции и стерилизации инструментария, используемого при выполнении хирургических вмешательств на данном виде оборудования.

Конечным этапом обучения специалистов операционного блока является оценка теоретических знаний и практических навыков, которое проводится на рабочем месте. В последующем два раза в год теоретические знания и практические навыки в этой области деятельности специалиста подтверждаются сдачей зачетов.

Для повышения качества знаний операционных медицинских сестер в отделении проводятся семинары и тренинги с привлечением представителей из компаний производителей медицинского оборудования, которые могут в деталях объяснить принцип работы оборудования, а так же ответить на любые поставленные вопросы. Мастер-классы и семинарские занятия для операционных медицинских сестер организуются также на базе конкретной операционной небольшими группами по 5-7 человек, где происходит отработка навыков работы с различными видами оборудования.

При подготовке специалистов сестринского операционного дела есть определенные особенности, используя принцип запоминания, что прочитанное усваивается на 10%, услышанное на 20%, увиденное на 30%, услышанное и увиденное на 50%, сказанное на 70%, сказанное и сделанное на 90%, это комплексный подход, где необходимо предоставить возможность прочитать, услышать, посмотреть, рассказать самому и сделать. Сформированные знания и навыки при таком подходе составляют прочную профессиональную основу.

Процесс подготовки высокопрофессиональной операционной медицинской сестры, способной качественно выполнять свою работу на любом рабочем месте, занимает достаточно продолжительный период времени, порой не один год. Профессионализм, достаточный опыт и стаж работы, владение принципами работы с компьютеризированной техникой и высокотехнологичным оборудованием, знание хода операции, как врача, так и медицинской сестры позволяет выполнять оперативные вмешательства на высоком уровне и с безупречным качеством, сокращает время операции, позволяет хирургу проводить операцию в комфортных условиях.



Освоение хирургами новейшего современного оборудования и самых высоких технологий требует от операционных медицинских сестер постоянного повышения уровня профессиональной подготовки. В нашей медицинской организации созданы все необходимые условия для качественной подготовки сестринского персонала операционного блока.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ БУЗОО «ГК БСМП №1»**

А.А. Козлова

*БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1», г. Омск*

Современная медицина динамично и бурно развивается. Ее стремительное совершенство ставит данную отрасль науки на самые передовые позиции и инновационные тренды. Инновации медицины с каждым днем и часом все больше и больше влияют на качество жизни населения планеты. В связи с этим и происходят изменения: внедряются новые технологии, позволяющие в минимальные сроки добиться максимального эффекта. Внедрение инновационных технологий значительно повысило доступность и качество оказания медицинской помощи. Престиж медицинской сестры сегодня растет во всем мире, и, на мой взгляд, это правильно.

Согласно современной концепции развития сестринского дела - медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом, партнёром врача и пациента, способным к самостоятельной работе в составе единой команды.

**Цель исследования** - показать значимость операционных медицинских сестер в освоении и применении высоких медицинских технологий в условиях операционного блока БУЗОО «ГК БСМП №1».

### **Материалы и методы исследования**

Операционный блок БУЗОО «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1» организован в 1991 году, как самостоятельное структурное подразделение и состоит из 9 операционных залов для специализированных хирургических отделений.

Значительно обновилась материальная база отделения - приобретены и введены в действие:

- нейронавигационная система Stryker;
- нейрохирургический микроскоп OPMI Pentero;

- аппарат ультразвуковой нейрохирургический «Stryker»;
- эндохирургический комплекс KarlStorz;
- рентгенохирургическая система типа С-дуга используются для исследований в области рентгеноскопии или контроля оперативных вмешательств;
- ультразвуковая коагуляция и диссекция Гармоник (Harmonic). Коагуляция сосудов производится за счет энергии ультразвуковых колебаний рабочих насадок системы. Результатом применения гармонического скальпеля является снижение травмы тканей во время их диссекции, обеспечение возможности работы в узких операционных пространствах;
- электрокоагулятор с обратной связью ERBE (Германия) обеспечивает прецизионную работу монополярных и биполярных систем коагуляции. Позволяет производить коагуляцию кровеносных сосудов от 1 до 6 мм.

В операционном блоке на базе БУЗОО «ГК БСМП №1» проводятся высокотехнологичные инновационные оперативные вмешательства с использованием сложного и дорогостоящего оборудования. При выполнении данных оперативных вмешательств используется аппаратура и медицинский инструментарий, работа с которыми требует определенных навыков и умений. Для обучения операционных медицинских сестер работе со сложной аппаратурой организуются обучающие мастер-классы, семинары и конференции с участием хирургов и представителей фирм производителей оборудования. Такой подход к изучению новой аппаратуры, а также обучение сестер правилам обращения, обработки, стерилизации, хранения, правилам ухода за дорогостоящим оборудованием и инструментарием значительно продлевает сроки эксплуатации.

Квалификационный уровень специалистов достаточно высок. Все операционные медицинские сестры имеют сертификат специалиста и обеспечивают безупречное выполнение своих профессиональных обязанностей в любой специализированной операционной.

### **Результаты и обсуждения**

С 2012 года по программе сосудистого центра обновлена нейрохирургическая операционная. В работу внедрено современное оборудование - это нейронавигационная система Stryker, нейрохирургический микроскоп ОРМІ Pentero, микрохирургический инструментарий, специальный шовный материал.

Как правило, навигационные системы интегрируются в одно целое с электронными микроскопами, что позволяет выполнять широкий спектр микроскопических действий. Вся необходимая хирургу информация в процессе операции (данные с КТ / МРТ, микроскопа) отображается на мониторах.

С 2013 года по программе «политравма» введены в работу две видеоэндоскопические стойки фирмы KarlStorz, на которых проводятся эндоскопические оперативные вмешательства в хирургии, гинекологии, нейрохирургии и травматологии (артроскопии).

Несмотря на более сложную подготовку, эндоскопические операции являются менее травматичными, уменьшается риск медицинских ошибок, снижается количество используемых лекарственных препаратов и расходных материалов, сокращаются сроки послеоперационного периода, то есть эти вмешательства экономически более выгодны.

В нейрохирургической операционной оказывается комплексная, современная и высокоспециализированная медицинская помощь пациентам с патологией позвоночника и головного мозга. Одной из важных составляющих успешного осуществления оперативных вмешательств, при этих патологиях, является не только высокий профессионализм хирурга, но и высокая квалификация операционной медицинской сестры.

В 2017 году по поводу сосудистых заболеваний головного мозга выполнено 130 операций, попадающих под «высокие медицинские технологии» – клипирование артериальных аневризм головного мозга, удаление артериовенозных мальформаций головного мозга под контролем операционного микроскопа и нейронавигации, эндоскопическое удаление гипертензивных внутримозговых гематом. Количество высокотехнологичных оперативных вмешательств, проведенных в нейрохирургической операционной, постоянно увеличивается.

А так же, в 2017 году нейрохирургами БУЗОО «ГК БСМП №1» выполнены операции, попадающие под высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), такие как:

- эндоскопическая вентрикулостомия третьего желудочка (ЭТВ);
- трансназальная аденомэктомия гипофиза;
- эндоскопическое удаление коллоидной кисты 3 желудочка головного мозга.

**Эндоскопическая вентрикулостомия третьего желудочка (ЭТВ)** является современным малоинвазивным методом лечения окклюзионной гидроцефалии, то есть состояния, при котором блокирован нормальный отток спинномозговой жидкости (ликвора) из желудочковой системы головного мозга. Во время операции используется вентрикулоскоп, позволяющий нейрохирургу через небольшое отверстие заглянуть вглубь головного мозга – его желудочковую систему. Для фенестрации (пробуравливания) стенки желудочка используется разнообразный эндоскопический инструментарий.

**Трансназальная аденомэктомия гипофиза**, такой тип операции также называется эндоскопическим трансфеноидальным удалением аденомы. Он может применяться при малых размерах опухоли, которая находится внутри турецкого седла. Операция проводится с помощью специального прибора, который называется эндоскопом. Он представлен в виде тонкой трубки с камерой, позволяющей видеть процесс разрушения аденомы. При этом

пациент находится под общим наркозом. Все действия производятся через нос, что имеет свои преимущества.

В 2018 году нейрохирурги провели такой тип операции, как **эндоскопическое удаление коллоидной кисты 3 желудочка головного мозга**, это подразумевает проделывание небольшого отверстия в костях черепа с помощью вентрикулоскопа. В результате нейрохирург осматривает пораженную зону и удаляет кисту.

Одной из основных задач в майском указе Президента РФ на 2018 год, является снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Немалую долю среди них занимают инсульты. На сегодняшний день, лечение пациентов с инсультом является важной социальной, медицинской и экономической проблемой. И к наиболее современным методам лечения геморрагического инсульта, относится видеондоскопический, который наиболее широко применяется нашими нейрохирургами. Нейроэндоскопы позволяют как под контролем зрения, так и под виртуальным контролем навигационной станции осуществлять малотравматичное удаление даже значительных по размеру кровоизлияний.

С целью повышения профессионализма врачей и внедрения в практику новых методов лечения ишемического инсульта - 28 и 29 августа 2018 года на базе БУЗОО «ГК БСМП №1», состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Хирургическое лечение ишемического инсульта». В рамках конференции, к.м.н. Киселев В.С. -ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии», г. Новосибирск, провел мастер-класс: «Тромбоэкстракция из церебральных артерий, как современный метод лечения ишемического инсульта», с прямой трансляцией из операционной и возможностью он-лайн общения с оперирующим хирургом.

**Говорят, инновации дарят надежду. А в нейрохирургии они дарят надежду даже, казалось бы, самым безнадежным пациентам.**

В настоящее время перед коллективом операционного блока поставлены задачи, направленные на дальнейшее освоение и применение современного оборудования.

#### **Выводы.**

Подводя итог, хочется отметить, что операционные медицинские сестры операционного блока, обладают особой внутренней организацией, позволяющей в условиях тяжелых физических и эмоциональных нагрузок обеспечить стабильность и надежность работы. Но совершенству нет предела. Поэтому при появлении любых возможностей мы изучаем и применяем современные технологии в оперативных вмешательствах. Лучшее оборудование, выполнение сложнейших операций - все это обязывает работать по новому, предъявляя высокие требования к квалификации.

В перспективе – быть профессиональной, социально активной, инициативной, умеющей делать выбор, определять оптимальную жизненную стратегию - единой командой! Потому

что, качество оказываемых медицинских услуг очень существенно, поскольку касается абсолютной ценности - жизни и здоровья человека.

### **Библиографический список**

1. Алексеева В. М. Услуги среднего медицинского персонала. - М.: Норма, 2012. - 350с.
2. А. Р. Геворков, Н. Л. Мартиросян, С. С. Дыдыкин, Ш. Ш. Элиава. - Основы микрохирургии. – Москва: ГЕОТАР-Медиа. – 2009. – № 3. – С. 86-91.
3. Крылов, В.В. Новые технологии в хирургии нетравматических внутримозговых кровоизлияний / В.В. Крылов // Вестник РАМН. – 2013. - №9. С.19–26.
4. Сажин, В. П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 512 с.
5. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010 – 2020 годы. – Екатеринбург. – 2009. - № 2. – С. 7-8.
6. Статья: Хирургия геморрагического инсульта. Медицинская газета. - № 57 (7087) 30 июля 2010 г.

## **ИНОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР – АНЕСТЕЗИСТОВ БУЗОО «ОКБ»**

М.В. Котенко, Е.В. Комарова

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации, является инновационное развитие. Лечебные учреждения заинтересованы в инновационных разработках в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, внедрении современных высокотехнологичных информационных систем. Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования сестринского медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения.

Внедрение инновационных технологий в практическую деятельность медицинских сестер - анестезистов внесло изменения в подготовку слушателей бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения Омской области. Ежегодно слушатели проходят практическое обучение на базе БУЗОО «ОКБ» в отделении анестезиологии- реанимации

которое имеет современное техническое оборудование и высоко квалифицированные кадры, хорошую базу для подготовки медицинских сестер–анестезистов, позволяющую в полном объеме и доступной форме пройти курс обучения по анестезиологии и реанимации.

В настоящее время оказание качественной сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, стандартов и технологий практической деятельности сестринского персонала, умением работать с профессиональной информацией, используя современные информационные технологии.

Объединение отделений в единую сеть позволяет систематизировать документооборот (сбор, обработку, анализ медицинских данных) и проводить быстрый обмен информацией между медицинскими структурами, что значительно экономит время и средства.

Областная клиническая больница осуществляет высокотехнологическую медицинскую помощь по нескольким направлениям, оснащена новейшим медицинским оборудованием, внедрены передовые медицинские технологии, используется опыт российских и зарубежных партнёров, поддерживается высокий уровень сервиса, и самое главное, сохраняется индивидуальный подход к каждому пациенту.

На данном этапе прогрессивного развития лечебные учреждения постоянно нуждаются в высококвалифицированных кадрах, поэтому пересмотрены программы непрерывного образования медицинских сестер-анестезистов, которое включает в себя освоение инновационных технологий, компьютерных знаний и их применение в практической деятельности.

Среди наиболее новых инструментов, материалов и технологий, внедренных в отделении анестезиологии- реанимации ОКБ является использование современного мониторинга, позволяющего контролировать показатели жизненно- важных функций пациентов:

- ✓ Методика анестезии с применением «BIS» – монитора, для определения оптимальной концентрации ингаляционного анестетика во вдыхаемой смеси при проведении анестезии пожилым пациентам. Эффект от внедрения позволяет снизить расход ингаляционного анестетика и добиться оптимальной глубины седации при проведении анестезиологического пособия.
- ✓ Методика использования монитора церебральной оксиметрии-«Somanetics», при которой измеряется сатурация крови корковых структур лобных долей обоих полушарий головного мозга при операциях КЭАЭ, позволяет избежать развития осложнений связанных с нарушением кровообращения головного мозга в интраоперационном периоде.

- ✓ Аппарат для реинфузия «Cell Sauer», который позволяет проводить интраоперационно забор крови пациента с помощью аппарата при массивных кровотечениях и осуществлять возврат отмытых эритроцитов обратно к пациенту.
- ✓ В отделении широко внедрена в практику методика применения интубирующего бронхоскопа «Karl Storz». С помощью которого возможно визуализировать голосовую щель и провести интубацию трахеи, в трудных случаях, когда не возможно это выполнить при обычной прямой ларингоскопии, что практически на 100% позволяет избежать такого грозного анестезиологического осложнения, как трудная интубация.

При проведении анестезиологического пособия медицинская сестра - анестезист, соблюдает технику безопасности, при подготовке оборудования и мониторов к работе, готовит необходимые расходные материалы, собирает системы для реинфузии и подсоединяет датчики к пациенту. В течение всего периода нахождения пациента в операционной фиксирует показатели мониторов и использование оборудования, медикаментов в карту течения анестезии. Современные медицинские мониторы помогают следить за состоянием пациента во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде. При изменении показателей жизненно важных функций мониторы дают сигнал тревоги, что позволяет своевременно устранить нарушения гемодинамики.

На базе отделения анестезиологии -реанимации активно используется система моечно-дезинфекционной машины «Деко – 260», предназначенной для мойки, дезинфекции и предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения многократного использования. Использование машины «Деко– 260» позволяет контролировать соблюдение технологического процесса обработки, оптимизировать труд медицинской сестры-анестезиста, исключить прямой контакт с дезинфицирующими средствами и экономить их расход. Кроме этого использование в отделении современных дезинфицирующих средств позволяет совместить дезинфекцию с предстерилизационной очисткой.

В больнице разработаны и внедрены стандартные операционные процедуры обеспечения качества хранения лекарственных препаратов. На основании этого в нашем отделении на рабочих местах медицинских сестер - анестезистов, организовано хранение лекарственных препаратов в операционных. Введены новые требования по устройству и эксплуатации помещений для хранения лекарственных препаратов. Для обеспечения непрерывного контроля температурного режима в местах хранения, помещения оснащены гигрометрами и термометрами. Для ежедневной отметки контроля температуры и влажности ведется соответствующая документация.

Программой АРМ оснащены все рабочие места медицинских сестер - анестезистов. Благодаря этому осуществляется персонифицированный учет медикаментов, расходных материалов.

Запас лекарственных препаратов хранится на складе старшей медицинской сестры отделения, а их учет вводится в электронном варианте.

Применение инновационных технологий в работе медицинской сестры - анестезиста делает ее работу более профессиональной, комфортной, обеспечивает безопасность и удобство выполнения основных профессиональных обязанностей, сокращает трудозатраты, позволяет быстро и качественно обеспечить реализацию лечебно-диагностического процесса.

### **Библиографический список**

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]: Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт.-URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> (дата обращения: 31.10.14).
2. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы [Электронный ресурс]. Интернет-версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт.-URL: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> (дата обращения: 31.10.14).

## **РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ КОММУНИКАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Н.М. Корольчук, М.Ю. Дорошенко  
*БУЗ ОО «Наркологический диспансер», г. Омск*

Высокая напряженность наркологической ситуации в России и связанные с ней огромные людские и экономические потери требуют самых активных действий в плане приспособления специализированной службы к создавшимся условиям.

Эти действия должны быть организованы на основе положений формирующейся концепции здравоохранения, согласно которой в структуре национальных приоритетов медицины и здравоохранения ведущее место занимает профилактическое направление, обеспечивающее достойное качество жизни отдельного человека и различных социальных слоев общества. В то же время изменившиеся условия требуют новых подходов к концептуальным построениям и вытекающим из них профилактическим действиям.



Утверждение профилактического направления на данном этапе не может являться "повторением пройденного"; это новый виток спирали, влекущий за собой необходимость структурной и функциональной перестройки системы профилактики.

Эффективность массовой коммуникации определяется не только целями и задачами воздействия на читателей, слушателей, зрителей передаваемых сообщений, но и соответствием их содержания и формы постоянным и текущим информационным нуждам людей. Будучи мощным орудием идейно-политической борьбы, социального управления, регулирования отношений социальных групп и распространения культуры, массовая коммуникация стала важным элементом общественных отношений, оказывающих существенное влияние на её содержание и формы, на своеобразие идеологической, политической и иной пропаганды, на передачу распоряжений власти, просвещение различного вида и назначения, коммерческую рекламу и развлечения, осуществляемые с помощью средств массовой коммуникации.

Профилактические мероприятия должны осуществляться при постоянном соблюдении конституционных и деонтологических норм. Упор здесь делается на то, что здоровье человека, в том числе в наркологическом плане, является важнейшей социально-экономической ценностью.

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространение заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.)

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно рассмотреть три вида профилактики.

Первичная профилактика — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный

метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Некоторые специалисты предлагают термин третичная профилактика как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Третичная профилактика имеет цель социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

"Средства массовой информации" ("СМИ", то есть средства массовой коммуникации, СМК) — система органов публичной передачи информации с помощью технических средств; до сих пор более употребительное в русском языке (по сравнению с терминами «средство массовой коммуникации» и «массмедиа») обозначение средств повседневной практики сбора, обработки и распространения сообщений массовым аудиториям.

Виды средств массовой информации (СМИ)

Под средством массовой информации понимается периодическое печатное издание, радио-, теле- или видеопрограмма, кинохроникальная программа, иная форма периодического распространения массовой информации.

Средства массовой информации должны соответствовать следующим критериям:

- массовость получателя (в отличие от различного рода изданий, предназначенных для конкретного лица или группы лиц);
- периодичность – для признания издания средством массовой информации необходим его неоднократный выход через определенные промежутки времени;
- форма изложения материала – печатное издание, радио-, теле-, видеопрограмма, кинохроникальная программа, иная форма.

В целях профилактики наркомании и токсикомании на территории области возможно осуществление следующих мер:

- пропаганда здорового образа жизни, распространение знаний об опасности наркомании и токсикомании для жизни и здоровья;
- участие в разработке и реализации областных программ в сфере профилактики наркомании и токсикомании;
- развитие сети учреждений, оказывающих наркологическую помощь социально неустойчивым категориям населения;
- своевременное оказание специализированной медицинской помощи лицам, больным наркоманией;

- пропаганда здорового образа жизни;
- консультирование специалистов государственных и муниципальных организаций, осуществляющих мероприятия по профилактике наркомании и токсикомании;
- разработка рекомендаций и методических указаний по профилактике наркомании и токсикомании;- привлечение в установленном порядке научных учреждений, ученых и специалистов, в том числе зарубежных, к решению проблем профилактики наркомании и токсикомании;
- проведение конференций, совещаний, симпозиумов и встреч, круглых столов, организация выставок и других мероприятий по вопросам профилактики наркомании и токсикомании в молодежной среде;
- информирование органов внутренних дел в установленном законом порядке о лицах, осуществляющих употребление, незаконные приобретение, хранение, перевозку, изготовление, переработку, производство, сбыт или пересылку наркотических средств, склонение к употреблению наркотических средств.

#### Формирование информационного пространства

Информирование населения о негативных последствиях употребления ПАВ. Предупреждение распространения пропагандирующих употребление ПАВ материалов.

Ожидаемый результат: снижение спроса на ПАВ (осознанное отношение).

Опрос выявил, что информация о проблеме наркомании, вызывающая наибольшее доверие у молодежи, а значит и являющаяся более эффективной, прежде всего, исходит от специалистов (медицинских работников, психологов) во время бесед и индивидуальных консультаций. Порадовали результаты анкетирования, свидетельствующие о том, что роль СМИ в информировании молодежи небольшая.

Этот факт можно расценивать как положительный, так как информация, транслируемая ими, не всегда является объективной. Важным источником информации для молодых людей являются также их родители и сверстники. Именно этим людям сегодня больше всего доверяет молодежь. Молодые люди считают, что именно врачи, психологи, родители, сверстники могут эффективно помочь молодежи избежать наркотической зависимости.

Имеется много социальных факторов, которые вызывают рост наркомании и алкоголизма в нашем обществе. Но самым мощным фактором среди всех является компания (друзья) с которой общается подросток, если вся компания принимает наркотики или хотя бы один член компании пользующийся авторитетом, то срабатывает чувство стадности, хочется почувствовать себя своим. Следующая по важности причина это любопытство. Когда к примеру с чьих то рассказов о том наркотическом состоянии, которое возникает, желание

узнать, а как же это на самом деле, а вдруг правда. Многие к тому же думают, что, попробовав один раз, зависимости не вырабатывается, но это во многом ошибочное мнение.

Поэтому профилактика наркомании и алкоголизма имеет высокую социальную значимость и является важным инструментом в борьбе с распространением зависимостей.

Существует ряд принципов, которые обеспечивают целостность системы работы по разработке и выполнению профилактических мер, некоторые из них:

Принципы профилактики:

Законность, комплексность, систематичность, достоверность информации, приоритет адресности, преимущественно позитивный характер. Итак, все выше перечисленные причины в разной мере побуждают подростков к употреблению наркотиков.

Проблемы при освещении наркологической тематики в СМИ

Применение неточной терминологии («легкие» и «тяжелые» наркотики), пропаганда легализации наркотиков, информация о стоимости ПАВ, способах получения, состоянии опьянения, прибылях распространителей, позитивные образы потребителей ПАВ в СМИ, демонстрация атрибутов употребления ПАВ, реклама категории «Жизненный стиль», истории жизни потребителей ПАВ, откровенное восхваление наркомании.

Вопросами социальной реабилитации и психолого-педагогической коррекции наркологических больных правомочны заниматься различные федеральные и региональные структуры и ведомства.

Учреждения здравоохранения способны взять на себя лишь начальный этап этого длительного процесса, в первую очередь «Пропаганда здорового образа жизни!».

В целом, в формировании системы профилактики немедицинского потребления наркотиков должны участвовать все органы государственной власти, органы местного самоуправления, общественные и религиозные объединения, граждане, в том числе специалисты образовательных, медицинских и культурно-просветительских учреждений, волонтеры молодежных организаций.

### **Библиографический список**

1. Фрид Н., Эстерлинг К., Размышления о пропаганде, «Проблемы мира и социализма», 1963, № 4;
2. Вооглайд Ю., Как складывается идеологическое воздействие, «Коммунист Эстонии», 1967, № 8;
3. Социология и идеологическая деятельность. Сборник, М., 1967; Алексеев А. Н., О массовой коммуникации и ее социальных средствах, в сборнике: Журналист, пресса, читатель, Л., 1969;

4. Проблемы социальной психологии и пропаганда. Сборник, М., 1971;
5. Шерковин Ю. А., Психологические проблемы массовых информационных процессов, М., 1973 ;
6. Райли-младший Дж. и Райли М., Массовая коммуникация и социальная система, в сборнике: Социология сегодня. Проблемы и перспективы, перевод с английского, 1965.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛОМОБИЛЬНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ В БУЗОО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4»**

Кученкова Л.А.

*БУЗОО «Городская поликлиника №4», г.Омск*

Повсеместно первичная медико–санитарная помощь (далее ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи населению. Реализация приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития РФ «Здравоохранение» потребовала от руководителей медицинских организаций (далее МО) уделить особое внимание таким принципам охраны здоровья как доступность и качество, а также проведение структурных и функциональных преобразований амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 4» (далее БУЗОО ГП №4) расположена в Советском административном округе г. Омска. Мощность поликлиники – 608 посещений в смену. Радиус обслуживания составляет от одного до шести километров. На сегодня, численность обслуживаемого населения составляет 38791 жителей, четверть из которых маломобильная группа (далее МГН). Это люди, которые испытывают затруднения связанные с передвижением, а также получения и донесения необходимой информации, порой не ориентированных в себе, времени, пространстве. БУЗОО «ГП №4» первая из всех МО города Омска, которая применила на практике системные технологические мероприятия по созданию доступной среды, непосредственно повышающие качество медицинских услуг всему населению в т.ч. МГН.

В первую очередь была реорганизована работа регистратуры. На основании Положения о регистратуре в БУЗОО ГП № 4 с 26.10.2005 года была внедрена новая форма организации и оплаты труда медицинским работникам. Затем, проведенная автоматизация регистратуры, начиная с 2007 года, позволила автоматизировать все этапы ведения пациентов - от обращения в регистратуру до посещения врача.

Программный комплекс МедИнфо-Город позволил старшей медицинской сестры регистратуры формировать электронное расписание для всех врачей поликлиники и ее филиалов. В расписании предусмотрена градация талонов к специалисту(врачу) первичного и повторного приема, терапевтических талонов к узким специалистам (выдаваемым по мере необходимости терапевтом прямо с рабочего места), талонов для записи по Интернету (для прикрепленного населения, с любой отдаленности в течение текущей недели), талонов для записи с помощью инфомата и записи пациентов в регистратуре поликлиники по многоканальному телефону.

Наличие многих вариантов записи к специалисту оперативно обеспечивает доступность медицинской помощи для разных групп населения в течение всего рабочего дня и значительно сокращает очереди, что особенно актуально для МГН т.к. любой регистратор, благодаря наличию соответствующей компьютерной программы, может значительно быстрее, чем ранее ввести новых пациентов в реестр прикрепленного населения поликлиники.

Разумеется, внедрению реестра предшествовала огромная работа всего коллектива по его составлению и формированию (нумерация амбулаторных карт пациентов, уточнение адресов регистрации, проверка страховых полисов и т. д.).

В результате работа регистратуры стала оперативнее, своевременнее и четче. За счет сокращения времени ожидания врачебного приема позволила улучшить медицинское обслуживание, защитить и расширить права пациентов. Этому способствовали разработанные и внедренные алгоритмы действий работника регистратуры при непосредственном обращении пациента (приложение 1).

Контроль за качеством обслуживания пациентов поликлиники осуществляется с помощью экспресс- опросов(приложение 2).

Реорганизация регистратуры с новой организацией пространства для пациентов на 01.01.2018года в МО решила следующие проблемы:

- ⇒ Длительного ожидания в регистратуре и очереди на прием к врачу и процедурный кабинет;
- ⇒ Трудности дозвониться в регистратуру поликлиники;
- ⇒ Доступного понимания расписания работы врачей;
- ⇒ Пересечение потоков здоровых и больных посетителей;
- ⇒ Уменьшения сроков прохождения диспансеризации.

В настоящее время процент записывающихся пациентов на амбулаторный прием через интернет практически составляет более 80%;

- ⇒ Количество амбулаторных карт в регистратуре на 01.01.2018 составляет более 80%;

- ⇒ Время пребывания пациентов в поликлинике составляет 17-40 минут;
- ⇒ Снизилась временные затраты пациента при прохождении диспансеризации, профилактических осмотров, вакцинации с 5 до 2 посещений;
- ⇒ Созданы комфортные условия для всех обратившихся в поликлинику, но особенно МГН и это:
  - Обеспечен доступ граждан МГН (на колясках) через главный вход поликлиники, который оборудован пандусом;
  - В фойе установлен современный интерактивный терминал, позволяющий пациентам быстро записаться к врачу;
  - Установленные ЖК-мониторы позволяют пациентам получить наглядно информацию о расписании всех специалистов поликлиники;
  - Разработан и утвержден порядок маршрутизации для инвалидов и других маломобильных граждан;
  - Врачебные и иные консультации, а также диагностические исследования маломобильных пациентов производится на 1этаже поликлиники в кабинете «доврачебного приема»;
  - Обеспечено внеочередное оказание медицинской помощи инвалидам I и II групп для этого выделено дополнительное окно «Информатор» для данной категории граждан;
  - Регулярно проводится анкетирование приписного населения, с целью изучения удовлетворенности качеством оказываемых медицинских услуг

В соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Омской области от 4 июня 2018 года № 246-р «О реализации мероприятий по внедрению технологий бережливого производства в отдельных государственных учреждениях здравоохранения Омской области, оказывающих ПМСП БУЗОО«ГП №4» с июня 2018 года, вступила в первый этап реализации проекта «Бережливая поликлиника».

Реализация мероприятий запланирована по 4 основным направлениям:

- совершенствование работы регистратуры с целью минимизации времени ожидания, улучшения уровня обслуживания пациента;
- оптимизация маршрутизации пациентов в поликлинике с целью сокращения очередей на всех этапах (регистратура, прием участковых врачей и врачей узких специальностей, бюро выдачи листков нетрудоспособности и др.), разделение потоков условно больных и здоровых и сокращение времени пребывания пациента в поликлинике, в том числе за счет перераспределения нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом и перехода на электронный документооборот;
- совершенствование процесса забора крови в лаборатории и процедурном кабинете;
- рациональная организация рабочего места медицинского работника (технология 5С).

Таким образом, в настоящее время созданы условия, которые позволяют существенно изменить роль СМП в доступности и качестве оказываемой МП, в т.ч. МГН, а также дальнейшее проведение структурных и функциональных преобразований амбулаторно-поликлинической помощи населению.



Приложение №3 к приказу №234 от 26 октября 2005 года

## Алгоритм действий работника регистратуры при непосредственном обращении пациента

Регистратор	Пациент	Ответ и действия регистратора	Пациент	Ответ и действия регистратора
Здравствуйте! Чем я могу Вам помочь?	Я хотел бы получить талон на прием к врачу - (например) неврологу.	Талоны на прием к врачу-неврологу есть на следующее время... (указывает дату и время, на какие есть талоны). В какое время Вам будет удобнее?	(Выбирает дату и время посещения)	Будьте добры Ваш паспорт и полис. (Выписывает талон.) Пожалуйста, Ваш талон на прием к врачу (фамилия) на (дата) в (время) часов.
			(Если пациент настаивает на приеме в связи с неотложным состоянием)	В связи с Вашим состоянием сейчас Вас может принять врач-терапевт в кабинете № (указать номер кабинета).
	Я хотел бы узнать, когда можно прийти на прием к врачу...	Обратите, пожалуйста, внимание на информационный стенд, где имеется вся необходимая информация.	(Пациент по каким-либо причинам не может самостоятельно это сделать)	(Дает полную информацию по вопросу, например: Ваш участковый врач (фамилия) принимает по средам с 9 до 12, по четвергам с 15 до 18 в порядке живой очереди.)
	Я хотел бы узнать, когда можно сдать анализы...	(Дает полную информацию по вопросу, например: забор анализов крови осуществляется в кабинете №26 с 8 до 10 часов всех обратившихся в порядке живой очереди.)		
	Я хотел бы получить свою амбулаторную карту.	Будьте добры, Ваше направление на госпитализацию или запрос на выдачу амбулаторной карты из другого лечебного учреждения.	(Предоставляет запрос или направление на госпитализацию.)	(Находит амбулаторную карту пациента и передает ее старшей медсестре.) Подождите, пожалуйста, получения разрешения начмеда на выдачу Вашей амбулаторной карты. (По санкции начмеда вносит запись в журнал выдачи амбулаторных карт на руки, выдает карту.)
			(Запрос или направление на госпитализацию отсутствует.)	(Приглашает старшую медицинскую сестру для разрешения ситуации.)

**ЭКСПРЕСС-ОПРОС**

Уважаемый пациент!

Мы стремимся повысить качество Вашего обслуживания.

Просим Вас оценить показатели работы регистратуры нашей поликлиники по 5-балльной шкале (обведите нужный балл кружком).

Анонимность сведений гарантируется.

		очень плохо	плохо	удовлет ворительно	хорошо	отлично
1.	Вежливость, внимательность	1	2	3	4	5
2.	Быстрота обслуживания	1	2	3	4	5
3.	Полнота информации	1	2	3	4	5

Ваши предложения по улучшению работы  
регистратуры \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Спасибо.

**ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  
СПЕЦИАЛИСТА**

## ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

М.В. Волова, Н.М. Курч

*ФГБОУ ВПО «Сибирский государственный университет  
физической культуры и спорта», г. Омск*

В связи с переходом Российской Федерации на рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения критерии живорожденности, неонатальной и младенческой смертности, произошло существенное улучшение качества оказания медицинской помощи недоношенным детям. Согласно приказу МЗ РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» медицинскими критериями рождения являются: срок беременности 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении 500 граммов и более (или менее 500 граммов при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна) [5,10]. Маловесные дети составляют группу высокого риска по развитию в постнатальном периоде соматической, неврологической, моторной и сенсорной недостаточности [4,9].

Все недоношенные дети имеют к году задержку моторного развития, особенно выявляются значительные нарушения со стороны мелкой моторики. В связи с этим недоношенным детям с рождения должно уделяться особое внимание стимуляции двигательных функций [1,2]. Многие исследователи (Кураев Г. А., Иваницкая Л. Н.) считают, что при движении пальцами у детей усиливается согласованная деятельность лобных и височных отделов мозга, т. е. совместная активность моторных и сенсорных речевых зон. В ходе исследования было доказано, что месячная тренировка пассивных движений пальцев рук у шестинедельных младенцев повышает вероятность появления волн высокой частоты в лобных и височных отделах коры, что расценивалось как показатель зрелости [7]. Компенсаторные возможности организма новорожденного велики, но они проявляются в полной мере лишь на фоне активной реабилитации, хорошего ухода, полноценного питания. В первые годы жизни наиболее реальна возможность устранения патологических состояний, которая обусловлена большей пластичностью нервной системы детей раннего возраста [6].

В связи с имеющимися особенностями развития, реабилитационные мероприятия у недоношенных новорожденных имеют свою специфику. Общий порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Минздрава России № 1705н от 29 декабря 2012 года. Однако особенности оказания помощи детям с учетом их возраста и состояния

здоровья не учтены. При этом уникальные особенности детского организма, его восстановительный потенциал, способны обеспечить высокую эффективность реабилитационных мероприятий в случае их своевременного и комплексного проведения [11].

Система этапного медицинского обслуживания недоношенных новорожденных реализуется в родильном доме (первый этап реабилитации) и независимо от степени недоношенности, включает дополнительный обогрев ребенка с момента рождения, комфортные условия ухода, рациональную кислородотерапию и рациональное дозированное вскармливание.

На второй этап реабилитации переводятся здоровые недоношенные, не достигшие в первые две недели массы 2000 г, и больные дети, независимо от массы тела. Выхаживание недоношенных на втором этапе строится сугубо индивидуально и является продолжением мероприятий, начатых в родильном отделении.

Третий этап реабилитации недоношенных детей реализуется в условиях поликлиники и предполагает дифференцированный контроль за физическим и нервно-психическим развитием, а так же индивидуальные оздоровительные и закаливающие процедуры в зависимости от имеющихся отклонений в развитии.

Новые методологические подходы предполагают оценку и выбор реабилитационных мероприятий с позиции целостного организма и неотделимы от гармонизации диагностических и лечебных процедур, предполагающей активное участие семьи на всех этапах помощи. Ведущая роль при этом отводится немедикаментозным методам воздействия, характеризующимся более щадящей нагрузкой на организм [8].

Существуют различные методы восстановления на поликлиническом этапе реабилитации недоношенных детей:

-лечебная гимнастика и массаж;

- светотерапия аппаратом «Биоптрон» может действовать естественным образом, поддерживая регенеративные и восстановительные процессы, стимулируя естественные механизмы выздоровления. При проникновении в ткани свет положительно стимулирует различные биологические процессы в организме, и тем самым нормализует его функции;

-мелоритмическое воздействие (движение и тактильная стимуляция в сочетании с пением и чтением стихов) - элементы эвритмической терапии по Р. Штайнеру, который доказал благотворное влияние на организм ребенка ритмических движений под музыку. Лечебная эвритмия позволяет привнести правильный импульс тому или иному органу или системе органов и противодействовать таким образом болезненным тенденциям [8];

-мягкий вибромассаж в условиях невесомости (реабилитационная кровать «Сатурн»).Для этого ребенка помещают на индивидуальной пеленке в нагретую до требуемой температуры

«псевдожидкость» из стеклянных микрошариков,двигающихся в кровати под воздействием воздушного потока. Создается эффект плавучести (близкий к внутриутробному),

при котором до 65% поверхности тела ребенка оказывается погруженным в «псевдожидкость». При этом мягкое массажное воздействие на кожу микрошариков приводит к раздражению периферических нервных окончаний и передаче импульсов в центральную нервную систему, что обеспечивает лечение параличей [3];

- метод выхаживания младенцев по типу «Кенгуру». Это способ выхаживания недоношенных детей, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери. Ребенка ежедневно, от одного до нескольких часов в день, раздетым выкладывают на обнаженную грудь матери и обоих накрывают пеленками и теплым одеялом. Или используют поддерживающую перевязь (слинг), которая помогает матери безопасно держать ребенка все время прижатым к ее груди [9].

Несмотря на то, что Россия перешла на новые критерии живорожденности, рекомендуемые ВОЗ, перинатальные технологии на поликлиническом этапе реабилитации распространены недостаточно широко. В связи с чем, наблюдающееся повышение выживаемости глубоко недоношенных детей, сопровождается ростом среди них числа детей-инвалидов. Патология у недоношенных детей определяется не только глубокой незрелостью, но и тем, насколько своевременно и адекватно им оказывалась первичная реанимационная помощь, выхаживание на первом и втором этапах, а также реабилитация на ранних сроках развития в условиях поликлиники.

#### **Выводы:**

1. Важно определить эффективные технологии на разных этапах реабилитации, позволяющие сохранить жизнь и здоровье детей, рожденных преждевременно, и призванные существенно повлиять не только на их выживание и показатели здоровья в последующие возрастные периоды, но и на благополучие их семей, а также на систему здравоохранения и общество в целом.
2. В научно-методической литературе не достаточно данных, отражающих методические аспекты физической реабилитации недоношенных детей на основе оценки адаптационных (резервных) возможностей организма, которые позволят определить дозировку физических упражнений.

#### **Библиографический список**

1. Абдурахманова, С.З. Особенности развития недоношенных, доношенных и маловесных новорожденных / С.З. Абдурахманова, М.А. Исмаилова, Н.К. Ходжамова // электронный ресурс] <http://www.scienceforum.ru/2014/pdf/5586.pdf>

2. Бадалян, Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М.:Медпресс-информ, 2001. - 485с.
3. Бомбардинова, Е.П. Эффективность функциональной реабилитации преждевременно родившихся детей: автореф. дис. ... док. мед.наук / Е.П. Бомбардинова. - М., 1997.-25с.
- 4 Журба, Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т, Журба.- Москва,2012.-272с.
5. Каверина, Е.А. Новые критерии рождения в России: свидетельства о рождении, больничные листы, материнский капитал/ Е.А.Каверина // [электронный ресурс] <http://medportal.ru/mednovosti/>
6. Кешишян, Е.С. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья ребенка/Е.С. Кешишян, Е.С.Сахарова //Лечащий врач.- 2004. -№ 5.
7. Кураев, Г. А., Взаимосвязь развития тонкой моторики и высших психических функций ребенка / Г.А. Кураев, Л.Н. Иваницкая// Валеология.- 1999.- № 3.- С. 46–49.
8. Машанская, А.В. Вопросы немедикаментозного лечения и реабилитации детей с перинатальными поражениями нервной системы: Методические рекомендации / А.В. Машанская, Е.П. Башкатова, А.В. Власенко. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011. – 44 с.
9. О новых технологиях в выхаживании недоношенных детей / Е.Н.Байбарина // [электронный ресурс] <http://www.ncagip.ru/news/1945.html>.
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ/ Российская газета Федеральный выпуск №5737 от 23 марта 2012 года.
12. Проблемы и перспективы реабилитации психического и соматического здоровья маловесных детей /Современные медицинские технологии № 4. - 2010. - с. 50-51. [электронный ресурс] // <http://www.perinatalnk.ru/pages/dir-article-4/>
13. Резолюция Х11 Конгресса Союза педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», 2008 // [электронный ресурс] <http://www.pediatr-russia.ru/node/40>

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

Ю.С. Печникова

*Новокузнецкий филиал ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж»,  
г. Новокузнецк*

Согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации», вступившему в силу с 1 сентября 2013 г., «среднее профессиональное образование направлено на решение задач интеллектуального, культурного и профессионального развития человека и имеет целью подготовку квалифицированных рабочих и специалистов среднего звена по всем основным направлениям общественно полезной деятельности, в соответствии с потребностями общества и государства, а также удовлетворение потребностей личности в углублении и расширении образования».

В соответствии с требованиями ФГОС СПО к подготовке средних медицинских работников, возникла необходимость апробации и внедрения системы психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и профессионализации студентов, обеспечивающей развитие личностных качеств, формирование успешной профессиональной и жизненной стратегии, укрепление и сохранение психического и психологического здоровья субъектов образовательного процесса.

Психолого-педагогическое сопровождение субъектов образовательного процесса – это процесс подготовки высококвалифицированных кадров, направлениями которого являются такие направления психологического обеспечения: отбор абитуриентов; последующая адаптация их к учебной деятельности; профессиональная подготовка; создание психологических условий коммуникативно-личностного развития.

Согласно Приказу Минобрнауки России от 12.05.2014 N 502 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2014 N 32766) медицинская сестра должна обладать общими компетенциями, включающими в себя следующие способности:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы



выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Проблема развития профессионально важных качеств у студентов в процессе обучения очень актуальна. Особенное значение эта проблема приобретает в сфере «человек-человек», так как в указанных профессиях средством осуществления профессиональной деятельности выступает личность специалиста.

В Новокузнецком филиале ГБПОУ «КОМК» было проведено психологическое исследование отношения студентов к различным ценностям и сформированности профессионально важных качеств. Диагностика проводилась со студентами-первокурсниками специальности «Сестринское дело», поступившими на базе основного общего образования.

При помощи опросника «Личностный рост» для учащихся 9-11 классов, автор П.В. Степанов, были определены уровни развития отношения студентов к той или иной ценности:

- отношение к семье, отношение к Отечеству,
- отношение к Земле (природе), отношение к миру,

- отношение к труду,
- отношение к культуре,
- отношение к знаниям,
- отношение к человеку как таковому,
- отношение к человеку как Другому,
- отношение к человеку как Иному,
- отношение к своему телесному «Я»,
- отношение к своему душевному «Я»,
- отношение к своему духовному «Я».

В качестве профессионально важных качеств были диагностированы:

- коммуникативные и организаторские способности (тест-опросник «Коммуникативные и организаторские способности (КОС-2),
- самооценка(методика Г.Н. Казанцевой «Диагностика общей самооценки личности»), тревожность, фрустрированность, агрессивность, ригидность(методика Г. Айзенка «Самооценка психических состояний»),
- психологическая адаптивность(методика «Самооценка психологической адаптивности»),
- эмпатия (методика исследования уровня эмпатийных тенденций (И.М. Юсупов).

Результаты диагностики по методике «Самооценка психологической адаптивности» следующие: 16% – высокий уровень, 26% – выше среднего, 24% – средний уровень, 24% – ниже среднего, 10% – низкий уровень. Таким образом неоптимальный уровень психологической адаптивности наблюдается у 34%.

Результаты диагностики по методике Г.Н. Казанцевой «Диагностика общей самооценки личности» следующие: 45% со средней самооценкой, 48% имеют высокую самооценку, 7% – низкую.

Результаты диагностики по методике Г. Айзенка «Самооценка психических состояний»: тревожность у 3% опрошенных высокий уровень; фрустрация у 2% опрошенных высокий уровень; агрессия у 5% опрошенных высокий уровень; ригидность у 5% опрошенных высокий уровень.

У 23% студентов недостаточный уровень развития коммуникативных способностей и у 14% студентов недостаточный уровень развития организаторских способностей.

У 86% студентов средний уровень эмпатийности, соответственно у 14% студентов низкий уровень эмпатийности.

По итогам проведенного исследования уровней развития отношения студентов к той или иной ценности, необходимо отметить следующее: у 15% студентов ситуативно-негативное

отношение к отечеству, у 11% студентов ситуативно-негативное отношение к миру, у 25% студентов ситуативно-негативное отношение к человеку как таковому, у 44% студентов ситуативно-негативное отношение к своему душевному «Я», у 10% студентов устойчиво-негативное отношение к своему душевному «Я».

Со студентами-первокурсниками проводилась тренинговая работа, направленная на формирование профессионально важных качеств, таких как эмпатия, коммуникабельность, толерантность и т.д. Также на занятиях проводилась работа, направленная на коррекцию эмоционально-волевою сферу: снижение уровня учебной тревожности, нервно-психического напряжения, негативизма, формирование навыков саморегуляции, повышение стрессоустойчивости студентов; развитие самосознания, способности к рефлексии, повышение самооценки, уверенности в себе; развитие активной жизненной позиции.

По результатам повторной диагностики в конце учебного года можно говорить о положительной динамике. Показатели неоптимального уровня психологической адаптивности снизились с 34% до 6%. Показатели низкой самооценки повысились до средней с 7% до 2%.

Показатели тревожности снизились от высокого уровня до среднего с 3% опрошенных до 0%; фрустрация с 2% опрошенных до 0%; агрессия с 5% опрошенных до 2%; ригидность с 5% опрошенных до 1%.

Показатели недостаточного уровня развития коммуникативных способностей снизились с 23% до 5%; показатели недостаточного уровня развития организаторских способностей с 14% до 3%.

Показатели низкого уровня эмпатийности у студентов снизились с 14% до 0%.

Также наблюдается положительная динамика следующих показателей: ситуативно-негативное отношение к отечеству с 15% до 5%, ситуативно-негативное отношение к миру с 11% до 3%, ситуативно-негативное отношение к человеку как таковому с 25% до 7%, ситуативно-негативное отношение к своему душевному «Я» с 44% до 12%, устойчиво-негативное отношение к своему душевному «Я» с 10% до 4%.

Таким образом, можно говорить об эффективности целенаправленного психолого-педагогического сопровождения субъектов образовательного процесса.

### **Библиографический список**

1. Приказ Минобрнауки России от 12.05.2014 N 502 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».

# **РОЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»**

И.М. Садовская

*ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж» г. Томск*

Основной задачей учреждений среднего специального образования является подготовка высококвалифицированных, конкурентоспособных специалистов. Важным этапом подготовки такого специалиста является развитие научно-исследовательской деятельности, которая становится основой современного процесса обучения студентов колледжа.

Выполнение выпускной квалификационной работы (далее ВКР) является частью итоговой государственной аттестации выпускников, завершающих обучение в Областном государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Томский базовый медицинский колледж» по основной профессиональной образовательной программе среднего профессионального образования.

Научно-исследовательская деятельность студента при выполнении ВКР предполагает наличие основных этапов исследования в сфере профилактической медицины и сестринского ухода: постановка проблемы, изучение теории, сбор материала, его анализ и обобщение, подбор методик исследования, практическое овладение ими, подведение итогов. Исследовательские умения закладываются еще на втором курсе при выполнении курсовой работы, когда студент осуществляет поиск, отбор информации, ее переработку, проводит анализ проделанной работы и результаты теоретических исследований на старших курсах обязательно подтверждаются практикой. Выпускная квалификационная работа является заключительным этапом подготовки медицинской сестры и имеет своей целью систематизацию, закрепление и расширение теоретических знаний и практических навыков по специальности, применение полученных знаний при решении конкретных практических задач, развитие навыков ведения самостоятельной работы, применение разных методик исследования, выявление умения делать обобщения, выводы, разрабатывать практические рекомендации для пациентов.

Темы ВКР разрабатываются преподавателями колледжа терапии, хирургии, педиатрии совместно со специалистами медицинских организаций. Исследовательская работа выпускниками колледжа проводится на базах лечебно-профилактических (стационар, поликлиника) учреждений города Томска во время прохождения преддипломной практики. Выбрав тему работы, студент обсуждает совместно с руководителем индивидуальный план

подготовки и выполнения ВКР, методику исследования и ход работы, ее цель, задачи, определяет проблему. Важным и необходимым этапом исследования является правильная постановка цели исследования. Цель исследования – это мысленное обоснованное представление результата поиска, который будет получен в процессе проведения работы над избранной темой. От цели зависит содержание и конечный результат работы. Исследователь должен поставить перед собой вопрос: что нужно сделать, чтобы цель была достигнута, т.е. решить некоторые задачи. Задача представляет собой определенный этап достижения цели. Руководитель также помогает определиться с выбором методов исследования. Это анализ литературы, анкетирование, изучение опыта, моделирование и др. В дальнейшем он консультирует студента по вопросам содержания и последовательности выполнения работы и осуществляет контроль над ее ходом. ВКР выполняется в форме дипломной работы. В процессе подготовки к защите оценивается умение студента анализировать и сопоставлять полученные данные, делать логичные выводы. Она должна иметь актуальность и практическую значимость. По своему опыту могу сказать, что результат работы зависит во многом от заинтересованности студента в проведении исследования, в понимании ее значимости. В оценке работы важны следующие моменты: имеет ли работа исследовательский характер, грамотность и последовательность изложения теоретической главы, проведен ли анализ, логично ли выстроены выводы. При защите ВКР студент-выпускник должен показать глубокие знания вопросов темы, свободно оперировать данными исследования, во время доклада использовать качественную презентацию с наглядными пособиями (таблицы, схемы, графики и т.п.), раздаточный материал, грамотно отвечать на поставленные вопросы.

Согласно предъявляемым требованиям, выполнение выпускной квалификационной работы призвано способствовать закреплению знаний, полученных в процессе изучения общетеоретических и специальных дисциплин, умений и навыков, приобретенных за время прохождения всех видов практик в медицинских организациях, их использованию в исследовательской и практической работе по специальности. Преддипломная практика направлена на углубление первоначального профессионального опыта, продолжения развития общих и профессиональных компетенций, проверку готовности обучающихся к самостоятельной трудовой деятельности.

В заключении хочется сказать, что исследовательская работа будущей медсестры способствует повышению уровня профессиональной готовности, приобретению новых знаний и саморазвитию. В целом, научно-исследовательская деятельность является необходимой составной частью овладения студентами общими и профессиональными

компетенциями на преддипломной практике, что определяет основную задачу процесса обучения в колледже - выпуск конкурентоспособного специалиста.

### **Библиографический список**

1. Бережнова, Е.В. Краевский В.В. Основы учебно-исследовательской деятельности студентов / Е.В. Бережнова, В.В. Краевский. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 128 с.
2. Петрова С. Н. Научно-исследовательская деятельность студентов как фактор повышения качества подготовки специалистов // Молодой ученый. — 2011. — №10. Т.2. — С. 173-175. — URL <https://moluch.ru/archive/33/3772/> (дата обращения: 17.09.2018).

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДВОЙНЫХ ПЕРЧАТОК С СИСТЕМОЙ ИНДИКАЦИИ ПРОКОЛОВ С ЦЕЛЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПЕРЕДАЧИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

О.В. Филатова

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

Оперативные вмешательства всегда сопряжены с повышенным риском повреждения хирургических перчаток. Данный факт обосновывает необходимость применения дополнительных методов защиты, направленных на снижение риска гемоконтактного инфицирования оперирующего персонала и пациента. Одним из таких методов является использование систем двойных перчаток с индикацией проколов.

### **Актуальность проблемы**

Проведение данного исследования наиболее значимо в свете анализа ежегодного увеличения количества лиц, имеющих гемоконтактные инфекции. В группе риска по данным заболеваниям находятся, прежде всего, медицинские работники, контактирующие с пациентами, имеющими различные гемоконтактные инфекции, в том числе протекающие латентно. Так например, в Российской Федерации по данным официальной статистики инфицировано ВИЧ - инфекцией более 1% населения. На сегодняшний день Омская область по заболеваемости ВИЧ-инфекцией занимает четвертое место по Сибирскому Федеральному округу.

Исходя из анализа количества пациентов, пролеченных в БУЗОО «Областная клиническая больница» г. Омска за 2015-2017г. отмечается ежегодный рост (в среднем на 5%) пациентов с диагнозами ВИЧ- инфекция, гепатит В и гепатит С. Следовательно, ежегодно

увеличивается риск передачи гемоконтактных инфекций, что повышает актуальность использования дополнительных способов защиты пациентов и медицинского персонала. Но своевременно получить сведения о таких пациентах можно только в плановой хирургии и лишь по 4 инфекциям, которые определены в перечне обязательного предоперационного обследования (гепатиты В и С, ВИЧ, сифилис), тогда как в настоящий момент известно более 20 гемоконтактных инфекций (цитомегаловирус, вирусы герпеса, онковирусы и пр.), представляющих не меньшую угрозу для здоровья человека.

### **Цель исследования**

Оценить эффективность применения двойных перчаток с системой индикации проколов в повышении безопасности пациента и хирургической бригады посредством снижения риска передачи гемоконтактных инфекций.

### **Практическая значимость**

Посредством применения двойных перчаток с системой индикации проколов удалось снизить риск прорыва перчаточного барьера в сравнении с одинарными перчатками. С помощью системы индикации проколов возможно своевременно выявлять повреждения перчаток, предупреждая тем самым контакт с кровью и биологическими жидкостями пациента и хирургической бригады.

### **Задачи исследования**

1. Определить частоту нарушений целостности различных видов хирургических перчаток в ходе различных оперативных вмешательств.
2. Определить частоту выявления повреждений различных видов перчаток в ходе оперативных вмешательств.
3. Оценить защитный эффект методом анализа снижения риска прорыва перчаточного барьера, который достигается при использовании систем двойных перчаток с индикацией проколов.

**Размер выборки**- 60 оперативных вмешательств.

Критерии включения - оперативные вмешательства длительностью свыше 2 часов.

Критерии исключения - оперативные вмешательства длительностью менее 2 часов.

### **Методы исследования**

Наблюдение - протокол исследования № 1 и протокол исследования № 2.

Инструментальный метод - «Тест с литром воды по стандарту ГОСТ 5223-2004» (Испытание на герметичность).

### **Описание исследования**

Исследование проводилось на базе БУЗОО «Областная клиническая больница» в отделении операционного блока № 1 и включало три этапа:

**1 этап** - на протяжении первых 3 недель бригада использовала текущие хирургические одинарные перчатки.

Во время операции отмечались явные повреждения, производилась замена перчаток. Далее все использованные во время операции хирургические перчатки делились на 2 группы: «сестринские» и «врачебные», собирались в отдельные емкости для обработки отходов класса «Б» и дезинфицировались.

Затем пересчитывались и подвергались сначала визуальному осмотру для обнаружения видимых повреждений.

После этого все использованные перчатки исследовались на предмет наличия скрытых повреждений («Тест с литром воды по стандарту ГОСТ 5223-2004» (Испытание на герметичность)). Врачебные и сестринские отдельно.

Повреждения фиксировались в протоколе исследования №1. Повреждение одной перчатки из пары учитывается как 1 случай нарушения целостности перчаток. При наличии нескольких повреждений на одной перчатке каждый дефект учитывался как отдельный случай.

**2 этап**- бригада использовала двойные перчатки с индикацией прокола – без регистрации повреждений (период адаптации к двойным перчаткам при выполнении операций).

**3 этап** - бригада продолжала использовать двойные перчатки с индикацией прокола. Во время операции отмечались явные повреждения, производилась замена перчаток. Далее все использованные во время операции хирургические перчатки делились на 2 группы: «сестринские» и «врачебные», собирались в отдельные емкости для обработки отходов класса «Б» и дезинфицировались. Внешние и внутренние перчатки отдельно.

Затем пересчитывались и подвергались сначала визуальному осмотру для обнаружения видимых повреждений.

После этого все использованные перчатки исследовались на предмет наличия скрытых повреждений («Тест с литром воды по стандарту ГОСТ 5223-2004» (Испытание на герметичность)). Врачебные и сестринские отдельно.

Повреждения фиксировались в протоколе исследования № 2. Данные, полученные на 1-м и 3-м этапах исследования подвергались сравнению и дальнейшему анализу.

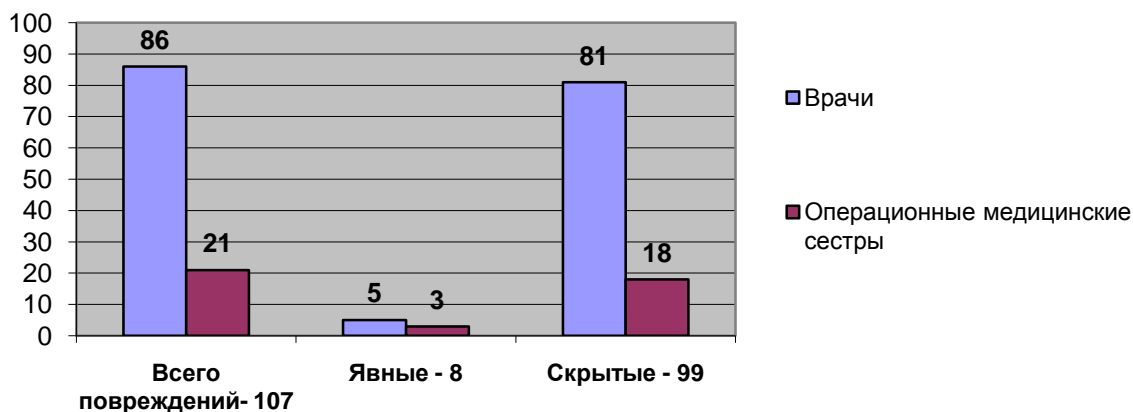
### **Результаты исследования**

Исходя из анализа результатов 1 и 3 этапа исследования можно сделать вывод, что персонал операционных блоков как сестринский, так и врачебный подвергает себя риску. Во время хирургического вмешательства при использовании одинарных перчаток персонал замечает



лишь 7,5 % от общего числа повреждений (рис. 1).

**Рис. 1 Структура повреждений перчаток 1 этап.**

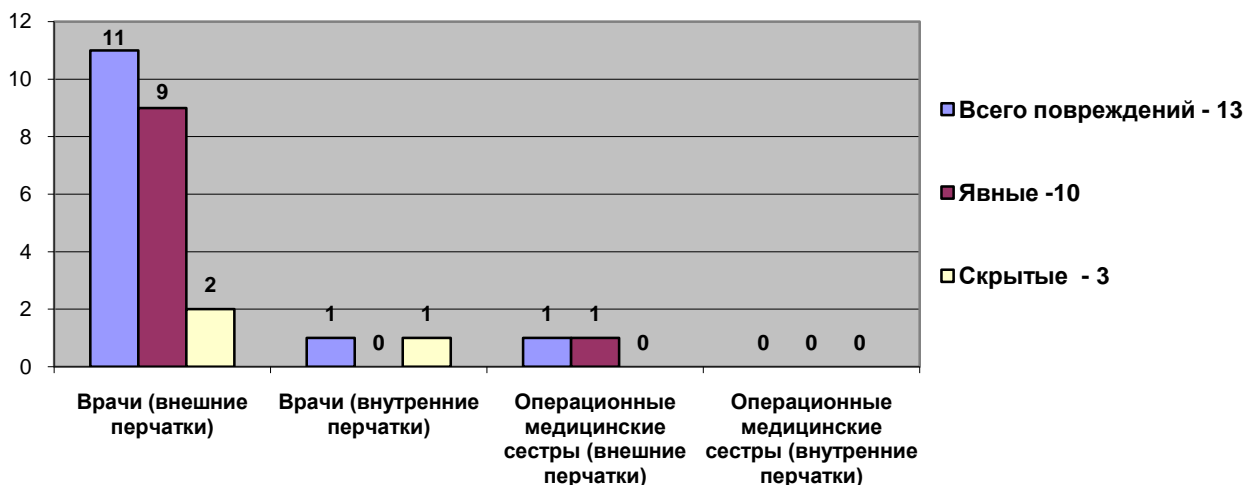


Более 92,5% повреждений оказались незамеченными, следовательно, учитывая, что использовались одинарные перчатки, кровь пациента непосредственно попадала на кожу рук оперирующей бригады, что было бы исключено при работе в системе двойных перчаток.

При использовании системы двойных перчаток с индикацией прокола выявляемость повреждений была выше более чем в 10 раз – 77% повреждений были замечены в ходе операции, причем в 92,3% случаев повреждалась только внешняя перчатка, следовательно кровь пациента непосредственно не попадала на кожу рук оперирующей бригады, за исключением одного сквозного прокола внешней и внутренней перчатки (рис. 2).

Вывод: использование систем двойных перчаток с индикацией прокола ведет к достоверно лучшему выявлению нарушений их целостности и снижению вероятности попадания крови пациента на кожу рук оперирующего персонала в ходе хирургических вмешательств.

**Рис. 2 Структура повреждений перчаток 3 этап.**



## Выводы

Принимая во внимание значительное сокращение количества скрытых повреждений перчаток с 92.5% до 23% и, в особенности, —значительное снижение риска экспозиции крови пациента на руках оперирующего персонала (в 92,3%случаев повреждалась только внешняя перчатка), клиническую значимость защитного эффекта, который достигается при использовании двойных перчаток с системой индикации проколов, можно оценить как высокую: своевременное выявление проколов перчаток позволит сократить время контакта с кровью пациента и снизить риск инфицирования медицинских работников при выполнении хирургических вмешательств.

Использование двойных перчаток с системой индикации проколов можно рекомендовать для проведения хирургических вмешательств с повышенным риском инфицирования медицинского персонала.

**ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:  
СОВРЕМЕННЫЙ ПРОФИЛЬ СПЕЦИАЛИСТА  
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РОЛЬ  
СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ  
КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ**

А.Н. Белоус, С.Ф. Дацюк

*БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

Высокотехнологичная медицинская помощь пациентам по трансплантации почки в городской клинической больнице № 1 им. Кабанова А.Н. оказывается на базе хирургического отделения № 2, которое рассчитано на 25 коек, из них четыре находятся в палате интенсивной терапии. Медицинскую помощь оказывает опытный врачебный и сестринский персонал. Штат медицинских сестер состоит из старшей медицинской сестры, 4-х медицинских сестер палатных, медицинской сестры процедурной, медицинской сестры перевязочной и 8-ми медицинских сестер – анестезистов. Из них четыре медицинские сестры участвуют непосредственно в операции по трансплантации и работают совместно с врачом - анестезиологом, и еще четыре медицинских сестры работают в палате интенсивной терапии и оказывают реанимационную помощь пациенту после операции.

Условно работу медицинских сестер можно разделить на несколько этапов: подготовительный, интраоперационный, операционный, послеоперационный и реабилитационный.

Так как пациенты находятся в листе ожидания на трансплантацию от нескольких месяцев до нескольких лет, они на протяжении подготовительного периода получают заместительную терапию (гемодиализ) и проходят периодическое обследование в нашем отделении. В хирургическом отделении № 2 выполняются операции по обеспечению постоянного сосудистого доступа для проведения гемодиализа и других манипуляций путем установления артериовенозной фистулы, т.е. подшивания крупной периферической вены к артерии, что облегчает работу сестринского персонала и улучшает качество жизни пациентов, снижая страх, стресс и боль при оказании медицинской помощи. Все медицинские сестры отделения обучены работе с артериовенозной фистулой.

В задачу медицинских сестер на подготовительном этапе входит - выполнение стандарта медицинских слуг по взятию крови на клинический и биохимический анализ крови, коагулограмму, исследование кислотно-щелочного состояния, газового и электролитного состава крови, определение группы крови и резус-фактора, на вирусологические и иммунологические исследования через артериовенозную фистулу. А также помощь пациенту в подготовке к инструментальным методам исследования и сопровождение на УЗИ органов

брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию органов грудной клетки. Результаты анализов и исследований хранятся на каждого пациента до осуществления пересадки органа. Очень важно в подготовительном периоде обучить пациента правильной подготовке к исследованию, рассказать об аккуратности и соблюдении личной гигиены при наличии артериовенозной фистулы, о соблюдении режима питания и приема жидкости, режима двигательной активности, контроля веса для определения наличия отеков и т.д.

Когда появляется донор, врач сообщает это реципиенту и вызывает его в стационар. Для каждого пациента любое оперативное вмешательство – это стрессовая ситуация и задача сестринского персонала - постараться уменьшить его страх перед операцией. Благодаря правильной психологической подготовке пациента в интраоперационном периоде сестринский персонал старается снизить уровень тревожности, волнения, так как это способствует благоприятному течению операции, уменьшению послеоперационной боли и частоты послеоперационных осложнений. Поскольку основные исследования имеются на каждого пациента, подготовка к неотложной операции включает взятие свежих анализов крови на электролиты (К, Na), контроль показателей гемоглобина и гематокрита, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки. Медицинская сестра измеряет артериальное давление, температуру тела и вес, проводит очищение кишечника, бритье операционного поля. После этого пациент подается в операционную.

Трансплантация почки – это хирургическая операция, которая является наиболее эффективным и радикальным методом заместительной почечной терапии, заключающейся в пересадке пациенту почки, полученной от донора. Трансплантация почки позволяет значительно увеличить продолжительность жизни пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности и существенно улучшить ее качество. Так, пациенты, получающие гемодиализ в возрасте 40-59 лет, живут в среднем на 11 лет меньше по сравнению с теми, кому выполнена трансплантация. Для пациентов, находящихся в возрастной группе 20 - 39 лет эта разница составляет уже 17 лет.

В операционном блоке за хирургическим отделением № 2 закреплена своя операционная. Медицинская сестра – анестезист, участвующая в операции, знает все особенности проведения операций по трансплантации органов. Она готовит наркозную аппаратуру (интубационные трубки, маски, проверяет заполняемость и наличие баллонов с кислородом, закисью азота, циклопропаном и др.), разворачивает наркозный столик, столик для переливания крови и кровезаменителей, подготавливает аппарат для отсасывания слизи и крови, необходимые медикаменты, готовит к наркозу шприцы, системы для переливания крови, набор для трахеостомии, перевязочный материал и отвечает за их стерильность.

Перед оперативным вмешательством медицинская сестра обязательно беседует с пациентом, чтобы выявить наличие аллергических реакций на медикаменты, успокоить, вселить надежду на удачный исход операции. По назначению врача-анестезиолога проводит медикаментозную подготовку пациента к наркозу и укладывает на операционный стол.

Во время операции медицинская сестра - анестезист проводит мониторинг состояния пациента: следит за уровнем артериального давления, пульса, выполняет инъекции по назначению врача – анестезиолога. Она знает симптомы осложнений наркоза, чтобы при необходимости обратить на них внимание врача. Следит за наличием и правильным учетом медикаментов, которые используются для проведения наркоза.

После окончания операции пациент поступает в палату интенсивной терапии, в которой имеются аппараты искусственной вентиляции легких, аппарат экстракорпоральной коррекции гомеостаза «Призмафлекс» (аппарат для проведения постоянной вено – венозной гемофильтрации - метода экстракорпорального очищения крови, основанного на фильтрации крови через синтетическую высокопроницаемую мембрану). Эта функция аппарата может сочетаться с постоянным вено - венозным гемодиализом, что обеспечивает при одной и той же объемной скорости потоков максимальное очищение крови и, в то же время, позволяет выводить большие объемы жидкости за один сеанс (до 10-12 л), что вдвое сокращает продолжительность каждой процедуры. Также этот уникальный аппарат производит терапевтический плазмообмен (замещение плазмы пациента донорской плазмой и плазмозаменителями) и гемосорбцию (метод терапии, направленный на удаление из крови различных токсических продуктов путем контакта крови с сорбентом вне организма).

У каждой койки в палате интенсивной терапии закреплены гемодинамические мониторы для осуществления контроля жизненно важных функций пациента: измерение частоты дыхания и ее колебание в течение суток; измерение частоты сердечных сокращений (пульса); контроль уровня артериального давления; оценки оксигенации (степени насыщенности кислородом). Медицинские сестры ведут контрольные листы наблюдений, где по часам, фиксируют, помимо перечисленных показателей, центральное венозное давление - через каждые 4 часа, при полиурии/ олигурии – ежечасно, температуру тела, вес, ЭКГ с последующим описанием в отделении функциональной диагностики, контроль количества энтерального и парентерального питания, контроль потребления жидкости. Подсчет баланса жидкостей производится каждые 6 часов. Измерение диуреза - каждые 1–2 часа, по крайней мере, в течение 24 часов после трансплантации, далее ежедневно. Контроль и уход за мочевым катетером, который промывается в послеоперационном периоде каждые 2-3 часа, для избежания осложнения – мочевого затека. Контролируют объем и характер отделяемого по дренажам. При нарушении оттока мочи, макрогематурии промывают дренаж из почки

физиологическим раствором под контролем врача хирурга-трансплантолога. Производят контроль перспирации (выделения жидкости через кожу), контроль частоты стула. По назначению врача осуществляют взятие крови на анализы: общий анализ крови – 1 р/сутки; гемоглобин, эритроциты, тромбоциты – по необходимости и при подозрении на кровотечение; биохимический анализ крови: белок, альбумин, билирубин, АСТ, АЛТ, амилаза, - ежедневно; на гликемию – 2 р/сут, при необходимости – профиль (пациентам с сахарным диабетом и пожилым лицам), электролиты крови (калий, натрий, кальций, хлор) и мочевины, креатинин – ч/з 12ч, при полиурии или анурии – возможно чаще; контроль кислотно-щелочного состояния – ч/з 6 часов первые сутки и до восстановления функции почки, рутинно – ч/з 12час.; коагулограмма –1 р/сут, содержание иммуносупрессанта в крови – ежедневно, до приема утренней дозы препарата, по назначению врача - ПТИ.

Так как пациенты после трансплантации почки первое время находятся на программном гемодиализе, медицинская сестра следит за состоянием фистулы (с целью профилактики тромбоза), при проведении диализа соблюдает правильность пунктирования артериовенозной фистулы (прокол в прежнее место не ранее, чем через 7-10 дней после первого), при пунктировании не допускается образование гематом.

Медицинская сестра – анестезист палаты интенсивной терапии следит за тем, чтобы первые 12 часов после операции пациент соблюдал голод, до появления перистальтики. Обеспечивает пациента питьем по требованию, преимущественно питьевой водой, которая не ограничивается. Решение о двигательной активности принимает врач индивидуально с каждым пациентом, но в среднем на второй – третий день разрешено присаживаться и в этом помощь пациентам оказывает медицинская сестра.

Немаловажную роль в послеоперационном периоде играет прием иммунодепрессантов, которые медицинская сестра дает пациенту по назначению врача строго по времени, так как постоянное поддержание необходимой концентрации препаратов является важнейшим фактором предупреждения острых кризов отторжения и адаптации организма к трансплантату.

После того, как состояние пациента, перенесшего трансплантацию почки, стабилизируется (пациент может самостоятельно ходить, питаться, показатели гемодинамики нормализуются), он переводится в общую палату, где за ним продолжает наблюдение и уход медицинская сестра палатная. На данном этапе оказания высокотехнологичной медицинской помощи основной задачей сестринского персонала является оказание помощи пациенту по привыканию к новым условиям жизни, обучение навыкам, которые необходимо знать после перенесенной сложной операции, обеспечение пациентов памятками и наставлениями.

Медицинская сестра следит за постепенным увеличением физической нагрузки по рекомендации врача с ограничением приседаний и подъема тяжестей. Советует пациенту принимать в пищу больше белка, который необходим, чтобы организм нормально восстанавливался после операции. Избегать употребления продуктов, содержащих много соли, так как они приводят к накоплению соли и воды в тканях. Ограничить в пище углеводы - сахар и сладости. Ограничить употребление животного жира. Дает рекомендацию избегать прямого солнечного света, не загорать, пользоваться средствами от загара. При появлении на коже каких-либо изменений сразу же обращаться к врачу. Женщинам рекомендуется проводить самостоятельную пальпацию молочных желез. Пациентам рассказывается о возможных осложнениях, главным из которых является отторжение трансплантата, которое может произойти в любое время, не зависимо находится пациент в стационаре или уже выписан домой. Пациенту рекомендуется незамедлительно обращаться в хирургическое отделение № 2, если появились: лихорадка, болезненность в области послеоперационного шва, отеки ног или рук, уменьшение количества мочи, учащенный пульс, повышение кровяного давления, прибавка в весе или чувство недомогания, которое говорит о том, что в организме что-то неладно.

За пятнадцать лет работы в отделении проведено триста девяносто шесть успешных операций по трансплантации почки, в этом есть заслуга и успех всего персонала отделения, что является несомненным показателем высокой профессиональной компетентности и квалификации коллектива медицинских сестер отделения трансплантации.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА СЕСТЁР – ХОЗЯЕК – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ОКАЗАНИИ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

В.В. Гущина

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

Обеспечение качественного и эффективного лечебного процесса в медицинской организации во многом зависит от работы младшего медицинского и прочего персонала и, в частности, от деятельности сестры- хозяйки, которая непосредственно организует и руководит работой этой категории персонала. Отсюда и высокие требования, предъявляемые к подбору и профессиональной подготовке сестер - хозяйек.



Современная сестра – хозяйка - это руководитель, обладающий определенной административно- хозяйственной самостоятельностью, и имеющий достаточный уровень знаний по вопросам:

- ✓ ведения хозяйственной деятельности в медицинской организации;
- ✓ организации рабочих мест младшего и прочего персонала;
- ✓ эксплуатации, учета, хранения и списания инвентаря и других материальных ценностей, стоящих на подотчете;
- ✓ санитарии и гигиены труда;
- ✓ соблюдения санитарно- гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ психологии профессионального общения и др.

Для подготовки специалиста такого уровня необходима не только системная работа по повышению квалификации непосредственно на рабочем месте в медицинской организации, (технические учебы, семинарские занятия, аттестация на рабочем месте), но и специальная подготовка на базе бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения Омской области». С 2001 года на базе Центра ведется планомерная подготовка сестер-хозяек на цикле «Сестра- хозяйка». Первым преподавателем данного цикла являлась старшая акушерка отделения патологии беременности родильного дома Е.В. Красова, а с 2003 года В.В. Гущина старшая медицинская сестра кардиологического реабилитационного отделения БУЗОО «ОКБ».

Тематический план курса включает изучение не только основных разделов деятельности сестры - хозяйки но и вопросы:

- ✓ законодательства РФ с акцентом на нормативно- правовые акты, регламентирующие деятельность учреждения здравоохранения;
- ✓ основ трудового законодательства охраны труда и техники безопасности;
- ✓ ведения документооборота на рабочем месте;
- ✓ психологических аспектов межличностного и профессионального общения;
- ✓ владение персональным компьютером.

Несомненным достоинством этого метода обучения является передача опыта на рабочем месте, начиная от самой организации рабочего места, ведения документации, связанной с вопросами материальной ответственности, инфекционной безопасности, планирования и анализа своей деятельности. Итогом прохождения курса является экзамен.

И если, в 2001 году объем тематического курса составлял 72 часа, то в настоящее время согласно календарно- тематического плана он проводится в объеме 288 часов и по окончании выдается удостоверение о повышении квалификации. Следует отметить, что данный курс

подготовки сестер- хозяек имеется только в Омской области. Планирование циклов обучения сестер- хозяек в центре проводится на основании заявок главных медицинских сестер медицинских организаций. Так, с 2001-2006гг ежегодно обучалось до 30 специалистов, то в настоящее время обучение проходят до 100 сестер- хозяек в год, при увеличении количества циклов обучения до 3- 4 ежегодно. Вместе с тем анализ состава слушателей показал, что 90% обучаемых, это сестры- хозяйки городских медицинских организаций и только 10% из сельских районов области. Согласно современным квалификационным требованиям при назначении на должность сестры – хозяйки необходимо наличие полного среднего образования. Обучение этого персонала является важнейшим инструментом, с помощью которого руководство медицинской организации получает возможность повышать потенциал человеческих ресурсов и оказывать влияние на формирование организационной культуры в больнице.

Одним из инициаторов организации данного цикла на базе ЦПК была Областная клиническая больница, которая и стала практической базой подготовки сестер- хозяек на протяжении многих лет. Используя большой опыт работы по организации деятельности младшего медицинского и прочего персонала в БУЗОО «ОКБ» подготовлены и используются в работе сестер-хозяек нашего региона методические рекомендации «Организация деятельности сестры- хозяйки и младшего медицинского персонала». Впоследствии сборник был дополнен новыми регламентирующими документами, и требованиями к деятельности младшего медицинского и прочего персонала МО.

Сделано немало, но вместе с тем есть понимание, что новые задачи, стоящие перед медицинским сообществом, требуют новых подходов к деятельности младшего персонала, в том числе сестер- хозяек, к системе подготовки и переподготовки этой категории специалистов.

## **ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ПРОФИЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ – АНЕСТЕЗИСТА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Н.Б. Жорова, И.М. Курочкина

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

Образ медицинского работника начал формироваться еще в глубокой древности. Гиппократ считал, что медицинский работник должен быть скромным и сдержанным, добрым и

вежливым, постоянно обогащать свои знания и прислушиваться к мнению коллег, видеть свою цель не в добывании славы и денег, а в облегчении страданий и исцелении больных, в самоотверженном служении людям, которые обращаются к нему за помощью и за советом. Медицинская сестра-анестезист должна быть квалифицированной, обладать такими качествами как, высокое мастерство и профессиональная настойчивость, наличием практических и теоретических знаний, компетентностью, наблюдательностью и проницательностью. Без объективных знаний деятельность медицинской сестры - анестезиста является не профессиональной, поэтому профессионально-личностное развитие этих специалистов является одной из важных задач учебно-образовательного процесса. Разрабатывая учебные программы, определяя цели и задачи обучения, содержание и методы психолого-педагогического сопровождения будущих специалистов, преподавательский состав БУДПО ОО ЦПК РЗ и сотрудники отделения анестезиологии реанимации БУЗОО «ОКБ» в своей деятельности основываются на взаимосвязи теории и практики в подготовке будущих специалистов. Профессионализация является способом реализации специалиста, становления его субъектности, позволяющей самостоятельно и творчески строить и развивать собственную профессиональную деятельность. В результате освоения основ профессиональной деятельности медицинской сестры - анестезиста формируются профессиональные мотивы, приобретаются знания психосоциальных технологий и соответствующие им умения и навыки, развиваются профессионально значимые качества и профессионально-психологическая культура. Такое освоение профессии в период его подготовки служит основой для успешной практической деятельности и творческого подхода к ее реализации. Специалисты должны освоить не только учебную информацию, но и научиться практически реализовывать полученные знания, умения и навыки, преобразуя их в профессиональные компетенции. Высокий профессионализм медицинской сестры-анестезиста можно охарактеризовать способностью нести ответственность за свою работу, ответственность за пациента – это её профессионально-этическая обязанность. Профессиональная ответственность направлена на оказание высококачественной медицинской помощи. Сегодня активно внедряются в процессы обучения профессиональные стандарты. Деятельность медицинской сестры - анестезиста открыта для контроля и проведения сестринских исследований. Ответственность за здоровье и жизнь пациентов лежит не только на врачах. Нормы уголовного права, устанавливающие ответственность за преступления, совершенные медицинским работником при выполнении профессиональных обязанностей также лежит и на среднем и младшем медицинском персонале. Резюмируя вышеизложенное, можно сформулировать понятие компетентности и профессионализма медицинской сестры - анестезиста в виде следующих критериев: ответственность, высокая

квалификация, способность решения трудных случаев, умение сопереживать и понимать состояние как больных, так и здоровых людей, наличие навыков установления благоприятных отношений с пациентами, умение анализировать свое поведение, умение осознавать ответственность, способность воспринимать и оказывать социально-психологическую поддержку пациентам. Высокий профессионализм, личная ответственность медицинских сестер-анестезистов направлены на улучшение качества оказания профессиональной медицинской помощи.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ФИЗИОТЕРАПИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

Н.Н.Захарова

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

Доступность современной качественной медицинской помощи - важнейшая задача обеспечения качества жизни и благосостояния людей.

Одним из решающих факторов достижения высокого качества медицинской помощи пациентам является профессиональная компетентность персонала.

Наличие подготовленных, квалифицированных медицинских работников – это ключевая задача здравоохранения.

Пациент - ориентированный подход к оказанию медицинской помощи – это один из важнейших принципов соблюдения права человека на здоровье, который подразумевает информирование пациента и открытую коммуникацию с ним со стороны медицинских работников. Важным для медицинского персонала становится создание широкого спектра компетенций и прочно сформированных навыков без риска вреда пациенту и персоналу.

Профессиональные качества современного специалиста определяются рядом факторов: медицинское базовое и специальное профессиональное образование, приобретённые навыки, стаж и опыт работы, а также личностные и социальные качества. При этих условиях медицинские сёстры достигают высокого профессионализма и способны осваивать и внедрять современные технологии. Всё это возможно только при непрерывном повышении квалификации.

Огромная роль в последипломной подготовке квалифицированных кадров в нашем регионе принадлежит Бюджетному учреждению дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» (БУ ДПО

ОО «ЦПК РЗ»). Используя инновационные образовательные технологии, центр обучает специальности, обновляет знания, умения и навыки слушателей.

Последипломная подготовка (обучение вне рабочего места) сестринского персонала, имеющего практический опыт для получения новой специальности, в частности медицинской сестры по физиотерапии, начинается с прохождения дополнительной профессиональной переподготовки. Во время обучения специалисты получают обширные теоретические знания, а также практические навыки при работе на физиотерапевтическом оборудовании. Одновременно обновляются знания по основным разделам медицины.

Жизнь диктует новые требования к профессионализму медицинских работников. Поэтому работающие специалисты участвуют в постоянно действующих семинарах центра, мастер-классах, тренингах по неотложной помощи, инфекционной безопасности, медикаментозному обеспечению, сестринскому делу, психологии, профилактической работе с населением и др. Огромная роль в совершенствовании практических навыков и умений у слушателей отводится технологии симуляционного обучения на современных фантомах, тренажерах, медицинском оборудовании. Таким образом, современная организация профессионального обучения является одной из основных задач, в связи с возрастающими требованиями к компетентности специалиста. Всё это возможно благодаря тесному сотрудничеству преподавателей центра повышения квалификации с БУЗОО «ОКБ», на базе которой проводятся практические занятия со слушателями. Специалисты центра передают свои знания медицинским сёстрам, вкладывая в них частичку своей любви к профессии.

Физиотерапевтическое отделение больницы является базой БУ ДПО ОО «ЦПК РЗ» для практических занятий медицинских сестёр по специальности «Физиотерапия».

Современная физиотерапия обладает большими лечебными возможностями в сохранении, восстановлении и укреплении здоровья человека, поэтому всё более высокие требования предъявляются к работе медицинской сестры по физиотерапии, которая должна с достаточной ясностью представлять механизм действия физических факторов на организм человека и в совершенстве владеть методиками проведения процедур.

Организации физиотерапевтической помощи пациентам ведется в двух направлениях: организация профессиональной подготовки персонала по специальности «Физиотерапия» и рациональное использование кадров, в этом направлении работает физиотерапевтическое отделение БУЗОО «ОКБ». Весь сестринский персонал имеет специализацию и сертификаты. В отделении проводится аттестация медицинских сестер на рабочем месте, которая позволяет выявить уровень теоретической подготовки и владение профессиональными навыками. Регулярно проводятся конференции, технические учёбы,

инструктажи по работе с новым оборудованием, семинары на наиболее актуальные темы, мастер-классы с отработкой методик проведения процедур. Обмен опытом и отработка профессиональных навыков при проведении физиотерапевтических процедур специалистами является крайне важным для повышения компетенции.

Большое внимание уделяется медицинским сестрам, пришедшим на работу. За молодым специалистом закрепляется опытный наставник, который осуществляет обучение согласно индивидуальному плану. Для скорейшего и качественного овладения профессией для новых медицинских сестёр проводятся учёбы в школе молодого специалиста по плану учебно-методического центра больницы. Особое внимание уделяется вопросам освоения всех методик проводимых в отделении, соблюдению правил техники безопасности и санитарно - эпидемиологического режима, этических норм поведения.

В отделении работают медицинские сестры, имеющие большой опыт работы и молодые, начинающие путь в медицине, что даёт положительный результат, так как происходит постоянная передача знаний и опыта по физиотерапии.

В отделении хорошее материально-техническое оснащение, которое постоянно обновляется современной аппаратурой. Рабочие места медицинских сестер организованы в соответствии со стандартами, разработаны технологии проведения процедур по физиотерапии.

Внедрение новых современных методик, предъявляет высокие требования к сестринскому персоналу по их проведению. Все физиотерапевтические процедуры отпускаются согласно методическим указаниям, при отпуске процедур важно строго соблюдать правила техники безопасности при работе с электрооборудованием, лечебно - охранительного и санитарно-эпидемиологического режимов, что улучшает качество лечения пациентов.

Медицинским сестрам по физиотерапии отводится значительная роль в проведении гигиенического обучения и воспитания населения, направленное на формирование отношений личности к своему здоровью, на дальнейшее повышение уровня санитарной культуры, способствует формированию здорового образа жизни пациентов. Для этого в отделении проводится работа по выпуску санитарных бюллетеней, проводятся индивидуальные и групповые беседы, обновляются материалы в «Уголках здоровья».

Неотъемлемой частью повышения профессионального уровня является постоянное чтение и изучение новой литературы и методических рекомендаций по специальности «Физиотерапия».

Медицинские сестры отделения ежегодно участвуют во всероссийских конкурсах профессионального мастерства, что способствует повышению квалификации.

Использование современных технологий, сотрудничество с медицинским персоналом других отделений, работа единой командой, способствует эффективной деятельности отделения в

улучшении качества лечебного процесса. Планомерная работа по повышению профессионального уровня вырабатывает у медицинских сестер по физиотерапии больницы чувство ответственности, уверенности в своих знаниях и практических навыках, что способствует повышению качества оказания медицинской помощи пациентам и скорейшему их выздоровлению. Медицинской сестре необходимо учиться на протяжении всей профессиональной деятельности, чтобы быть современным высококвалифицированным специалистом для оказания качественной и своевременной медицинской помощи пациентам.

### **Библиографический список**

1. Вестник ассоциации медицинских сестёр России № 1/35 2018
2. Вестник ассоциации медицинских сестёр России № 2/36 2018
3. Вестник ассоциации медицинских сестёр России № 3/37 2018

## **РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО СТЕРИЛИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

О.Ю. Землякова

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

Сестринский персонал, составляющий самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги, рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи.

Вопрос улучшения качества медицинской помощи в настоящее время приобрел характер важнейшей задачи, непосредственно связанной с политикой и стратегией организации здравоохранения.

Одним из компонентов в обеспечении качества медицинской помощи является сведение до минимума риска для пациента при осуществлении медицинских вмешательств.

Важным аспектом инфекционной безопасности является качественная подготовка изделий медицинского назначения к диагностическим и лечебным манипуляциям, в частности хирургическим вмешательствам.

Обязательной составной частью единого процесса оказания качественной медицинской помощи является организация современных стерилизационных отделений с

высокопрофессиональными сестринскими кадрами. Отвечая требованиям времени, медицинские сестры стерилизационной не только осуществляют стерилизационную деятельность, но и призваны освобождать медицинских сестер отделений от обработки инструментария, формирования наборов, тем самым, давая возможность уделять больше внимания элементам ухода для улучшения качества обслуживания пациента в стационаре.

Постоянно развивающиеся высокие технологии в области медицины увеличили номенклатуру и разнообразие изделий медицинского назначения многократного применения, а также повысили требования к качеству обработки этих изделий. Для выполнения этих требований в Омской областной клинической больнице организовано современное стерилизационное отделение, в котором ведется поиск, и внедряются новые методы предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения. На сегодняшний день отделение оснащено новейшим моечно-дезинфицирующим и стерилизационным оборудованием с автоматическим программным управлением. В настоящее время в нашем отделении применяется достоверный способ определения качества очистки медицинских инструментов. В целях повышения надежности процессов предстерилизационной обработки используются индикаторы для мониторинга контроля эффективности очистки медицинских инструментов в автоматических моечно-дезинфицирующих машинах. Для финишной стерилизации применяют современные упаковочные материалы: бумажно-пленочные пакеты, креповая бумага, обеспечивающие высокий уровень антибактериальной защиты, и при необходимости, обеспечивающие длительное хранение изделий. Основным же фактором, определяющим качество сестринской помощи, является квалификация средних медицинских кадров.

Стремительное развитие современной медицины требует от медицинской сестры стерилизационной высоких профессиональных знаний. От неё во многом зависит качество оказания медицинской помощи и длительность периода выздоровления пациентов, инфекционная безопасность пациентов и сотрудников. Сотрудники ЦСО постоянно повышают профессиональный уровень в Бюджетном учреждении дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» на цикле «Сестринское дело в центральном стерилизационном отделении. где они получают хорошую теоретическую подготовку и практические навыки использования современных средств и методов стерилизации изделий медицинского назначения. Ежемесячно посещают семинарские занятия, конференции, техучёбы, мастер-классы, изучают документы регламентирующие работу отделения. Это помогает лучше понять проблемы стоящие перед медицинскими работниками, всесторонне их обсудить и разработать тактику системного подхода к обеспечению качественной медицинской помощи.



Невозможно улучшить качество диагностики и лечения больных без глубокого понимания важности обеспечения качества стерилизационных мероприятий. Медицинская сестра ЦСО несет ответственность за обеспечение сестринской помощи пациенту на всех этапах реабилитационного периода, отвечая за качество очистки, упаковки и комплектации наборов, за правильность эксплуатации оборудования и качество стерилизации.

В настоящее время при постоянно развивающихся медицинских технологиях медицинская сестра является специалистом в области ухода за инструментарием, обеспечивает его исправность и сохранность на протяжении многих лет, ведет строгий учет медицинского инструментария, сдаваемого на обработку. Для этого разработаны формы бланков заявок на комплектацию и стерилизацию изделий медицинского назначения. Все количество инструментария, принятого на предстерилизационную обработку, фиксируется в электронном варианте в компьютерной программе XL. Это позволяет отследить количество используемого инструментария в отделениях больницы и объем обработанных изделий в ЦСО. Медицинская сестра стерилизационной - это исследователь современных методов стерилизации и дезинфекции, новейших упаковочных материалов. Медицинскими сестрами нашего отделения проведено ряд исследований, по результатам которых внедрены современные упаковочные материалы, механизированы трудоемкие процессы обработки и стерилизации, приняты в работу стандарты по комплектации наборов в перевязочных кабинетах индивидуально для каждого пациента по видам перевязки, что повысило качество медицинской услуги и комфорт работы медицинского персонала. Все это позволило повысить экономическую эффективность деятельности больницы. Кроме этого медицинская сестра стерилизационной – это педагог. Мы проводим обучение всего медицинского персонала больницы, студентов правилам работы со стерильными наборами, стерилизационными коробками, перевязочным материалом. В нашем отделении, по вопросам организации работы ЦСО, ежегодно проходят обучение 2 группы слушателей «Центра повышения квалификации работников здравоохранения», студенты медицинских колледжей во время прохождения производственной практики.

Соединяя все эти профессиональные качества, медицинская сестра стерилизационная обеспечивает пациентов и персонал качественными изделиями медицинского назначения, тем самым снижает риск развития и распространения ИСМП., повышает удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

Наша суть отражается в наших повторяющихся действиях.

Отсюда совершенство есть не действия, а привычка.

(Аристотель)

## ВЫБОР ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ПАЦИЕНТА

Е.В. Ильиных

*БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

В современном сестринском деле широко используются достижения медицинской науки и техники, применяются инновационные технологии, которые позволяют значительно улучшить качество сестринского ухода и облегчить труд медицинского работника, повысить качество жизни пациента.

Во многих развитых странах использование имплантируемого венозного порта входит в современные стандарты химиотерапии и предусматривается требованиями международных исследовательских протоколов. В России подобных утвержденных документов пока нет.

Подкожные катетеры не входят в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако Российский опыт (по данным Российского онкологического научного центра им Н.Н.Блохина) показал высокую надежность и целесообразность применения подкожных венозных портов в клинической практике.

Для лечения пациентов, имеющих онкологические заболевания, в настоящее время широко применяется метод химиотерапии, эффективность которого предполагает увеличение доз препаратов, продолжительность и повторяемость курсов лечения. Обычно введение лекарственных препаратов осуществляют через периферический или центральный венозный катетер. Неоднократные пункции и катетеризации периферических вен для проведения диагностических тестов, осуществления поддерживающего лечения и парентерального питания снижают качество жизни пациентов, так как процедуры сопряжены с раздражением сосудистой стенки, приводящим к болевым ощущениям, риском развития флебита, флеботромбоза, некроза тканей при случайной экстравазации ряда лекарственных средств.

В 1995 году в России была произведена первая имплантация порт-системы для осуществления свободного длительного сосудистого доступа. На данный момент существует более 10 различных видов портов: стационарные подкожно - имплантируемые порты, порты низкого профиля, двойные порты с двух-просветным катетером, имплантируемые порт - системы для инфузии высокого давления и для контрастной компьютерной томографии, а также подкожно имплантируемые порт-системы сосудистого доступа томографии и подкожно имплантируемые порт - системы сосудистого доступа.

Порт-система позволяет использовать венозный, артериальный, перитонеальный, плевральный или спинальный доступ в течение длительного периода времени.

С 2013 года в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница №1 им Кабанова А.Н.» в отделении гематологии и химиотерапии получают лечение четыре пациента с имплантируемыми порт-системами в среднем по семь курсов лечения в год.

Современная порт - система, применяемая для проведения химиотерапии, представляет собой имплантируемый катетер, прикрепленный к камере, расположенной подкожно. Главными компонентами порт - системы являются: порт, состоящий из основного корпуса, силиконовой мембраны и обычно титанового резервуара, который подключается к катетеру при помощи канюли. Для инъекции используется исключительно игла Губера (Сурекан) с особой формой острия, которая не повреждает порт. Установка порта проводится в асептических условиях, в операционной под местной анестезией.

Для осуществления длительных инфузий в настоящее время в основном применяется три вида внутривенного доступа:

- через периферический венозный катетер (ПВК), имеющий короткий срок эксплуатации 3 - 4 дня;
- через центральный венозный катетер (ЦВК), срок эксплуатации которого один месяц;
- и через современную имплантируемую порт - систему, срок эксплуатации которой от 4 - 6 месяцев и до 10 лет.

Имплантируемая порт-система имеет ряд преимуществ перед использованием центрального или периферического венозного катетера:

- Самый длительный период эксплуатации, что позволяет использовать сосудистый доступ без замены до 10 лет.
- Обеспечение 100% внутривенного введения лекарственных препаратов при проведении химиотерапии. Большой объемный кровоток позволяет мгновенно соединить препарат с кровью, сильно снижая концентрацию и раздражающее действие на венозную стенку, лекарственные средства становятся более безопасными для пациента. Возможность широчайшего спектра вводимых препаратов, отличающихся активными действующими компонентами, ионным составом, РН, осмотической концентрацией. При использовании периферического венозного катетера для химиотерапии 75% объема лекарственных препаратов вводят через сосудистый доступ, а 25% - подкожно или внутримышечно. При использовании ЦВК – 100% объема лекарственных препаратов вводят через сосудистый катетер.
- Возможность осуществления вколов для проведения инфузий при химиотерапии через один доступ, без каких - либо повреждений вен с сохранностью их для последующего использования. Отсутствие проколов вены позволяет проводить только подкожную

инъекцию. Мембрана порта выдерживает до 3000 вколов, возможных за период эксплуатации, у центрального венозного катетера – до 150 вколов, у периферического венозного катетера - до 15 вколов.

- При использовании периферического венозного катетера сосудистые осложнения встречаются у 50% пациентов, получающих химиотерапию, экстравазия лекарственных средств может возникнуть у 40% пациентов. При использовании центрального венозного катетера сосудистые осложнения возможны у 10% пациентов, получающих химиотерапию. Возникающие осложнения снижают качество жизни пациента и нарушают сроки начала очередного этапа лечения, что в конечном итоге уменьшает его эффективность.

Риск развития сосудистых осложнений и экстравазии при проведении химиотерапии с использованием имплантируемой порт-системы сводится к нулю. При этом обеспечивается проведение непрерывных запланированных курсов химиотерапии с максимальным удобством для пациента и медицинского персонала.

Преимуществами использования порт-системы для пациентов являются:

- Значительная безболезненность при проведении химиотерапии. Пациенты меньше реагируют на саму инъекцию, не испытывают дискомфорта во время сестринской манипуляции.
- Обеспечение профилактики повреждений и сохранность вен для потенциально возможных внутривенных инфузий в будущем.
- Возможность адаптироваться к новым условиям жизни с заболеванием, вернуться к привычному для пациента образу жизни.
- Улучшение качества жизни в болезни.

Для того, чтобы расширить сестринскую практику, повысить профессиональную компетентность сестринского персонала, улучшить качество обслуживания пациентов, сто семьдесят девять медицинских сестер были обучены технологии использования венозного доступа через имплантируемую порт-систему, что составляет 22% от общего числа сестринского персонала.

Проведение химиотерапии через венозный доступ, обеспеченный с помощью имплантируемых порт-систем позволил пациентам с онкологическими заболеваниями:

- Повысить уровень безопасности при получении необходимого лечения.
- Улучшить уровень психологического комфорта.
- Улучшить качество жизни.
- Повысить уровень доверия к медицинским работникам и надежды на выздоровление.

Использование имплантируемых порт - систем для проведения химиотерапии позволило медицинским сестрам отделения гематологии и химиотерапии:

- Облегчить труд и получить возможность одного быстрого, удобного постоянного венозного доступа для проведения внутривенных манипуляций.
- Расширить сестринскую практику применением нового стандарта венозного доступа с помощью имплантируемой порт - системы.
- Повысить престиж сестринского персонала и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи при проведении химиотерапии.
- Информировать медицинских сестер об инновационной сестринской технологии, являющейся новой ступенью развития современной инфузионной терапии.

Результаты внедрения инновации доказывают необходимость более широкого применения имплантируемых порт-систем для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

## **СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ ГЕМАТОЛОГИИ**

Е.В. Ильиных, Г.А. Киселева

*БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

Химиотерапия - это особый метод лечения или профилактики онкологических заболеваний при помощи специальных лекарств, подавляющих или сдерживающих рост опухолевых клеток. При этом значительно продлевается жизнь пациента и улучшается его состояние. Химиотерапевтические препараты действуют на все делящиеся клетки, как опухолевые, так и нормальные. Нормальные клетки восстанавливаются быстрее опухолевых, так что с каждым циклом химиотерапии опухолевых клеток становится все меньше и меньше. Тем не менее, повреждение нормальных клеток приводит к осложнениям в полости рта: слущиваются клетки эпителия со слизистой рта, она становится красной, отечной, появляется сухость, трещины на губах, кровоточивость десен. Все это сопровождается болью.

Ежегодно в гематологическом отделении БУЗОО «ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.» химиотерапию получают около 600 пациентов. Болевой синдром в полости рта наблюдается у 90% пациентов от числа получавших химиотерапевтические препараты, что послужило необходимостью проведения исследования для улучшения качества жизни данной группы пациентов.

**Цель исследования:** разработка программы снижения уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии.

**Методы.** В группу для исследования вошли 30 человек.

- **1-я группа (основная):** 15 пациентов (8 женщин и 7 мужчин), получивших химиотерапию, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи с дополнительным включением разработанной нами комплексной обучающей программы;
- **2-я группа (сравнения):** 15 пациентов (7 женщин и 8 мужчин), получивших химиотерапию, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи без дополнительного включения разработанной нами комплексной обучающей программы.

Для выявления у пациентов проблем в полости рта, связанных с болевым синдромом после курса химиотерапии, обеим группам, принимавшим участие в исследовании, было предложено ответить на вопросы по разработанной нами карте сестринского наблюдения (приложение 1). Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF-36 [1] у обеих групп наблюдения. Интенсивность боли оценивалась по многомерному вербально-цветовому болевому тесту Люшера. Сбор данных осуществлялся в первый день исследования и на четвертый день исследования после внедрения комплексной обучающей программы. Для проведения исследования осуществили сбор анамнеза, визуальный осмотр и математическую обработку данных. Опрос и осмотр проводился ежедневно 2 раза в день с отметкой в карте сестринского наблюдения.

**Результаты исследования.** Проведенное исследование позволило выявить следующие проблемы в полости рта у пациентов после курса химиотерапии, связанные с болевым синдромом, это:

- появление язв на деснах и слизистой полости рта – 60%;
- кровоточивость десен и слизистой полости рта – 60%;
- боль во рту при приеме пищи – 83%;
- боль во рту в покое – 7%;
- боль во рту при чистке зубов – 60%;
- сухость во рту – 100%.

Определен объем необходимых знаний, умений и навыков для пациентов после курса химиотерапии, позволяющих самостоятельно уменьшить уровень болевого синдрома в полости рта, это:

- визуальный осмотр и контроль состояния полости рта;

- проведение профилактического и гигиенического ухода за полостью рта;
- снижение уровня боли при помощи отвлекающих средств;
- полноценное питание после химиотерапии;
- отказ от вредных привычек и ведение здорового образа жизни.

Полученные результаты показали, что болевой синдромом в полости рта у пациентов после химиотерапии, объясняется неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта, общим тяжелым состоянием и дефицитом знаний комплекса мероприятий для самостоятельного снижения уровня болевого синдрома в полости рта. На основании этого разработана комплексная программа обучения пациентов для снижения уровня болевого синдрома в полости рта после курса химиотерапии (рис.1).

Поскольку уровень гигиенических знаний, умений и навыков у каждого пациента свой, то каждому пациенту потребовался индивидуальный подход в обучении.



Рисунок 1 - Структура комплексной обучающей программы для снижения уровня болевого синдрома в полости рта для пациентов, после химиотерапии.

Для определения эффективности разработанной комплексной обучающей программы на четвертый день индивидуального обучения проведено повторное исследование пациентов и выяснено, что у пациентов основной группы проблемы в полости рта, связанные с болевым синдромом, после обучения значительно снизились. У пациентов группы сравнения

произошли незначительные изменения, связанные только с оказанием медицинской помощи по стандартам.

**Выводы и заключения.** В результате исследования:

- установлены и проанализированы основные проблемы у пациентов после курса химиотерапии, связанные с болевым синдромом в полости рта,
- разработана и внедрена комплексная обучающая программа для пациентов по самостоятельному выполнению ими мероприятий, направленных на снижение уровня болевого синдрома в полости рта после курса химиотерапии,
- разработанная программа позволила снизить уровень болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии, что привело к улучшению показателей «физический компонент здоровья» на 52 балла, а «психический компонент здоровья» снизился на 49 баллов, которые подтверждают улучшение качества жизни онкогематологических пациентов.

В результате внедрения комплексной обучающей программы достигнуто:

- создание у пациентов мотивации к изменению образа жизни;
- пациенты стали сознательно и активно принимать участие в лечении;
- научились самостоятельному снижению уровня болевого синдрома в полости рта посредством выполнения комплекса предложенных мероприятий, что привело к повышению качества жизни данной категории пациентов.

Проведенное исследование экспериментально доказывает, что медицинские сестры способны с помощью научного подхода к работе достигнуть значительного улучшения в состоянии здоровья пациентов, которым проводилось химиотерапевтическое лечение. Данные исследования обосновывают необходимость внедрения комплекса обучающей программы, направленного на снижение уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии, в практическую деятельность медицинских сестер. Сестринские исследования способствуют росту профессиональной подготовки самих медицинских сестер, создают прочную основу для сестринской практики за счёт улучшения качества сестринского ухода, вырабатывают способность обосновывать сестринские действия с помощью доказательной практики, повышают престиж сестринской профессии.

Библиографический список:

1. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных//Материалы 4-й Рос. онкол. конф.- М.-2000-С.125-127.
2. Дмитриева В.С., Бурый А.В., Аванесов А.М. Клиника и особенности лечения поражений слизистой оболочки полости рта у больных лейкозом. М.: Изд-во Рос.ун-та дружбы народов, 1994. 36 с.



3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля//Онкология.- 2000 - Т.2.- с.25-27.
4. Новик А.А., Абдулкадыров К.М., Янов Ю.К. и др. Современные подходы к исследованию качества жизни в онкологии и гематологии//Проблемы гематологии и переливания крови.- М.-1999 - № 2 - с.45-51.
5. Интернет источники.

Ссылка:

[1] Опросник SF – 36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург).

*Приложение 1*

<b>Карта сестринского наблюдения</b>						
<b>Ф.И.О. пациента (полностью)</b>	<b>Дата сестринского наблюдения</b>					
Возраст						
1.Осмотр полости рта:						
1.1. изменения цвета слизистой полости рта:						
— обычные						
— гиперемия						
— бледные						
— цианотичные						
1.2. неприятные ощущения в полости рта						
— сухость						
— жжение						
— горение						
2.Боль						
2.1.Интенсивность боли (применение шкалы)						
2.2. ощущения связанные с приемом пищи:						
— болезненность во время приёма пищи						
— затруднённое глотание						

— болезненность в покое						
2.3. Боль при чистке зубов						
3. Кровоточивость дёсен						
4. Наличие язв в полости рта						
5. Наличие налёта (да, нет, цвет)						
6. Контроль выпитой жидкости (мл.)						
7. Контроль питания (гр.)						
8. Наличие вредных привычек (да, нет, какая)						
9. Обучение пациента уходу за полостью рта						
10. Беседы с родственниками пациента						

## **ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ПРОФИЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

А.А. Козлова

*БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1», г. Омск*

Жизнь и здоровье человека – важнейшие социальные ценности, огромное значение в охране которых имеет своевременная и качественная медицинская помощь. Именно поэтому с проблемой охраны здоровья и жизни граждан тесно связаны вопросы качества оказания медицинской помощи, а также ответственности медицинских кадров за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей. До настоящего времени эти вопросы остаются недостаточно разработанными и поэтому являются крайне актуальными.

**Цель исследования** - установить, что профессионализм и ответственность, это две основные составляющие, которые в конечном итоге определяют успех лечения пациентов и влияют на качество всей системы здравоохранения.

### **Материалы и методы исследования**

В современных условиях развития здравоохранения, создание системы управления качеством медицинской помощи является неотъемлемой составляющей обеспечения эффективности работы учреждения, поэтому вопросы качества оказания медицинской помощи являются приоритетными.

В настоящее время повышается спрос на профессионалов, к которым предъявляются особые требования, связанные с тем, что человек, имеющий профессиональную направленность,

профессиональные знания и умения, должен быть готов к постоянному развитию, самосовершенствованию.

На сегодняшний день, существующая система повышения квалификации медицинского работника, когда он прослушивает один раз в 5 лет 1-2-х месячный курс, где ему рассказывают о новинках в медицине, уже не отвечает современным требованиям. Чтобы быть действительно высококвалифицированным специалистом, надо повышать уровень своих знаний постоянно. В современном обществе польза от самообразования не вызывает ни у кого сомнений. А для медицинского работника самообразование - это залог профессионализма и успешности.

Конечно же, самым важным этапом профессионального развития является приобретение практического опыта по специальности и его подтверждение, то есть получение сертификата. Сертификация - это процесс присвоения статуса специалиста в выбранной им области медицины, который доказывается путем прохождения экзаменов.

Ещё одним из этапов профессионального развития является - Паспорт приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами», утверждённый 26 июля 2017 года. Цель проекта: обеспечение отрасли квалифицированными специалистами за счет внедрения процедуры допуска специалистов к профессиональной деятельности – аккредитации специалистов, развитие системы непрерывного медицинского образования и расширение возможности использования дистанционных форм обучения.

Быть профессионально ответственным – значит гарантировать обществу качественное исполнение своего профессионального долга и уметь находить возможности для этого в любых обстоятельствах.

### **Результаты и обсуждения**

В понятии «профессионализм» отражается такая степень овладения человеком психологической структурой профессиональной деятельности, которая соответствует существующим в обществе стандартам и объективным требованиям. Профессионализм человека это не только достижение им высоких производственных показателей, но и особенности его профессиональной мотивации, система его устремлений, ценностных ориентаций.

Успешность медицинского работника во многом определяется его стремлением продолжать учиться и интересом к новейшим достижениям в области здравоохранения. Поэтому в системе здравоохранения предусмотрена возможность постоянного повышения квалификации и прохождения аттестации медицинского персонала всех уровней.

В последние годы медицинским сестрам нужно все больше и больше профессиональных знаний. Поэтому необходимо желание учиться и способность понимать изучаемый материал.

Медицинским сестрам также приходится быстро принимать решения и уметь быстро действовать, когда этого требует ситуация.

Трудовая деятельность медицинских работников тесно связана с вопросами психологии личности. Личностные особенности оказывают непосредственное влияние на процесс и результаты трудовой деятельности. Американский психолог Дж. Холланд предложил свою классификацию типов личности исходя из того, в каких сферах профессиональной деятельности человек скорее добьётся наибольшего успеха, благодаря определённым личностным особенностям. Медицинские специальности автор отнес к «Социальному типу». Люди социального типа ориентированы на общение и взаимодействие с другими людьми. Они обладают ярко выраженными коммуникативными способностями, чувствуют и понимают других людей, стремятся решать проблемы, учитывая эмоции и чувства, способны к сопереживанию и состраданию. Нередко люди этого типа любят поучать и воспитывать окружающих. Они предпочитают такие сферы деятельности, как медицина, педагогика, психология.

Х. Хекхаузен предложил модель профессионально значимых черт медицинских работников, которая включает в себя 4 основных аспекта:

- готовность к эмоциональному сопереживанию, внутреннему состоянию другого человека;
- способность учитывать последствия своих действий для окружающих;
- развитые морально-этические нормы, задающие эталоны оценки субъектом своего альтруистического поступка;
- тенденция приписывать ответственность за совершение или не совершение альтруистического действия себе, а не другим людям и внешним обстоятельствам.

Личностные особенности медицинских работников оказывают непосредственное влияние на процесс и результаты трудовой деятельности. Профессия требует от работника понимания состояния людей, проявления выдержки, спокойствия и доброжелательности, речевых способностей.

Еще один гарант качественного исполнения профессионального долга - профессиональная совесть. Данная категория обозначает представления профессионального сознания, в которых хранится коллективная память профессиональной общности об эмоциональных состояниях, переживаемых человеком в ходе работы и образующих тем самым внутреннюю среду процесса деятельности. Будучи интериоризованной личностью, такие представления становятся фактором, способным играть побудительную роль, причем двоякую: стимулировать ответственное профессиональное поведение и предупреждать безответственное.

А, можно ли стимулировать уровень высокой подготовки медицинского работника? Думаю, что можно - проведением конкурсов профессионального мастерства. Отмечать точки роста, естественно, обращая особое внимание на победителей и руководство, выделять наиболее умелых, грамотных, инициативных. А также, большое внимание уделять повышению квалификации специалистов. Развивать кадровый потенциал: находить, приглашать, уговаривать, поддерживать молодых специалистов, участвовать в решении социальных проблем, решать многие другие сложные вопросы и задачи, возникающие во время профессиональной деятельности.

### **Выводы.**

Человек обращается в медицинскую организацию, когда его что-то беспокоит. Квалифицированные специалисты – залог успеха в развитии здравоохранения. И главное в профессиональной деятельности медицинского работника – укрепление и поддержание здоровья.

Медицинские работники должны обладать такими качествами, как высокое мастерство и профессиональная настойчивость, наличие необходимых практических и теоретических знаний, компетентность, наблюдательность и проницательность, развитое клиническое мышление и пристрастие.

Профессионализм и ответственность - в этих понятиях заключается залог успеха любого дела. Мы стремимся быть профессионалами, быть лучшими, совершенствовать свои знания и опыт, нести ответственность за свои решения и поступки, а, значит - все у нас получится.

### **Библиографический список**

1. Богачева Е.В. Психологическая структура профессиональной деятельности медицинской сестры. Педагогика и психология. – М.: 2011.
2. Васюк А.Г. Психологические особенности профессионального становления личности врача: - М.: Медицина, 2015.
3. Иванова Е.М. Психология профессиональной деятельности. - М.:2016 - 420 с.
4. Новосёлов В.П. Профессиональная деятельность работников здравоохранения. Ответственность. Права. Правовая защищенность. - Новосибирск, 2011 – 309 с.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

А.А. Лисовик

*БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск*

Профилактика туберкулеза является основой в борьбе с туберкулезом.

К первичной профилактике туберкулеза относится:

Социальная профилактика. Проводится в масштабах государства и выражается в проведении мероприятий экономического и санитарного характера. К таким мероприятиям относятся:

оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких; оздоровление окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены; улучшение качества питания;

борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением; развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни;

расширение сети детских оздоровительных и санаторно-курортных учреждений;

проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

Так же, к социальной профилактике туберкулеза относится санитарная пропаганда: печатные листовки о заболевании в общественных местах и др., телевидение, радио.

Специфическая профилактика туберкулеза. Главная цель специфической профилактики туберкулеза- выработка у детей и взрослого населения до 30-летнего возраста специфического индивидуального и коллективного иммунитета. Вакцинация и ревакцинация проводятся вакциной БЦЖ. Она представляет собой живую высушенную культуру ослабленного, потерявшего вирулентность, но сохранившего иммуногенность (т. е способность стимулировать развитие противотуберкулезного иммунитета) штамма микобактерий туберкулеза. Биологическая активность (иммуногенность) вакцины БЦЖ связана со способностью приживаться в организме привитых, размножаться в месте прививки и давать ответную специфическую реакцию, сопровождающуюся аллергической перестройкой организма, что и позволяет использовать ее для профилактики туберкулеза.

Вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация. В России она проводится клинически здоровым детям 7 лет (учащиеся 1-го класса), 12 лет (5-й класс), подросткам 16-17 лет (10-й класс), а затем через каждые 5-7 лет до 30-летнего возраста при наличии соответствующих показаний (контакт с больным туберкулезом или отсутствие

инфицированности по результатам туберкулиновой пробы). Профилактика туберкулеза путем прививок приводит к уменьшению показателя инфицированности, резкому снижению частоты развития туберкулезного менингита и смертности.

Особую роль для профилактики туберкулеза играют химиопрофилактика и массовые флюорографические и аллергологические обследования.

Санитарная профилактика складывается из следующих моментов:

госпитализация больных туберкулезом и особенно явных выделителей микобактерий сразу после установления-диагноза;

проведение заключительной, а впоследствии - текущей дезинфекции;

диспансерное наблюдение и обследование лиц, находящихся в контакте с больными;

вакцинация, ревакцинация и изоляция контактных лиц на период выработки иммунитета;

химиопрофилактика в отношении контактных лиц;

обучение санитарно-гигиеническим навыкам больного и окружающих лиц.

Профилактические меры проводятся во всех очагах, но в первую очередь, в наиболее опасных. Большое внимание необходимо уделять профилактическим мерам в очагах туберкулезной инфекции с учетом характера контакта, степени заразности больного, восприимчивости к туберкулезу контактных.

К вторичной профилактике относится раннее выявление заболевания:

- туберкулинодиагностика (реакция Манту);
- диаскинтест;
- флюорография;

**Вывод:** профилактика туберкулеза складывается из мер социальной, санитарной и специфической профилактики, а так же, из мер по раннему выявлению данного заболевания.

Противотуберкулезную помощь населению оказывают все лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети, противотуберкулезные диспансеры, санатории, больницы, центры службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Все вышеперечисленные учреждения имеют в своем штате медсестринский персонал, который играет ведущую роль в профилактике туберкулеза.

Медицинская сестра любого медицинского учреждения должна иметь знания в области эпидемиологии и профилактики, клиники и лечения туберкулеза, организации своевременного выявления, вакцинации и амбулаторной химиотерапии. Роль медицинской сестры в профилактике туберкулеза поистине велика, именно медицинская сестра ведет документацию, выполняет инъекции, проводит туберкулиновые пробы, оказывает доврачебную помощь (например при легочном кровотечении).

Весьма ценную помощь медицинская сестра оказывает врачу в организации амбулаторного приема больных: до начала приема она отбирает соответствующие истории болезни, подбирает к ним рентгенограммы, подклеивает результаты анализов после просмотра их врачом. Она регулирует прием, вызывая к врачу в первую очередь больных с повышенной температурой, жалобами на боли, кровохарканье, одышку или плохое самочувствие, с больничным листом на руках, слабых и пожилых, приехавших на консультацию издалека. В процедурном кабинете выполняет назначения и проверяет регулярность посещения назначенных больных, работает с контрольной картотекой, отмечает даты прихода и вновь назначает явки больного, вписывает диагнозы, группу учета, данные о стационарном, санаторном и амбулаторном лечении, изменения в трудовой деятельности больных, их месте жительства, выявляет лиц, не явившихся в контрольные сроки в диспансер; работает с картой участковой медицинской сестры, вписывает дату посещения очага, отмечает его санитарное состояние, поведение больного, выполнение плана оздоровления очага, содержание проведенной беседы. Участковая сестра работает совместно с медицинской сестрой детского отделения по выявлению детей, контактирующих с больными туберкулезом. Она помогает медицинскому статистику в сборе материала для составления годового отчета [2, 9-10].

Не меньшую работу медсестра проводит в туберкулезном очаге. Медицинская сестра определяет объем и содержание профилактических мероприятий в очаге:

участвует в госпитализации больного и его интенсивном лечении в стационаре;

проводит текущую и заключительную дезинфекцию;

проводит изоляция детей от бактериовыделителей (госпитализация больных или размещения детей в детских учреждениях);

проводит вакцинацию новорожденных или ревакцинацию неинфицированных;

проводит регулярное обследование лиц, находящихся в контакте и проводит им химиопрофилактику по назначению врача;

следит за соблюдением санитарно-гигиенического режима.

Медицинская сестра фтизиатрического стационара обеспечивает:

манипуляционные процедуры, которые отпускаются во всех лечебных учреждениях - раздача лекарств и контроль их приема, инъекции, внутривенные вливания, налаживание капельницы, промывание желудка и кишечника, наложение повязок, уход за больными, забор анализов, следит за вентиляцией, инсоляцией и дезинфекцией помещений т.д.

Кроме того ведет сугубо специфическую работу, свойственную только противотуберкулезной службе также как проведение рентгенологического исследования (флюорографии), туберкулинодиагностики (проба Манту, диаскинтест).



Большое значение имеет просветительская деятельность медицинской сестры. В санбюллетенях, плакатах, памятках для населения медсестра пропагандирует здоровый образ жизни. Успех санитарно-просветительной работы среди населения в значительной мере зависит от среднего медицинского персонала.

Немаловажную роль в профилактике туберкулеза играют участковые медсестры поскольку важнейшей частью их работы является санитарно-просветительская и разъяснительная работа среди пациентов вверенного ей вместе с врачом участка. В обязанности участковой медсестры входит оценка гигиенического состояния наблюдаемых на дому пациентов, обучение их самих и их родственников грамотному уходу и самоуходу. Медицинская сестра может оказать помощь врачу в оценке факторов риска конкретно для того или иного человека, убедить пациента в необходимости их устранения, чтобы предупредить заболевание. При этом очень важно найти правильный тон беседы и самому служить примером сознательного отношения к сохранению и поддержанию здоровья. В случае заболевания туберкулезом успех лечения и исход заболевания во многом зависит от доброжелательных взаимоотношений медсестры с пациентом и его родственниками. Грамотная медсестра своевременно обучает людей, находящихся в контакте с больными, соблюдать необходимые меры предосторожности, а самого больного убеждает в необходимости систематически выполнять рекомендации врача [3, с.21-27].

**Вывод:** на медицинскую сестру возлагается большой спектр функциональных обязанностей, на всех этапах противотуберкулезных мероприятий в профилактике и диагностике туберкулеза.

- исполнительская дисциплина и организация работы, медицинской сестры играет важную роль в профилактике туберкулеза.

**Заключение.** Медицинская грамотность - основа основ профилактики туберкулёза. Соблюдение элементарных санитарно - гигиенических правил позволит Вам сохранить свое здоровье и здоровье своих близких, а так же предотвратить распространение инфекции.

### **Библиографический список**

1. Артюнина Г.П. Основы социальной медицины. - М.: Акад. Проект, 2015. - с 252.
2. Карачунский М.А. Профилактика туберкулеза / М.А. Карачунский // Мед. сестра. - 2013. - №2. - С 50.
7. Савоненкова, Л.Н. Клиническая классификация туберкулеза / Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. // Туберкулез и болезни легких - 2013 № 06М.: Нью Терра. - 106 с.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПРОФИЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

О.Д. Панькова

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

Здравоохранение – это отрасль, которая обеспечивает охрану здоровья населения. Глобальная задача медицины состоит в улучшении качества и продолжительности жизни человека. Будущее практического здравоохранения страны во многом зависит от развития лабораторной диагностики. В связи с этим нельзя переоценить роль подготовки квалифицированных специалистов – медицинских лабораторных техников. Ведь лабораторное обследование пациента имеет большое значение в постановке диагноза, наблюдении за процессом лечения и эффективностью терапии. Клиническая диагностика обеспечивает практическому здравоохранению около 80% объема объективной информации. Без клинко-диагностических, биохимических, микробиологических анализов невозможно точно установить диагноз заболевания и, следовательно, назначить эффективное лечение проконтролировать его на всех этапах. Профилактическое лабораторное обследование позволяет своевременно определить начало болезни и предупредить ее развитие.

Основное звено в диагностике и лечении заболеваний, мониторинге состояния здоровья человека и окружающей среды – это специалист лабораторной диагностики, медицинский лабораторный техник. Без него невозможна деятельность клинческих, биохимических, микробиологических, патологоанатомических, судебно-медицинских и других лабораторий. Районные поликлиники, клинческие больницы и медицинские институты, крупные диагностические центры, научно-исследовательские институты, военные госпитали, криминалистические лаборатории, центры гигиены и эпидемиологии – вот неполный перечень учреждений, остро нуждающихся в его знаниях и умениях.

Можно смело утверждать, что медицинский лабораторный техник – профессия XXI века.

Наш век по праву называют столетием лабораторной диагностики, так как за последние десятилетия был открыт ряд опасных заболеваний, выявить которые можно лишь после проведения трудоемких и дорогостоящих анализов. В связи с этим роль медицинских лабораторных техников – существенно изменилась. Из вспомогательного подразделения лабораторная служба стационаров и поликлиник стала одной из ведущих. Там работают специалисты, обладающие медицинскими знаниями и владеющие методами работы на высокотехнологичном оборудовании.

Сегодня обращение пациента к врачу практически всегда сопровождается посещением лаборатории. И это необходимо, ведь ранняя лабораторная диагностика позволяет своевременно выявлять инфекционные заболевания, опухоли, болезни сердца и другие болезни. Чем раньше заболевание будет диагностировано, тем эффективнее будет его лечение, а прогноз благоприятнее.

Забор материала для исследования, приготовление мазков биологического материала и их окрашивание, посев материала на питательные среды, подготовка и проведение серологических реакций, обеззараживание отработанного биологического материала, контроль над работой лабораторной аппаратуры, работа на гематологических анализаторах – все это и многое другое входит в компетенции медицинского лабораторного техника. От квалификации, опыта, добросовестности и профессионализма зависит правильность результатов анализа и, как следствие, постановка врачебного диагноза. Сегодня деятельность медицинского лабораторного техника не ограничивается работой с пробирками, потому что современная лабораторная диагностика – это широкий комплекс научного оборудования, позволяющий получить точную и достоверную информацию в ходе исследования. Использование компьютерной техники – неотъемлемая часть работы лаборанта.

Очень часто именно медицинский лабораторный техник оказывается на переднем крае борьбы за человеческую жизнь. Кроме того, он может определять пригодность воды, продуктов питания к употреблению, чистоту воздуха и почвы, экологию жилища. Специфика работы требует наличия определенных качеств: он должен быть спокойным, уравновешенным, аккуратным, собранным, эрудированным специалистом, но главное – уметь работать на различных приборах, которыми оснащены современные лаборатории. От специалиста требуется усидчивость и скрупулезность, работая в клиничко-диагностических лабораториях, необходимо быть предельно ответственным, честным, внимательным и организованным.

Медицинский лабораторный техник получает среднее профессиональное образование по специальности «Лабораторная диагностика» в колледже ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет».

На теоретических и практических занятиях студенты знакомятся с основами лабораторной диагностики. Достоверность результатов лабораторных исследований зависит не только от точного проведения анализов, но и от того, насколько правильно был подготовлен пациент к сдаче анализа, как исследуемый материал был собран и доставлен в лабораторию. Обеспечение качества преаналитического этапа при проведении исследований является ключевым аспектом получения достоверных результатов тестирования, эффективной диагностики и мониторинга различных патологических процессов. В настоящее время для

этого готовятся СОП (Стандартная операционная процедура) по подготовке пациента на различные виды исследования, которые должны знать не только медицинские сестры, акушерки, но и медицинские лабораторные техники.

Бурное развитие лабораторных технологий выдвинуло на приоритетные позиции вопросы подготовки кадров. Государственный образовательный стандарт предъявляет к медицинскому лабораторному технику целый ряд требований, одним из которых является высокий профессионализм, ответственность за свою работу, готовность выполнять поставленные задачи, требующие анализа ситуации и выбора решений, использование широкого комплекса современного диагностического оборудования, позволяющего получить точную и достоверную информацию в ходе исследования. Если медицинские лабораторные техники уже в процессе своего базового образования ориентированы на освоение довольно сложных лабораторных технологий и на работу с современной аналитической аппаратурой, то впоследствии освоение новых приборов и методик исследования не будет им казаться чем-то непреодолимым. Молодой специалист с хорошими профессиональными навыками и знанием своего дела всегда будет востребован на рынке труда. С января 2018 года все выпускники медицинских колледжей получают первичную аккредитацию.

Специалисты лабораторной диагностики должны постоянно заниматься самообразованием. Ведь медицина не стоит на месте, постоянно появляются новые технологии и оборудование.

Современные лаборатории все больше приобретают черты автоматизированных комплексов современных молекулярно-биологических исследований.

Современный профиль специалиста практического здравоохранения – это специалист, который постоянно совершенствует свои знания, умения и навыки, необходимые для обеспечения высокого качества профессиональной деятельности в соответствии с требованиями стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

# ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Е.В. Плехова

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», г. Омск*

«Развитие эмоциональной компетентности  
делает человека более профессиональным,  
а профессионала более человечным»  
(Марша Рейнольдс,  
«Коучинг: эмоциональная компетентность»)

Область здравоохранения - особая область, где коммуникации играют важную роль и необходимы для выполнения профессиональных навыков, основанных на доброжелательном отношении к пациенту.

Эти отношения предполагают наличие определённого настроения на пациента, установки на общение с ним. Соответствующее отношение медицинского работника к пациенту предполагает создание атмосферы благожелательности, сострадания, наибольшей отдачи знаний, умений и навыков, основанной на профессионализме и непрерывном самосовершенствовании.

Профессионализм медицинского работника, в частности, медицинской сестры, можно разделить на медицинскую компетентность и этико-коммуникативную (или эмоциональную) компетентность.

Эмоциональная компетентность в последнее время приобретает все большую популярность, становится новым критерием достижения успеха для специалистов социальных профессий, в частности медицинских работников. Обусловлено это тем, что, научившись определять эмоциональное состояние других людей, а также управлять своими эмоциями, медицинские работники смогут облегчить жизнь не только себе, но и многим окружающим людям: пациентам, коллегам, родным и близким.

Что же такое – эмоциональная компетентность?

Еще в далеком 1912 году немецкий психолог Вильям Штерн предложил измерять интеллектуальные способности человека с помощью теперь уже широко известного коэффициента IQ. Спустя 83 года, в 1995 году, американский психолог Дэниэл Гоулман после публикации книги «Эмоциональный интеллект», ставшей бестселлером, произвел настоящий

фурор, заявив, что более важную роль, чем IQ -коэффициент интеллекта, играет коэффициент EQ — эмоциональный показатель интеллекта.

Связано это с тем, что контроль над собственными эмоциями и способность правильно воспринимать чужие чувства характеризуют интеллект точнее, чем способность логически мыслить. Опираясь на исследования этого ученого, эксперты пришли к одному знаменательному выводу: для эффективности деятельности в социальных профессиях эмоциональный интеллект имеет решающее значение. Успех в профессиональной деятельности сферы «Человек-Человек» на 85% определяется EQ (эмоциональным показателем интеллекта) и только на 15% он определяется с помощью IQ.

Что же принципиально нового содержит в себе понятие «эмоциональный интеллект»? Ответ в названии, а именно в сочетании слов «эмоциональный» и «интеллект». Он подразумевает, как возможность погрузиться в свои эмоции, чтобы осознать и почувствовать их, так и необходимость рационального анализа эмоций и принятия решения на основе этого анализа. Практика показывает, что наибольшего успеха в жизни добиваются те, кто в состоянии в критический момент взять себя в руки и не поддаться гневу, раздражению или унынию. А в медицинской деятельности это является важным показателем качественной работы.

Интересно, что, если у человека развиты подобные качества, то они распространяются на все жизненные ситуации, а не только на область, связанную с работой.

Мне как психологу ближе и понятнее термин не эмоциональный интеллект, а **эмоциональная компетентность**, поскольку он в большей мере затрагивает сферу навыков и умений.

Согласно определению Дэниела Гоулмана, «эмоциональная компетентность – это способность осознавать и признавать собственные чувства, а также чувства других, для самомотивации, для управления своими эмоциями внутри себя и в отношениях с другими».

Говоря об главных составляющих эмоциональной компетентности, можно выделить четыре: самосознание, самоконтроль, эмпатия, коммуникабельность.

**Самосознание** – главный элемент эмоциональной компетентности. Человек с высокой степенью самосознания знает свои сильные и слабые стороны и умеет осознавать свои эмоции. **Самоосознанность означает глубокое понимание самого себя**, своих потребностей и побуждений.

**Самоконтроль** – это следствие самосознания. Человек, которому свойственна эта черта, не только «познал себя», но и научился управлять собой и своими эмоциями. Саморегуляция является важной составляющей эмоциональной компетентности. Она **позволяет людям не быть «узниками своих чувств»**. Такие люди всегда сумеют не только обуздать собственные эмоции, но и направить их в полезное русло.

**Эмпатия** (греч. *empathēia* — вчувствование) – осознанное понимание внутреннего мира или эмоционального состояния другого человека, проникновение в переживания другого человека.

Соответственно, эмпатичным называют человека, имеющего способность определять настроение собеседника. Слово «эмпатия» не имеет связи с какими-либо конкретными эмоциями. В медицине принято считать, что эмпатия – это склонность к сопереживанию, позиция душевного сочувствия. Но эмпатия в равной мере применяется для обозначения сопереживания любому эмоциональному состоянию. Например, разделять радость человека – это тоже эмпатия. Проявление эмпатии начинается с «эмпатического слушания». Эмпатическое слушание — понимание эмоционального состояния другого человека и демонстрация этого понимания. Успешное взаимодействие с пациентами в медицине невозможно без эмпатии.

**Коммуникабельность** – способность не столь простая, как многим может показаться. Ведь это не просто дружелюбие, а дружелюбие с определенной целью: подвигнуть людей в желательном для человека направлении. Это умение наладить взаимоотношения с другими людьми таким образом, чтобы это было полезно и выгодно для обеих сторон. А возможно ли развивать EQ?

Данные современных научных исследований в области эмоционального интеллекта говорят о том, что управление эмоциями — это навык, который можно нарабатывать и развивать в течение всей жизни человека!

Безусловно, развитие эмоционального интеллекта, а значит эмоциональной компетентности – самая сложная работа, с которой когда-либо встречались люди. Но именно эта работа даёт наибольшие результаты, именно она повышает личную эффективность медицинского работника.

Главными инструментами развития эмоциональной компетентности являются коучинг, психологические тренинги, психологические семинары.

На протяжении 8 лет работы в ЦПК я провожу постоянно действующие семинары по актуальным вопросам медицинской этики, психологии общения и медицинской психологии.

В 2017-18 году проведены семинары по трем направления - «Психология жизненных изменений» - 10 занятий, «Основы медицинской психологии» - 10 занятий, «Стресс-менеджмент (управление стрессом) – 6 занятий.

Общее количество слушателей, посетивших постоянно действующие семинары Плеховой Е.В. за 2017 год – 1960 человек. Отрадно, что в последние годы возрос интерес медицинских работников среднего звена к развитию эмоциональной компетентности, к психологии и в целом к личностному и профессиональному росту.

Актуальность изучения эмоционального интеллекта и применения его результатов в практике медицинской деятельности позволяет сделать следующие **выводы**.

**Во-первых**, медицинскую эффективность здравоохранения можно существенно повысить, учитывая эмоциональное состояние пациентов, а не только состояние их физического и психического здоровья.

**Во-вторых**, важным фактором профессиональной успешности при оказании медицинской помощи пациентам является эмоциональная компетентность медицинской сестры.

**В-третьих**, формирование эмоциональной компетентности медицинских сестер следует продолжать развивать в течение всей профессиональной деятельности.

Приобретение медицинскими сестрами знаний, умений и навыков постоянного осмысления собственного эмоционального самочувствия, выражение эмпатии при взаимодействии с пациентами и овладение методами эмоциональной саморегуляции послужит основой для развития эмоциональной компетентности, а также будет способствовать сохранению физического и психического здоровья всех участников лечебно-диагностического процесса.

#### **Библиографический список**

1. Островская, Ирина Владимировна. Психология: учебник для медицинских училищ и колледжей. – 2-е изд., испр.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 480 с: ил.
2. Интернет-источники: <http://www.zhyvoedelo.com>

### **РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

Е. В. Поливода

*БУЗОО «Стоматологическая поликлиника», г.Омск*

Стоматология как медицинская дисциплина сформировалась в 20-х годах текущего столетия в результате слияния зубопротезирования и челюстно-лицевой хирургии. Если челюстно-лицевая хирургия зародилась и развивалась в рамках хирургии, то зубопротезирование, вплоть до XVII века, не было связано с общей медициной и рассматривалось как средство оказания помощи при болях, которое сводилось, в основном, к удалению больного зуба.

Зубопротезирование оказывалось цирюльниками, банщиками, ремесленниками и др. История зубопротезирования как медицинской специальности ведет начало с конца XVII — начала XVIII веков. Разработки по изготовлению искусственных золотых коронок, пломбирование зубов серебряной амальгамой, а позже применение мышьяковистой кислоты



для некротизации пульпы (1836г.) и изобретение бормашины окончательно утвердили эту специальность – стоматология.

**Для населения** важно выполнение следующих требований к стоматологической помощи: доступность; качество; социальная, экономическая приемлемость и привлекательность формы оказания помощи; возможность выбора формы оказания помощи, стоматологической организации и врача-стоматолога. Суммирование этих требований заключается в отсутствии очередей, хорошем психологическом климате стоматологической организации, доступной и понятной информации по приему и лечению, возможности свободного выбора врача или стоматологического учреждения, понимание сущности врачебных предложений и манипуляций, возможности их выбора и альтернативы.

На сегодняшний день приоритетной задачей для здравоохранения России является повышения качества медицинской помощи, в том числе стоматологической, которая является одной из востребованных видов медицинской помощи населению.

Эффективность оказания медицинской помощи зависит от четкой и профессиональной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи, путём осуществления стандартизированных технологий сестринского ухода, профилактики, диагностики и лечения.

Высокая квалификация и достаточный уровень компетентности медицинских работников – важнейший фактор, призванный улучшить качество оказания медицинской помощи населению. Современное здравоохранение нуждается в грамотных специалистах, владеющих необходимым объемом знаний, навыков и умений, способных обосновывать свои действия и решения с позиций доказательной медицины. Только постоянное, непрерывное профессиональное развитие медицинского работника создает основу для высокой эффективности его повседневной работы.

Повышения уровня комфорта для пациента – один из основных способов повышения производительности труда, качества лечения и обслуживания. Психологический и физический дискомфорт у пациентов на стоматологическом приеме может быть связан как с процессом лечения, так и с обслуживанием, что выводит проблему в разряд чрезвычайно острых и, как свидетельствует практика, трудно разрешимых.

На уровень комфорта на приеме влияет не только статус медицинской сестры стоматологии, но и её «сработанность» с врачом (диада: стоматолог - ассистент). По определению В.В.Бойко, профессиональная сработанность- это устойчивый стиль совместной деятельности, который способствует достижению высоких результатов при оптимальных затратах усилий и доставляет партнёрам удовлетворение, что возможно

благодаря сочетаемости или взаимодополняемости их качеств - профессиональных умений, индивидуальных и личностных свойств.

В связи с этим немаловажная роль отводится медицинской сестре на стоматологическом приеме, которая встречает пациента, сопровождает его при обследовании, ассистирует врачу при лечении, провожает после лечения.

Традиционно участие медицинской сестры в процессе лечения основывается на двух принципах:

-медсестра выполняет вспомогательные функции, обеспечивающие работу врача;

- медсестра поддерживает пассивный, отстранённый тип отношений с пациентом

В соответствии с этими постулатами действуют и принципы ролевого поведения:

- принцип функционального разграничения:

Суть данного принципа в том, что обязанности медсестры жёстко регламентированы и практически не пересекаются с обязанностями врача. Её действия предшествуют действиям врача, сопутствуют им или завершают их. Случаи функционального сотрудничества и пересечения обязанностей рассматриваются как посягательства со стороны медсестры на сферу компетенции более образованного и ответственного коллеги –доктора. Это приводит к снижению ответственности медсестер за исход лечения в целом и соблюдение норм медицинской этики. «Принцип разграничения обязанностей» позволяет медсестре самоустраняться от задач внутреннего маркетинга, психологического и информационного сопровождения пациентов, что фиксируется сознанием пациента и подчёркивает пассивную, «теневую» функцию «девушке в маске», её поведение кажется отстранённым, формальным, безучастным.

Поэтому в современных условиях медицинской помощи назрела необходимость расширения роли медсестры на стоматологическом приёме в процессе лечения. Особенно актуально активизировать функции медсестры по информационному и психологическому сопровождению пациента. Современная идеология предоставления стоматологической помощи должна основываться на идеях профессионального партнёрства врача стоматолога и медицинской сестры.

В условиях современной стоматологической помощи пациентам даём основание обозначить три принципа поведения медицинской сестры на стоматологическом приеме:

-самостоятельность;

-активность;

-инициатива.

Принцип самостоятельности состоит в том, что в процессе лечения медсестра получает возможность:

- варьировать по своему усмотрению своё поведение в зависимости от ситуации - опыта и свойств личности врача, состояния и особенностей пациента;
- играть собственную роль (встреча пациента, выяснение самочувствия после приёма и прочее.);
- принимать самостоятельные решения и отвечать за их реализацию;
- контролировать себя при выполнении функциональных обязанностей.

Принцип активности проявляется:

- в опережающем отражении при взаимодействии с врачом, т.е. в умении понимать его «без слов», предугадывать решения и действия;
- в предупредительном отношении к пациенту, т.е. в способности заранее предупредить о дискомфорте, разъяснить свои действия во избежание тревоги.

Принцип инициативы проявляется в таких показателях деятельности, как:

- творческий подход к обязанностям - стремиться усовершенствовать мануальные операции, найти более удобные для себя и врача способы их осуществления;
- находчивость, т.е. умение находить решения и поступать нестандартным образом в неожиданных и экстремальных ситуациях.

Так же сработанность реализуется в таких направлениях деятельности, как:

- обязательное профессиональное общение медицинской сестры с пациентом на приёме;
- демонстрация достижений-технологий, стоматологических материалов, профессионализма персонала, средств обезболивания, безопасности, эстетики;
- формирования у пациента, что стоимость лечения оправдана;
- стимулирования принятия пациентом личности и стиля работы врача и медицинской сестры;
- побуждение пациента стать постоянным клиентом;
- побуждение его к добровольному дистрибьютерству, т.е. распространению среди близких и знакомых положительных откликов о враче стоматологе, медицинской сестре, медицинской организации;

Роль медицинской сестры на стоматологическом приёме изменяется. Современная идеология предоставления стоматологической помощи должна основываться на идеях профессионального партнёрства врача и медсестры.

Основываясь на предложениях ассистентов врачей –стоматологов для чёткой и слаженной работы в четыре руки от докторов требуется: уметь давать чёткие и внятные указания ассистентам, соблюдать правила врачебной этики. Умения прислушиваться к ассистентам.

Основываясь на предложениях врачей –стоматологов от ассистентов требуется: умение слышать и понимать врача, чувствовать ситуацию, предугадывать решения, дальнейшие действия доктора во время работы, соблюдение этики.

Согласованность действий врача и сестринского персонала на стоматологическом приёме координация их совместных усилий на этапах подготовки, проведения и завершения лечения, что предполагает наличие у них схожей нейродинамики, активного внимания, восприятия, памяти и мышления, а также совпадения установок на качество оказания медицинской помощи.

### **Библиографический список**

1. Фомин Н.Н. Сборник материалов для организаторов сестринского дела. Методические рекомендации/ Фомин Н.Н. – Санкт – Петербург. РАМС, 2008. – 723 с.
2. Организация работы сестринского персонала консультативной поликлиники. Методические рекомендации. – Омск, 2006. – 260 с.
3. Управление стоматологической помощью в новых экономических условиях. Дьяченко В.Г., Галеса С.А. Хабаровск. - 2004. - 586 с.
4. «Психология взаимоотношений врача и пациента: учебное пособие/ Л.И. Ларенцова, Н.Б. Смирнова-М.: ГЭОТАР-Медиа,2014.-152с. (Серия «Психология для стоматологов»).

## **СОВРЕМЕННЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Т.В. Половинко  
*БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4» г.Омск*

Работа в сфере здравоохранения – один из самых сложных, ответственных видов трудовой деятельности человека, характеризующейся высоким уровнем нагрузок психологического плана. Согласно опросам, сегодня профессионализм медиков считается сам собой разумеющимся. Доверяя медицинскому работнику, больные ждут от него демонстрации высших моральных качеств: чуткости, исключительной добросовестности, тактичности, честности, терпеливости и внимательности, способности к самоотверженности, и главное - любви к людям и своему делу. Необходимо отметить, что в любую эпоху отмечалась важность формирования не только профессиональных знаний и умений, но и развития личностных качеств.

Профессия, связанная с медициной относится к типу «человек – человек». Для решения нестандартных ситуаций необходим творческий склад ума, способность моделировать

возможные последствия. Высокие требования к коммуникативным и деонтологическим качествам: умение слушать, понимать человека; важны наблюдательность, отзывчивость, доброжелательность; требования к развитию эмпатических способностей и нервно-психической устойчивости. В направленности личности должны преобладать гуманизм, долг, альтруизм. Средний медперсонал, безусловно, одно из ключевых звеньев в системе оказания медпомощи. Нужен грамотный средний медицинский персонал — люди, болеющие за свое дело, любящий свою работу.

Поначалу у молодежи, собирающейся стать медсестрой, представление о профессии поверхностное и немного романтическое, но когда они погружаются в рабочие будни, романтизм этот отходит на задний план, потому что работа медсестры тяжелая и физически, и морально. Медсестра должна постоянно быть рядом с пациентом, наблюдать за его состоянием, поддерживать, настраивать на правильное лечение. Это непросто. Происходит и профессиональное выгорание. Люди, даже хорошо справляясь со стоящими перед ними задачами, устают морально. Сестра находится с больным человеком в постоянном контакте, и без разносторонних навыков никак не обойтись. Она должна уметь правильно ответить на вопрос, даже иногда и не связанный с лечением, убедить в правильности лечения. Да и пациенты бывают разные. Некоторые устают от лечения, особенно при тяжелых диагнозах. У них опускаются руки, они ничего не хотят, и сестра должна поддержать человека, найти искренние и правильные слова.

Большое значение имеет подготовка медсестры в вопросах деонтологии. Она должна быть не просто грамотной и подкованной в профессиональном плане, но и уметь находить контакт с каждым пациентом. Медсестра должна доносить информацию до пациента так, чтоб ему было все понятно. Современная медицинская сестра может поговорить с пациентом и на какие-то отвлеченные темы: о театре, о замечательных фильмах, о музыке и тд.

В каждом медучреждении большую часть персонала составляют именно медицинские сестры. Без профессионально грамотной медицинской сестры доктора обойтись сегодня не могут. А больше всего медсестра нужна своим пациентам. Пациент ждет внимания, желает ощущать поддержку, соучастие, и потому медсестра должна обладать такими качествами, как доброта, душевность, честность и милосердие. Без этого в нашей профессии делать нечего.

Современные сестры ухаживают за пациентами, оценивают их состояние, они вносят свои рекомендации, работают грамотно и профессионально, активно участвуют в реабилитации пациентов. Медицинская сестра может самостоятельно общаться с пациентами, помогать ему в решении многих проблем, при которых нет необходимости обращаться непосредственно к врачу.

Ранее медицинская сестра воспринималась только как помощник врача. Сегодня она является полноправной коллегой доктора, и отношение к ней в обществе, ее социальный статус меняются. Многие сестры в последнее время получили высшее сестринское образование, даже мыслить они стали по-другому, так как имеют хорошую базу медицинских знаний. Безусловно, медсестра не вмешивается в сам лечебный процесс – только врач координирует лечение, ставит диагноз и назначает лекарственные препараты. Сегодня большую роль уделяют непрерывному обучению медицинских сестер, для них проводятся семинары по повышению мотивации, профилактики эмоционального выгорания, развитию их компетенций и стрессоустойчивости, сестринские конференции по различным тематикам, обучение практическим навыкам в симуляционных центрах. Эффективность коммуникаций с пациентами становится все более значимой составляющей в оценке качества оказания медицинской помощи. Медицинская сестра — одна из наиболее востребованных профессий в современном мире, предполагающая наличие определенных нравственных и психологических качеств у человека, ее избравшего, а также необходимой профессиональной подготовки. Одним из направлений работы медицинской сестры являются мероприятия общего ухода. Можно грамотно подобрать терапию, но не обеспечив надлежащий уход, полностью перечеркнуть всю работу с пациентом

Специалисты среднего звена на современном этапе стали полноценными участниками лечебного процесса. Возрастают требования: к качеству и количеству выполняемых ими функций, к современному уровню их профильного и специального образования, к освоению современных научных, технологических и инновационных решений, без которых невозможно осуществлять на должном уровне практическую профессиональную деятельность .

Возникает необходимость ориентировать медицинских сестер на непрерывное последипломное образование и именно такие его формы, которые позволили бы органично интегрировать в практическую деятельность необходимый объем новых знаний в медицине.

Медицинские сестры предоставляют безопасную, высококачественную и ориентированную на человека и население медицинскую помощь, улучшают охват и комплексный характер медико-санитарных услуг и снижают затраты медицинских организаций и систем здравоохранения. Их функции развиваются и расширяются, особенно в области укрепления здоровья, профилактики заболеваний, ведения и координации лечения хронических болезней.

Фактические данные показывают, что здоровый, получающий надлежащую поддержку и хорошо образованный и мотивированный персонал улучшает процесс предоставления и получения помощи и ее результаты, а также итоговые показатели здоровья населения. Таким

образом, важным является создание для медицинских сестер благоприятных условий труда и перспектив карьерного роста, их профессиональное признание и вознаграждение.

### **Библиографический список**

1. «Московская медицина» №4 : журнал / Сост. Т.А.Амплеева, - Москва, 2017-92 стр.
2. Профессиональное становление личности медицинского работника на примере медсестры: Диссертация / Сост. Е.Г. Баистракова.- г.Калуга, 2016г.-206 стр.
3. Кухарчук, А. М., Человек и его профессия / А.М. Кухарчук, В.В. Лях, А.Б. Широкова. – Минск : Современ. слово, 2006. – 544 стр.
- 4.Рублевская, Е.И. Роль медицинского колледжа в обеспеченности лечебнопрофилактических учреждений средним медицинским персоналом / Е.И. Рублевская, Т.С. Дивакова, Л.Н. Лаптиева // Вестн. ВГМУ. – Витебск, 2016. – Т. 15, № 2. – С. 110–117стр.
5. Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е.А. Климов. – Ростов-наДону : Феникс, 1996. – 512 стр.

### **ПАЦИЕНТ – ОРИЕНТИРОВАННАЯ И СЕМЕЙНО – ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ВАЖНЫЙ ПРИНЦИП СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВА ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ**

Т. В. Саитова  
*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

#### **Введение**

Пациент-ориентированный подход подразумевает качественное информирование пациента и открытую коммуникацию с ним со стороны медицинских работников, привлечение пациента к процессу принятия решений о его лечении и, что очень важно, уважение мнения пациента, эмоциональную поддержку и эмпатию, непрерывность и координацию помощи.

Преимущества этого подхода продемонстрированы и приняты на вооружение Всемирной организацией здравоохранения, рекомендованы для реализации в целом ряде документов, в том числе, в Европейском сборнике примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье–2020. Многочисленные страновые примеры свидетельствуют, что медицинские сестры и акушерки предоставляют безопасную и ориентированную на человека и население медицинскую помощь.

#### **Материалы и методы**

Пациент-ориентированный подход широко используются при оказании медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным и являются далеко не новой моделью оказания помощи. Говоря об истории развития родовспоможения, нельзя не вспомнить, что повивальные бабки принимали роды у нескольких поколений одной семьи, знали особенности женщин, наблюдали их и до и после родов. С открытием родильных домов родовспоможение стало медицинской процедурой, закрытой для родственников пациентки, далекой от концепции пациент-ориентированной помощи.

В начале 90-х гг. благодаря реализации различных международных проектов ситуация стала меняться. Инициативы ВОЗ, ЮНИСЕФ, двусторонние проекты сотрудничества с различными странами открыли дорогу новым подходам в родовспоможении, включая совместную подготовку к родам, партнерские роды, раннее прикладывание новорожденного к груди и поддержка грудного вскармливания, совместное пребывание матери и ребенка.

Указанные подходы активно внедряются в практику многочисленных перинатальных центров, в том числе, в перинатальном центре Омской областной клинической больницы.

### **Результаты**

За период 2013-2017гг. благодаря реализации пациент-ориентированного подхода перинатальному центру Омской областной клинической больницы удалось существенно улучшить показатели помощи роженицам. В частности, мы смогли достичь:

1. Вследствие уменьшения необходимости использования медикаментозного родоусиления и обезболивания в родах сократилось количество проведённых инвазивных вмешательств (в/в инъекции: 2013г. – 8129, 2017г.- 5129; в/инфузии: 2013г.-7751, 2017г. - 4147);
2. Травматизм промежности сократился на 12%, травматизм новорожденных - на 2,2%;
3. Количество послеродовых инфекционных осложнений у родильниц сократилось с 5.0% в 2013 году до 3,6% в 2017 году, у новорожденных с 5,6% в 2013 году до 3,8% в 2017 году;
4. Общий период пребывания рожениц и новорожденных в перинатальном центре сократился с 5-6 кочных дней до 3-4;
5. Результаты проведенного анкетирования продемонстрировали повышение удовлетворенности женщин от прошедших родов на 14%.

### **Выводы**

Научные публикации свидетельствуют о двоякого рода проблемах в оказании акушерской помощи – одни страны страдают от переизбытка медицинских вмешательств (лишние диагностические процедуры, медикаментозные назначения в период беременности и родов, индукция родов, и т.п.), другие испытывают нехватку помощи. Исследования говорят и о том, что лучшие показатели для матери и ребенка достигаются за счет грамотно



организованной акушерской помощи, которая опирается на семейно-ориентированные практики.

Учитывая положительные результаты внедрения семейно- и пациент-ориентированных технологий в перинатальном центре ОКБ, считаем исключительно важным достичь:

- Обеспечения всеобщей доступности акушерской помощи на этапе прегравидарной подготовки для сохранения репродуктивного здоровья населения и грамотного планирования семьи;
- Обеспечения всеобщей доступности пациент-ориентированных технологий на этапе беременности и родов.

Реализация пациент-ориентированных технологий в родовспоможении – профессиональная задача акушерки, которая, на наш взгляд, и с учетом прогрессивного опыта многих стран, может и должна выполнять больше, в том числе, осуществлять самостоятельное ведение физиологически протекающей беременности; консультирование и поддержку беременности на фоне любых заболеваний; самостоятельно вести и принимать физиологически протекающие роды. Такие перемены позволят сделать помощь более доступной и качественной.

## **РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

А.Г.Санькова

*БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4», г. Омск*

Одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению отводится медицинским сестрам ,а значит, именно от этой категории персонала во многом зависят качество и эффективность медицинских услуг.

Качество сестринской помощи - совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологий. Современный опыт сестринской медицинской помощи населению показывает, что сестринская помощь является неотъемлемой частью лечебного процесса.

Основными критериями качества сестринской помощи являются:

- доступность - возможность получить необходимую медицинскую помощь и уход независимо от экономических, социальных и иных барьеров;
- непрерывность и преемственность - получение пациентом необходимой медицинской помощи без задержки и перерывов;

- безопасность - сведение до минимума риска возможных осложнений, побочных эффектов лечения;

- результативность - эффективность сестринских вмешательств, улучшающих здоровье пациента.

Качество сестринской помощи определяется многими факторами, зависящими или независящими напрямую от медицинской сестры, когда она лишь в некоторой степени способна на них влиять такие как:

- финансирование отрасли;

- нормативно-правовое обеспечение;

- материально-техническое оснащение ЛПУ;

- руководство сестринской помощью;

- профессиональная компетенция медицинских сестер и наличие стойкой положительной мотивации повышения качества сестринской помощи;

- наличие стойкой положительной мотивации сохранения и укрепления здоровья у пациентов.

Развитие сестринского дела требует, чтобы каждая медицинская сестра брала на себя ответственность за сестринскую помощь и располагала достаточными полномочиями для этого. Ответственность стала одним из главных принципов и имеет перспективное значение для профессиональной сестринской помощи. Медицинская сестра должна четко знать границы своих полномочий и меру своей ответственности.

Культура сестринского дела, этические нормы поведения, уважение прав пациента должны стать основой профессиональной деятельности сестринского персонала во всех ее организационных формах.

Повышению качества сестринской помощи будет способствовать осуществление комплекса мероприятий по стандартизации, лицензированию, аккредитации и сертификации.

Разработка и внедрение стандартов профессиональной деятельности сестринского персонала как в амбулаторно-поликлинических, так и в больничных условиях должны обеспечить четкую организацию работы сестринских служб.

Высокий профессиональный уровень качества сестринской медицинской помощи может сохраняться при условии хорошо функционирующей системы обучения, наличия профессиональной практики, контроля над проведением медицинских мероприятий и за деятельностью медицинского персонала.

### **Библиографический список**

1. Приказом Минздрава РФ и ФФОМС N 363/77 от 24.10.96 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации
2. Письмо ФФОМС от 5 мая 1998 г. № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования»;
3. <https://scicenter.online/ekonomika-zdravoohraneniya-scicenter/standartizatsiya-sertifikatsiya-akkreditatsiya-134312.html>
4. [http://yamedsestra.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=171:kachestvo-sestrinskoj](http://yamedsestra.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=171:kachestvo-sestrinskoj)

### **РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

О.В.Саратова  
*БУЗОО «Родильный дом №5», г. Омск*

Охрана материнства и детства, совершенствование и развитие акушерско-гинекологической помощи, снижение материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности в современных условиях являются приоритетными направлениями деятельности органов управления и учреждений здравоохранения Российской Федерации.

Особую актуальность в условиях негативных демографических процессов в стране - низкой рождаемости и высокой смертности населения - приобретает служба родовспоможения и ее кадровые ресурсы. При этом большой вклад в решение важных задач по повышению доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям вносят акушерки.

Акушерство - самая древняя и массовая область медицины, возникшая на заре развития человеческого общества, отличающаяся от других дисциплин тем, что помощь оказывается не только при заболеваниях, но и при физиологических процессах - беременности, родах, послеродовом периоде. Потребность в этой помощи возникает внезапно, поэтому акушерская помощь относится к неотложным видам медицинской помощи. При этом акушерки, работающие в службе родовспоможения, отвечают за жизнь и здоровье не одного человека, как представители других специальностей, а двух - матери и ребенка.

Чрезвычайно значимой государственной мерой поддержки материнства, стимулирования рождаемости в настоящее время в стране является выделение значительных инвестиций в службу родовспоможения в рамках приоритетного национального проекта в сфере

здравоохранения - «Родовой сертификат», «Материнский (семейный) капитал» и другие социальные меры.

Важной составляющей мер при этом является развитие сети перинатальных центров, оснащение учреждений родовспоможения современным оборудованием, что позволяет решать задачи сохранения жизни и здоровья беременным женщинам из группы высокого риска, вынашивания и выхаживания новорожденных с неудовлетворительным прогнозом здоровья.

В современных условиях знания в области акушерства распространяются и совершенствуются посредством системы непрерывного профессионального образования, обмена опытом по расширенной акушерской практики, научно-исследовательской деятельности. Внедрение современных перинатальных технологий, совершенствование пренатальной диагностики, подходов к ведению беременных с невынашиванием беременности, экстрагенитальной патологией, рубцом на матке, организация школ здоровья для беременных, школ по поощрению грудного вскармливания является идеальной площадкой для развития научных исследований и расширенной акушерской практики. Акушерки, обладая новейшими знаниями и практиками теперь могут более качественно и эффективно выполнять свою работу, что не только отражается на благополучии пациентов, но и на удовлетворенности самих акушерок своей работой.

В целях совершенствования акушерско-гинекологической помощи в работу родильных домов внедрены следующие эффективные медицинские практики:

- проводится современный динамический контроль состояния плода в родах, включающий кардиомониторное, ультразвуковое, доплерометрическое наблюдение с одновременным мониторингом показателей гемодинамики роженицы;
- ведение партограммы;
- используются современные методики регионарной анестезии в родах, остановка кровотечения при помощи управляемой баллонной тампонады;
- система родовспоможения Киви - для эффективной помощи в родах.
- семейно-ориентированные (партнерские) роды;
- профилактика гипотермии новорожденных (ранний контакт «кожа-к-коже» новорожденного и матери);
- раннее прикладывание к груди;
- ранняя выписка;
- совместное пребывание матери и ребенка в род зале и послеродовой палате;

Использование новых лекарственных препаратов:

- Трактоцил–для пролонгирования беременности при угрозе преждевременных родов позволило сохранить жизни маленьких пациентов;
  - Пабал – для профилактики маточного кровотечения в раннем послеродовом периоде;
- Таким образом, акушерка несет особую ответственность и от нее требуется высокое умение и искусство не только правильно оценить ситуацию и принять роды , но и уметь правильно оценить ситуацию и своевременно вызвать врача при малейших отклонениях.
- Только самоотверженный труд акушерок позволит добиться улучшения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам. Если медицинская помощь это процесс взаимодействия, то качество медицинской помощи это одна из основных характеристик этого взаимодействия. При этом вопросы качества оказания медицинской помощи родовспоможения будут решены только хорошо образованными, квалифицированными акушерками.
- Мы с надеждой смотрим в будущее и ждем от будущих коллег-акушерок глубокого, вдумчивого отношения к нашей необыкновенной и столь необходимой людям профессии.

### **Библиографический список**

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Минздрава РФ от 01.11.2012 N 572н – Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
3. Клинические рекомендации «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде» (письмо Министерства здравоохранения РФ от 06.05.2014 г. № 15–4/10/2–3185).
4. Клинические рекомендации «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях» (письмо Министерства здравоохранения РФ от 29.05.2014 г. № 15–4/10/2–3881).
5. Журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России», 2017 год.

## ПРИЧИНЫ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА, ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

В.А Сербинова, А.В Данилов

*БУ ДПО ОО» Центр повышения квалификации работников здравоохранения»,*

*БУЗОО «Областная клиническая больница» г. Омск*

«Истинный медицинский работник – это тот,  
кто осознаёт свой долг перед людьми,  
ведь цена ошибки – жизнь»

*академик А. Н. Михайлов*

В настоящее время характер взаимоотношений медицинского персонала и пациентов приобретают значение мощных терапевтических и профилактических факторов.

Принципы, правила этики и деонтологии в работе стали предметом постоянного внимания в обществе (ожиданий качества медицинской помощи, требований к квалификации медицинского персонала и ростом юридической грамотности пациентов). Рост числа жалоб пациентов на бездушное, грубое обращение, неуважение и невоспитанность.

Медицинские сестры в отделениях анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии (ОАРИТ) участвуют в анестезиологических пособиях, обеспечивают уход и постоянное наблюдение за пациентом. Современная медицина развивается огромными темпами, мы стараемся успеть проследить за всеми изменениями, а за этим совершенствованием забываем о самом пациенте, его мыслях, чувствах, о его душе.

К сожалению, довольно часто остаются без должного внимания индивидуальные, психологические особенности пациента. Встречаются случаи безответственного отношения к работе, стремление снять с себя ответственность, найти предлог, чтобы переложить ответственность на других. Если низкая профессиональная квалификация медицинской сестры не всегда может быть распознана пациентом или его близким, то нравственный облик выявляется без труда и может получить отрицательную оценку у пациента, которую он в дальнейшем будет применять ко всему медицинскому сообществу.

Это означает, что такие нравственные качества, как сопереживание и милосердие должны стать моральным стержнем медицинского работника, этической нормой.

Слово **этика (греч.)** означает - привычка, традиция, обычай. Она отвечает на вопрос о том, на какие нормы и цели или ценности люди должны ориентировать свою деятельность. Вопросы, которые решаются с позиции этики обосновывают различие добра и зла, принципы и отношения с другими людьми, предназначение и смысл жизни.

От медицинской сестры, кроме качественного, тщательного выполнения врачебных назначений, без которых невозможно ни одно лечение, пациенты ожидают понимания, участия и душевной теплоты. Пациент, доверяющий сестре свое здоровье, должен быть уверен не только в высоком профессионализме, но и порядочности, честности, доброте, милосердии, чуткости и отзывчивости. Поэтому с давних времен общество и пациенты предъявляют требования именно к моральным, нравственным качествам медицинской сестры.

А.П. Чехов писал: «Профессия медика — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это».

В чем же причина нарушений медицинской сестрой этических принципов?

В первую очередь это огромная нагрузка, как физическая, так и эмоциональная. Деятельность медицинской сестры направлена на благо пациента, и ее целью является здоровье и благополучие пациента. При этом лечебно-диагностические методы неразрывно переплетаются с личностными отношениями.

Особенно при работе с пациентами, находящимися в бессознательном состоянии. Ухаживая, медицинская сестра выполняет все мероприятия, необходимые для обеспечения комфорта пациента физического и психологического, но находится в постоянном напряжении, ожидании ухудшения состояния пациента и готовности начать неотложные мероприятия. Сестра ОАРИТ морально готова к наступлению момента окончания жизни пациента и приближению его смерти. При выполнении своих функциональных обязанностей внешне это ничем не проявляется. У нее хватает оптимизма и силы духа на то, чтобы защитить себя от сильных эмоциональных переживаний. Но со временем от медицинской сестры можно услышать: «я устала». Следствием этой «тяжести» является развитие профессиональной деформации личности, которая проявляется как холодность и равнодушие, грубость и раздражительность, подавленность «от бессилия». Конечно, для всех медицинских работников обязательны хорошие манеры, вежливость, доброжелательность. Недопустимо повышать голос, грубить пациентам и их родственникам, даже сталкиваясь с их неадекватной реакцией. Если пациент и его близкие вызывают явную антипатию у медицинского работника, негативные чувства не должны проявляться ни в словах, ни в жестах и, естественно, не должны отражаться на лечении – это уже требование не этики, а деонтологии.

Под медицинской деонтологией (греч. **deon** — должное) понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы.

К сожалению, до сих пор, никто никогда не изучал вопрос грубого отношения пациентов к медицинской сестре (что случается не так уж редко), риск получения травмы от пациента, оскорблений и нецензурного выражения в адрес медицинского персонала. Да, мы понимаем, что не должны на них реагировать, но и нигде не сказано, а как быть? Медицинские работники, в том числе медицинские сестры выстраивают свое поведение только на собственной интуиции, помощи и опыта коллег.

Еще одна причина этических конфликтов — это взаимоотношения в коллективе. Служебная обстановка в коллективе (профессиональная этика или медицинский этикет) требует корректности в отношениях между всеми членами коллектива, невзирая на чины и звания.

Отсутствие уважения друг к другу проявляется как между молодыми и опытными медицинскими сестрами в демонстрации завышенной самооценки, так и между врачами и медицинскими сестрами и младшим персоналом в неуважении друг друга в неоправданной гордыне и высокомерии.

Только формирование морально-нравственных устоев, основанных на дружеской поддержке и готовности прийти на выручку, предотвращает профессиональную деформацию медицинских сестер.

Почтительное обращение к коллегам, так же как и белый цвет медицинской одежды, подчеркивает чистоту и высокий смысл нашей профессии. Особенно строго этого принципа следует придерживаться, если общение происходит в присутствии пациента и его родственников. Если низкая профессиональная квалификация медицинской сестры не всегда может быть распознана пациентом или его близким, то нравственный облик выявляется без труда и может получить отрицательную оценку, которую он в дальнейшем будет применять ко всему медицинскому сообществу.

Принцип «забота о ближнем коллеге», безусловно, поможет всем контролировать свои действия, снижать поведенческие ошибки, тем самым повышать качество ухода.

И все-таки Насегодня главной проблемой медицинских сестер является наличие воспитания (внутренняя культура). Это внушается с детства, затем формируется окружением, в том числе в учебных заведениях, и должно быть заложено в течение первого года работы, как традиция продемонстрировано опытными коллегами и руководителем отделения.

Понятие внутренняя культура включает добросовестное отношение к труду, соблюдение дисциплины, чувство коллегиальности, скромность, справедливость, доброта и сострадание.

«Хорошая» медицинская сестра прежде всего такой специалист, который относится благожелательно к пациентам, понимает их, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, не жалея себя, помогает словом и делом. Следовательно, быть с пациентом в партнерском профессиональном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность



в необходимости и безопасности назначенной процедуры. Ее облик должен убедить пациента и его родственников, что перед ним профессионал, которому не страшноверить здоровье и жизнь. Никто не захочет стать пациентом человека легкомысленного, неаккуратного, с безразличием, а то и с неприязнью относящегося к пациентам.

Внешний вид иногда выдает приверженность к вредным привычкам. Медицинский работник должен быть собранным, сдержанным, доброжелательным и, конечно, здоровым и подтянутым человеком (или как минимум производить такое впечатление).

Речь идет о внешней культуре, согласно медицинскому этикету, требования к внешнему виду. Не пристало блистать медицинской сестре ультрамодными нарядами и дорогими украшениями, поражать коллег и пациентов необычными прическами.

«Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных»,- об этом говорил Гиппократ много столетий назад, но слова эти актуальны и на сегодняшний день. Не будет доверия у пациента к медицинской сестре, у которой взгляд хмурый, поза пренебрежения, а говорит так, словно делает одолжение.

Медицинская сестра должна говорить просто и ясно, а держаться спокойно и сдержанно, чистота, и простота, отсутствие излишних украшений и косметики.

В заключении хочется подчеркнуть, что вся деятельность медицинской сестры, как профессия, должна строиться на строгом выполнении этико-деонтологических принципов. В тоже время, нам не избежать непонимания со стороны пациента, сложно найти ту модель поведения, на основе которой выстраиваются взаимоотношения с пациентом и коллегами.

Безусловно, помощь медицинской сестре должен оказывать коллектив единомышленников, для которых уважение друг к другу, справедливость, милосердие и сострадание стоят на первом месте. Зависит это не только от заведующего отделением и старшей сестры и от каждого, кто по зову сердца пришел работать в медицину.

### **Библиографический список**

1. Авакян, С.С. Предупреждение конфликтных ситуаций в практике ортопедической стоматологии/С.С.Авакян, О.В. Байбакова // Международный журнал экспериментального образования. - 2014. - № 4. - С. 19-21.
2. Алексеева, Е.Б. Воспитание нравственно-этической культуры медицинских сестер лечебного учреждения / Е.Б. Алексеева // Международный журнал экспериментального образования. - 2014. - № 10. - С. 22-25.

## ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОДНОРАЗОВЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ СИСТЕМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

И.Ю.Соколова, Г.А. Киселева

*БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

Одна из задач современной медицины - обеспечить массовый доступ населения к высокотехнологичной медицинской помощи. В отделении торакальной хирургии БУЗОО «ГКБ№1 им. Кабанова А.Н.» в течение последних четырёх лет внедрена инновационная методика дренирования плевральной полости и активной аспирации экссудата при помощи систем Plevrofix и Plevrosan, имеющих похожий набор инструментов, который содержит:

- устройство для пункции (стальную, очень острую иглу);
- шприц Omnifix объемом 50 мл.;
- мешок для сбора экссудата объемом 2л.;
- систему трубок для отвода экссудата в мешок (либо при помощи трёхходового крана, либо при помощи антирефлюксного клапана).

Дренажная трубка имеет три “порта”. Первый - для соединения с иглой, второй - для соединения со шприцем и третий - для соединения с мешком для сбора экссудата. Использование трехходового крана или антирефлюксного клапана позволяет распределять направление экссудата в мешок, шприц или плевральную полость. При этом производят не только аспирацию экссудата, но и промывание полости антисептическими и бактерицидными растворами по назначению врача.

Особенностью набора является тот факт, что все соединения резьбовые, и, следовательно, исключено “соскальзывание” дренажных трубок и разгерметизация системы.

Данная методика используется у 80% пациентов, поступивших на лечение в отделение, имеющих закрытые осложненные травмы груди, острые и хронические нагноительные заболевания нижних дыхательных путей, плевры и плевральной полости, средостения и грудной стенки.

Ранее при дренировании плевральной полости специалисты использовали троакары, что приводило к:

- повреждениям межреберных сосудов с развитием кровотечения в плевральную полость, которое невозможно было остановить консервативными методами лечения;
- повреждениям лёгкого и развитию спаечного процесса;

- излишней травме грудных мышц с чувствительностью и болезненностью при проведении манипуляции;
- проблемам с фиксацией дренажной трубки, приводящим к отсутствию герметичности и плохому функционированию дренажа, не позволяющему адекватно санировать плевральную полость и, как следствие этого, подтекание экссудата мимо дренажа с развитием мацерации кожи вокруг дренажа, присоединение нагноительных осложнений, возможного образования свернувшегося гемоторакса, осумкованных плевритов, эмпием плевры, неполного расправления легкого, что, в свою очередь, приводит к развитию посттравматических пневмоний с деструкцией.

Применение современной методики с помощью систем Plevrofix и Plevrocan имеет следующие преимущества:

- метод атравматичен;
- снизился болевой синдром во время и после операции, в связи с точечным проколом иглы;
- снизился риск развития кровотечений и других осложнений;
- установленный дренаж герметичен и не допускает подтекания экссудата;
- происходит эстетическое заживление раны.

Задачи медицинской сестры по уходу за пациентом с применением новой технологии включают тщательный контроль функционирования дренажной системы (проходимости трубок), по назначению врача аспирацию содержимого и промывание плевральной полости антисептическими растворами, регистрацию количества и характера отделяемого по дренажу.

В связи с использованием одноразовых расходных материалов и атравматичностью операции сократилось количество сестринских манипуляций, что значительно облегчило труд сестринского персонала:

- требуется меньше вводить обезболивающих препаратов;
- перевязка раны более простая и занимает меньше времени;
- нет риска разгерметизации дренажной системы и выпадения дренажной трубки;
- снижается риск развития различных осложнений.

Так как перед операцией и после неё пациент испытывает меньше страха и боли, самочувствие его после медицинского вмешательства восстанавливается значительно быстрее. Это позволяет медицинской сестре уделять больше времени обучению пациента жизни в новых условиях, раньше приступить к проведению реабилитационных мероприятий.

В отделении разработана комплексная реабилитационная программа для пациентов, перенёсших операции на органах грудной клетки, которая включает в себя обучение:

- визуальному самоосмотру и контролю состояния дренажа (проходимости, герметичности, прочности фиксации, количества и характера отделяемого, отхождения воздуха);
- снижению уровня боли при помощи изменения положения тела и отвлекающих средств (чтение книг, прослушивание музыки, просмотр телепередач, использование ПК и т.д.);
- самостоятельному проведению дыхательной гимнастики, направленной на расправление легкого и лучшее отхождение мокроты, профилактику застойных пневмоний;
- полноценному питанию, позволяющему восстановить белок, потерянный при отхождении экссудата (ежедневное употребление мяса, творога, яиц);
- отказу от вредных привычек (курения, употребления алкоголя) и ведению здорового образа жизни (прогулки на свежем воздухе, проведение физических упражнений).

В результате обучения:

- пациенты раньше активизируются, у них создается мотивация к сознательному и активному участию в лечении;
- снижается срок госпитализации пациентов с учетом конкретного заболевания;
- улучшается качество жизни пациентов.

Медицинские сестры при работе с инновационной технологией:

- повысили профессиональную компетентность;
- улучшили качество ухода за пациентами;
- заслужили уважение среди коллег и пациентов.

#### **Библиографический список**

1. Барыкина Н. В. Хирургия/Н. В. Барыкина.- Ростов н/Д: Феникс, 2007.
2. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. Лечение эмпиемы плевры Инфекции в торакальной хирургии. Лечение эмпиемы плевры
3. Кубачев К.Г, Зайцев Д.А, Кукушкин А.В. «Вестник Санкт-Петербургского университета». серия 11. Медицина
4. Неттов Г.Г. Хирургический дренаж Текст. / Г.Г. Неттов //Казанский мед.журн.-1984.-№4.- С.311.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА В ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

М.А.Филатова

*БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр»*

*Педиатрический стационар г.Омск*

Под качеством медицинской помощи следует подразумевать её соответствие потребностям пациентов с учетом всех современных возможностей медицинской науки и практики при условии продуктивного использования имеющихся на данный момент ресурсов. Качество медицинской помощи включает непрерывность процесса, удобство, безопасность, рентабельность, своевременность исследований, соответствие ожиданиям пациента, межличностные взаимоотношения, доступность и профессиональная компетенция.

Чаще всего для многих пациентов лабораторные исследования остаются невидимой стороной медицины. Но это не так, 80% всех медицинских решений принимаются по результатам лабораторных исследований, начиная от постановки диагноза до выбора необходимой терапии и определения прогноза. С помощью лабораторных данных, все медицинские мероприятия (выявление причин появляющихся у пациента симптомов, разработку плана обследования и лечения, наблюдении за эффективностью терапии) врач сможет проводить более уверенно.

Автоматизация лабораторного процесса, своевременность исследований и поэтапная система контроля качества позволяют обеспечить достоверность и надежность лабораторных данных, что очень важно для оказания высококачественной медицинской помощи. Важное значение имеет контроль качества лабораторных исследований - это система мер направленная на качественное выполнение лабораторных исследований на всех этапах их осуществления: преаналитическом(подготовки пациента к взятию биоматериала), аналитическом(непосредственно проведение исследований), постаналитический(своевременное получение достоверных лабораторных результатов, необходимых в процессе оказания медицинской помощи).

Лабораторная диагностика стала медицинской специальностью, так как применяется для оценки состояния больного, для диагностики и прогноза этого состояния, сопоставления результатов лабораторных исследований с клиническими данными. Основной её особенностью является предмет исследования это биоматериал, полученный от пациента. Задачами современной лабораторной диагностики являются: 1) разработка лабораторных методов химического и морфологического анализа биологических материалов (жидкостей,

тканей, клеток) человеческого организма; 2) диагностика с помощью усовершенствованных методов состояния органов и физиологических систем, организма человека; 3) обнаружение отклонений и патологических нарушений в жизнедеятельности органов, систем организма человека; 4) постановка диагнозов заболеваний и осуществление лабораторного мониторинга за динамикой патологических процессов, контроля лечения и реабилитации. Для выполнения выше перечисленных задач лаборатории должны быть укомплектованы компетентным и квалифицированным персоналом, оснащены современным оборудованием. Лабораторные исследования проводятся на научной основе, используются строгие и надежные методы статистического анализа и контроля качества. Так как долг врача гласит - «прежде всего, не навредить», результаты лабораторных исследований являются только одним из факторов в процессе принятия клинического решения, причем этот фактор должен удовлетворять строгим стандартам качества, эффективности и надежности. Лабораторные исследования в медицине во многих случаях – важнейший процесс, однако его использование оказывается более эффективным только при комплексном рассмотрении всей совокупности необходимых данных, полученных в процессе. При полном обследовании пациента лабораторные данные исследований дополняют картину объективного осмотра и помогают расшифровать причины проявления болезни. Дополнительные лабораторные методы исследования имеют очень большое значение для ранней идентификации и диагностики заболеваний, протекающих бессимптомно. Таким образом, роль лаборантов в обеспечении качественной медицинской помощи велика от качества и эффективности выполнения их работы зависит успешность лечебно-диагностического процесса. Специалисты лабораторий имеют право самостоятельно тестировать новые методы исследований, вести работу по контролю качества, выполнять иные аналитические процедуры. В связи с увеличением автоматизации исследований в клинико-диагностических лабораториях необходимость в медицинских лабораторных техниках постоянно увеличивается, они постепенно должны заменить врачей на аналитической работе.

Большое значение в работе лаборанта занимает этика и деонтология. Это важно особенно при первой встрече лаборанта с пациентом, итог которой зависит от взаимопонимания. Принятый лаборантом при первой встрече с пациентом стиль общения в дальнейшем определит результативность процесса в целом. К пациентам нужно проявлять должное внимание и чувство сострадания. Входя в лабораторию, пациент должен видеть приветливый взгляд и доброжелательность персонала. Медицинский лабораторный техник должен проявить вежливость, тактичность и заботу, а не просто являться исполнителем той или иной манипуляции, поэтому особое значение имеет доверие, спокойное и разумное поведение медицинского персонала, которое сочетается с заботливым отношением к пациентам.

Лабораторные исследования являются незаменимым инструментом познания, движущей силой современной экспериментальной медицины. Благодаря прорыву в современных лабораторных методах и технологиях стали понятными механизмы развития многих, еще пока неизлечимых заболеваний, среди них такие, как рак, СПИД, рассеянный склероз, бронхиальная астма и многие другие. А, значит, что в скором времени появятся новые препараты, способные радикально излечивать эти заболевания.

В лаборатории Городского Клинического Перинатального центра кроме специальных задач существуют также вопросы скорости выполнения исследований, обеспечения качества и необходимость комфорта обслуживания не только пациентов, сдающих анализы, но и врачей, их назначающих. Особенно это важно при оказании медицинской помощи новорожденным и детям с экстремально низкой массой тела. Лабораторное отделение Городского Клинического Перинатального центра в педиатрическом стационаре оснащено современным высокопроизводительным оборудованием, которое дает возможность быстро и качественно выполнять необходимые исследования. Дежурная служба лабораторного отделения кроме клинических и биохимических также проводит специализированные анализы, результат которых помогает дать адекватную оценку степени тяжести и выявление угрожающего жизни синдрома у новорожденных детей в критическом состоянии находящихся в неонатальной реанимации и интенсивной терапии. Например, тест на определение лактата, который помогает выявить интранатальную гипоксию плода, являющуюся одной из ведущих причин перинатальной и неонатальной смертности и заболеваемости. Тропаниновый тест на кардиомаркеры в лаборатории проводят экспресс - методом. Тропанин в анализе крови в последние годы выполняет важную диагностическую функцию для сердечно - сосудистых заболеваний. В реанимационном отделении перинатального центра особое значение уделяется анализу кислотно – основного состояния крови это очень важно для детей находящихся на ИВЛ. Данный анализ является показателем снабжения тканей кислородом. Результаты КОС дают возможность врачам круглосуточно наблюдать за состоянием новорожденных и в этом не малая заслуга лаборантов.

Сотрудники лабораторного отделения Клинического Перинатального центра в педиатрическом стационаре принимают участие в научных разработках, проводимых с использованием полученных в лаборатории данных. Благодаря системному подходу, а также оптимальной организации предоставления лабораторных услуг, увеличивается продуктивность всех медицинских мероприятий, дающих возможность надежно защищать и сохранять здоровье детей. Несмотря на усовершенствование и автоматизацию лабораторных процессов, решающее слово всегда останется за специалистами лаборатории: медицинским лабораторным техником, фельдшером-лаборантом и врачом клинической лабораторной

диагностики. В связи с этим профессия медицинского лабораторного техника не теряет своей актуальности, а наоборот становится более востребованной.

### **Библиографический список**

1. Скурлягина Е.А. Деловой этикет в работе медицинской сестры// Сестринское дело. 2007. №4. с. 37-39.
2. Остапенко А.Л.. Этикет и деонтология среднего медицинского работника. Л.: Медицина; 1985. 144 с.
3. Соловьева И. В. Лактат в оценки тяжести критических состояний. 2018 . с. 22-23.
4. Новиков В.Э. Современные аспекты клинической лабораторной диагностики. 2011. с. 4-6.
5. Материалы Интернет-ресурсов.

### **СОВРЕМЕННЫЙ ПРОФИЛЬ СПЕЦИАЛИСТА – «ОПЕРАЦИОННОЕ ДЕЛО»**

О.В. Филатова

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г.Омск*

В последние годы главным направлением развития хирургии является внедрение высокотехнологичных, ресурсосберегающих, малоинвазивных методов диагностики и лечения, которые позволяют снизить травматичность операций, длительность послеоперационного периода. В связи с этим возрастает роль операционных медицинских сестер, так как именно они совместно с врачами, обеспечивают освоение и успешное применение инновационных методик. На сегодняшний день ежегодно совершенствуется оперативная техника, вслед за ней идет развитие оборудования, расходных материалов, технологий требующих специальных знаний и навыков. Последовательно изменились и требования к профессиональной, практической подготовке операционных медицинских сестер. Динамику трансформации компетенций и ответственности операционной медицинской сестры можно рассмотреть по любому из профилей, например – нейрохирургия.

Еще 10 лет назад для обеспечения нейрохирургической операции операционной медицинской сестре достаточно было следующих знаний:

- положения пациента на операционном столе при нейрохирургических операциях;
- знание наборов инструментария и хода операций;
- умение работать с аспирационной системой, электрокоагуляцией.

В настоящее время их знаний и навыков недостаточно. Дополнительные современные требования, к знаниям операционной медицинской сестры нейрохирургического профиля



закljučаются в умении работать с системой жесткой фиксации головы пациента типа «Mayfield», налобной микрохирургической оптикой designs for Vision, аппаратом для микрокоагуляции электрохирургическим высокочастотным «Valleylab», современными расходными материалами: кожными клипсами, клеями BioGlue, EVICEL, гемостатиками Surgicel, Surgicel fibrillar, Тахокомб, гемостатической пудрой и тд. Операционная медицинская сестра должна знать подготовку к работе автоматического кресла нейрохирурга, с регулируемыми по высоте подлокотниками, хирургического микроскопа «Omni Pentero», нейронавигационной системы «Strayker», интраоперационного мобильного рентген-аппарата типа С-дуги «Еneo», трепана нейрохирургического высокоскоростного «Strayker» с набором дрелей различного диаметра, ультразвукового дезинтегратора CUSA и другое в зависимости от вида операции.

Для повышения квалификации операционных медицинских сестер в современных условиях необходимо применять инновационные подходы в подготовке и обучении, с учетом современных требований практического здравоохранения. Специалистам операционного дела необходимо активно, максимально использовать все возможности получения новых профессиональных знаний. При обучении на иногородних базах с целью обеспечения эффективного использования новых знаний проводить на местах обучающие семинары и конференции с использованием информационных технологий. Актуальным является обучение по высоким технологиям не только врача, но и операционных медицинских сестер, так как достижение высокого результата может быть только в команде. В настоящее время значительно расширяются функции операционной медицинской сестры в связи с использованием различных аппаратов, инструментов со сложной конструкцией, с разбирающимися насадками, с индивидуальными особенностями дезинфекции и подготовкой к стерилизации. При накрытии стерильного стола операционная медицинская сестра должна так расположить дополнительные стерильные насадки оборудования, чтобы обеспечить требования асептики. В современных условиях, при загруженности операционной оборудованиём, это не просто, и требует от персонала специальных навыков. Операционная медицинская сестра должна знать не только ход оперативного вмешательства, но и иметь некоторые технические знания для возможности работы с высокотехнологичной аппаратурой и инструментами. Особенностью обеспечения оперативных вмешательств в нейрохирургии является опасность возникновения в любой момент массивного интраоперационного кровотечения. Операционная медицинская сестра должна заранее приготовить набор для перехода на открытую операцию в случае обеспечения малоинвазивной, владеть техникой открытых операций при сосудистой патологии головного мозга. Операционная медицинская сестра должна знать порядок работы с современными

гемостатиками и область их применения. Так, при работе с гемостатическими губками (Surgicel, Surgicel fibrillar, Тахокомб) требуется лишь в стерильных условиях вырезать требуемый хирургом размер гемостатического материала и подать отдельным стерильным пинцетом. Наряду с этим в нейрохирургии применяются современные клеи, требующие специальной предварительной подготовки, как например фибриновый клей ИВИСЕЛ (EVICEL). Содержимое флаконов операционная медицинская сестра должна заранее накануне разморозить. Замораживать клей повторно запрещено, т.к. он теряет свои свойства. После размораживания операционная медицинская сестра содержимое двух флаконов помещает в устройство для нанесения, причем оба шприца должны быть заполнены равными объемами растворов и не содержать пузырьков воздуха. Если отверстие наконечника блокируется, каждый раз операционная медицинская сестра может его отрезать примерно на 0.5 см. При нанесении на раневую поверхность он полимеризуется с образованием эластичной фибриновой пленки. Этот процесс повторяет основные стадии физиологического процесса свертывания крови и позволяет останавливать диффузные кровотечения, склеивать и фиксировать ткани, а также ускорять заживление ран. При освоении технологии работы с клеем ИВИСЕЛ (EVICEL) для операционных медицинских сестер БУЗОО «ОКБ» была организована специальная учеба по его подготовке и применению во время операции с участием представителей производителя. Как и в других разделах хирургии, в нейрохирургии достаточно широко стали применять эндовидеоскопическую технику. Высокая техничность эндохирургических операций требует от операционных медицинских сестер умения управлять эндоскопической стойкой (биполярная коагуляция, осветитель, видеосистема, и др.) и устранять простейшие неисправности во время вмешательства. Так же необходимо детально знать все этапы любой эндоскопической операции. Многообразные эндохирургические инструменты нуждаются в специальной тщательной обработке и стерилизации, без использования высокотемпературных методов, от этого зависит не только срок их службы, но и качество дезинфекции и стерилизации. Ведущая роль в инновационных подходах в обучении операционных медицинских сестер принадлежит преемственности – обмену опытом, который осуществляется как на рабочих местах, так и на иногородних базах. Так при освоении эндоскопической операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза нами был использован опыт работы операционных медицинских сестер Военной медицинской академии им. С.М. Кирова г. Санкт – Петербург.

В заключение хотелось бы отметить, что развитие современных технологий в хирургии, успешное выполнение операций невозможно представить без участия и помощи грамотных, профессиональных операционных медицинских сестер. И это требует от операционной

медицинской сестры постоянного совершенствования своих знаний, широкого кругозора, любви к профессии.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА В ИННОВАЦИОННОМ ПОДХОДЕ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ**

А. М. Фильчаков

*БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск*

Ключевые слова: Профессиональная компетентность, профессионализм, профессиональная деятельность, инновационный подход.

Актуальность.

Модернизация российского здравоохранения во многом связана с переходом национальной системы здравоохранения на инновационные, высокотехнологичные методы оказания медицинской помощи населению. Стратегическая цель государственной политики в области здравоохранения – повышение доступности качественного и своевременного оказания медицинской помощи гражданам, соответствующего требованиям и потребностям общества и каждого гражданина, что должно, безусловно, сказаться на продолжительности и качестве жизни. Профессиональная компетентность является одним из ведущих факторов в инновационном подходе к лабораторной диагностике.

Идея профессионального компетентностного подхода к лабораторной диагностике это идея открытого социального заказа на иное, нежели сейчас, содержание лабораторной диагностики в рамках лечебного процесса. Потребность в профессиональном компетентностном подходе связана как с проявлением системного кризиса в самом здравоохранении в нашей стране, так и с мировыми тенденциями, происходящими в системах здравоохранения развитых стран. Переход нашего здравоохранения и лабораторной диагностики в частности, на профессиональную компетентностную основу обусловлен рядом объективно существующих причин. Главной является общеевропейская и мировая тенденция к интеграции науки и медицины. В результате, основным конечным итогом новой стратегии развития медицины, должна стать пациентоориентированная (персонифицированная) модель, в которую интегрируются не только система знаний, умений и навыков, но и набор заявленных государством профессиональных компетенций в интеллектуальной, коммуникационной, информационной и прочих сферах. Как показывает практика, существующие ныне формы подготовки специалистов уже не могут охватить весь круг задач, которые смогли бы обеспечить в лабораторно-диагностическом

профессиональном пространстве условия формирования грамотного, мобильного медицинского лабораторного техника. Студент медицинского колледжа может стать профессионально компетентным в том случае, если применив различные модели обучения в актуальной для него предметной области (гистология, биохимия, гематология, микробиология и другие), отобрав те из них, которые наиболее соответствуют его притязаниям, нравственным установкам и социально-профессиональным амбициям, выберет собственный способ жизнедеятельности, форму проявления индивидуального стиля в контуре профессиональной деятельности. При подготовке специалиста лабораторной диагностики в рамках требований к профессиональной компетентности необходимо учитывать следующие факторы или этапы, включающие следующие последовательности:

- *Этап теоретической (базовой) подготовки* в соответствии с федеральными стандартами обучения.

- *Практико-тренировочный этап* мы связываем с формированием способности, как студентов, так и молодых специалистов применять знания и умения в ситуациях квазипрофессиональной деятельности самостоятельно проектировать способы решения поставленных задач по проведению различных видов исследований в лаборатории с применением высокотехнологичного оборудования и инновационных подходах.

- *Этап наставнического обучения* направленного на практическое обучение под контролем наставника.

- *Обобщающе-корректировочный этап* направлен на непосредственное применение сформированных знаний и умений в условиях реальной самостоятельной профессиональной деятельности. При применении и прохождении данных этапов формирования у молодого специалиста профессиональной компетенции мы получим действительно профессионального медицинского лабораторного техника. Предлагаем рассмотреть категории формирования основных или универсальных профессиональных компетенций специалистов лабораторной диагностики:

*Когнитивные способности* - аналитическое, системное, критическое, рефлексивное, логическое, аналогическое, практическое, командное, креативное, совещательное мышление. Лаборант должен уметь организовывать время, принимать решения, решать проблемы связанные с его профессиональной деятельностью.

*Методологические способности* – владение базовыми знаниями, стратегиями обучения, умение планировать.

*Технологические способности* – элементарные навыки работы с компьютерной и оргтехникой, использование базы данных или ЛИС.

*Инструментальные компетенции* – лингвистические способности, устная и письменная коммуникация на родном и иностранных (одном или двух) языках. В наших лабораториях много современного оборудования иностранного производства, где используются аббревиатуры в результатах на бумажных носителях или меню на английском или другом языке.

*Индивидуальные способности* – развитая самомотивация, адаптация в коллективе, чувство медицинской этики.

*Межличностные компетенции* – способность работать в команде, уметь разрешить конфликт, участие в переговорах.

*Организаторские способности* – применение знаний в лабораторной практике, умение разработать и управлять проектами, ориентирование на КАЧЕСТВО.

*Инициативность* – креативность, инициативность и предпринимательский дух. В современных реалиях лаборант должен знать и уметь зарабатывать деньги.

*Системные компетенции* – лидерские способности, стремление к достижениям и успеху, лидерство.

Профессиональная компетентность как фактор качества в инновационном подходе к лабораторной диагностике может подтверждаться реальным использованием оценочных средств медицинского лабораторного техника, фельдшера-лаборанта, лаборанта. Для этого можно применять различные способы оценки профессиональной компетенции специалиста способной влиять на качество его работы. Среди инновационных оценочных средств можно обозначить модульно-рейтинговую систему, которая с успехом применяется в педагогической практике, она позволяет отследить и оценить имеющиеся знания, как у молодого, так и у опытного специалиста, оценить возможности правильных действий, самостоятельности, умения работы с различным лабораторным оборудованием в условия ротации специалистов внутри лаборатории в рамках своей аккредитованной специальности. Кроме того, сама деятельность лаборанта может являться оценочной. При грамотном включении разного рода оценочной деятельности на всём протяжении трудового процесса можно добиться дополнительной оценки достижений специалиста с учётом выдвигаемых требований использования инновационных технологий обучения в рамках НМО. Таким средством может быть и уже давно знакомый всем метод «Профессионального Портфолио», который призван организовать систему оценки, она будет аутентична новым образовательным целям по личностному профессиональному развитию специалиста. Особые требования должны предъявляться и к тому, кто участвует в проведении обучения и оценки профессиональной компетенции медицинского лабораторного техника. Здесь неопределима роль профессиональных медицинских общественных организаций и созданных под их

патронажем специализированных секций. Именно такой инновационный подход к профессиональному обучению коллег является эффективным и отвечает всем требованиям к внедряемой системе аккредитации специалистов. Бурно развивающиеся инновационные технологии предлагают новые подходы в диагностике и лечении различных заболеваний, однако, вооружившись данными технологиями, далеко не всегда удается в полной мере совместить диагностические механизмы с методиками лечения заболеваний. Дело в том, что под инновацией в лабораторной диагностике, прежде всего, понимается изменение структуры знаний специалистов, как лабораторной службы, так и клиницистов, тем не менее, очень часто мы разговариваем на разных языках. Лабораторным техникам приходится дублировать результаты исследований проведенных на современных анализаторах, автоматических лабораторных приборах и только тогда клиницист успешно интерпретирует полученные результаты, от этого зависит правильность назначения того или иного курса лечения. Сегодня в зарубежной медицинской практике лечения современный американский, европейский врач говорит языком молекулярной генетики и биохимии точно так же, как его коллега из лабораторной службы. Активно развивается молекулярная медицина, т.е. диагностический процесс переместился на уровень кластеров дифференцировки отдельных молекул белков, нуклеиновых кислот и это стало естественной средой обитания врачей, что дает колоссальные возможности для работы в области доказательной медицины. Сегодня в России мы имеем парадоксальную ситуацию: с одной стороны лабораторные технологии хорошо представлены и вполне конкурентоспособны, с другой стороны мы прекрасно понимаем, что как в случае с ПЦР в 1994 году, медицинское сообщество не готово к принятию новых знаний. Врач, требуя и назначая различные исследования, получив положительные результаты ПЦР, зачастую не может назначить адекватного, эффективного лечения, как, например, в случае с диагностикой герпетической инфекции. Передовые разработки, опережающие свое время, всегда требовали активного распространения информации и работы энтузиастов. Необходимо понять, что, не делая акцент на данном направлении здравоохранения, мы рискуем навсегда отстать от развитых стран, где это становится основой оказания квалифицированной медицинской помощи, это база персонифицированной медицины или медицины здоровых людей. Говоря о профессиональной компетенции медицинского лабораторного техника и инновационных подходах в лабораторной диагностике, необходимо сказать о том, что, в большинстве крупных медицинских организациях функционируют прекрасно оснащенные лаборатории, работают очень способные и перспективные специалисты. Нам зачастую не хватает профессионального общения с целью возможности получения своевременной информации об инновациях в лабораторной диагностике, участия в семинарах, научно-практических

конференциях, симпозиумах, именно на устранение этих недочётов направлена деятельность специализированной секции Омской профессиональной сестринской ассоциации «Лабораторная диагностика».

Заключение: в Омской области работает более 1200 фельдшеров-лаборантов, медицинских лабораторных техников. Развитие нашей специализированной секции «Лабораторная диагностика» видим в повышении профессионализма и внедрение в практику современных, высокотехнологичных методов и методик, через проведение различных форм НМО. Этому способствует творческая и научная работа секции «Лабораторная диагностика» в тесном взаимодействии с профессиональным комитетом, правлением, президентом ОПСА Зориной Т.А., мы выражаем ей огромную благодарность и признательность за вклад в развитие нашей специальности. В нашей профессии появляются всё больше грамотных специалистов с активной жизненной позицией, готовых к осмыслению общественной деятельности. Несмотря на трудности в нашей работе мы готовы преодолевать их и добиваться успеха.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ТЕХНОЛОГИЯХ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**

Хомченко О.В.

*БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр», г. Омск*

Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, является одной из наиболее актуальных задач современной медицины. Отделения для новорожденных относятся к группе высокого риска возникновения гнойно-септической инфекции, что связано как со сниженной иммунологической реактивностью, так и с высокой агрессивностью лечебно-диагностического процесса.

В Омской области по официальной статистике показатель заболеваемости ИСМП среди новорожденных за 2017 год составил 8,4 ‰ на 1000 рожденных живыми (2016 г. - 9,6 на 1000, Урало-Сибирский регион 2016 г. - 2,67 на 1000). Предупреждение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, является одним из обязательных условий деятельности любой медицинской организации. Неукоснительное соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов является важным элементом в организации работы структурных подразделений перинатальных центров.

На базе Омского городского клинического перинатального центра функционируют три отделения для новорожденных с общим количеством коек - 86, из них 59 коек составляют

койки в палатах совместного пребывания матери и ребенка. Для снижения заболеваемости в учреждении внедрена система инфекционного контроля, одним из направлений которой является организация качественного ухода за новорожденным, проведение квалифицированных, последовательных мероприятий по их реализации, что является стратегическим методом в деятельности специалиста по сестринскому делу в педиатрии.

Согласно статистическим данным БУЗОО «ГКПЦ» с 2014 по 2016 годы в учреждении отмечалось заметное снижение показателей ГСИ новорожденных, но они оставались выше показателей заболеваемости в целом по области.

В результате наблюдения за выполнением технологий ухода за новорожденными в физиологическом и обсервационном отделениях нами были выявлены типичные ошибки при обработке рук, пользовании перчаток как у медицинских сестер, так и у врачей-неонатологов: при мытье рук медицинские работники забывали про проблемные зоны; некоторые медицинские сестры забывали снимать кольца при работе; не всегда обрабатывали руки спиртовым кожным антисептиком перед надеванием стерильных перчаток при выполнении манипуляций. При тестировании медицинских сестер и врачей-неонатологов по вопросам гигиены рук и использования перчаток также выявлена слабая теоретическая подготовка. Все это могло привести к повышению заболеваемости среди новорожденных.

В связи с этим возникла необходимость в обучении медицинских работников отделения новорожденных вопросам гигиены рук, а также разработать и внедрить технологии ухода за новорожденным, алгоритмы проведения как сестринских, так и врачебных манипуляций у новорожденных с учетом обеспечения инфекционной безопасности. Следует отметить, что от личного поведения медицинских работников зависит, будут ли эффективными мероприятия по профилактике распространения инфекции.

При создании технологий ухода мы взяли за основу Санитарные Правила от 2010 года «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» и Методические рекомендации МЗ РФ от 28 июня 2017 года «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в акушерских стационарах».

Обучение проводилось в течение шести месяцев. Организаторами обучения медицинского персонала выступили главная акушерка и госпитальный эпидемиолог. А также для обучения медицинских сестер были привлечены старшие медицинские сестры. Для отработки навыков асептической техники при проведении широкого спектра манипуляций, а также техники обработки рук при работе с пациентом были организованы постоянно действующие мастер-классы. Результаты тестирования и обучения медицинского персонала обсуждались



на заседаниях Совета по акушерскому делу, на общебольничных планерках, сестринских конференциях. В процессе обучения врачи и медицинские сестры усовершенствовали свои знания и практические навыки в вопросах обработки рук, соблюдения асептики при выполнении манипуляций.

Так, с целью обеспечения эпидемиологической безопасности при уходе за новорожденными нами были проведены мероприятия:

- Созданы стандартные операционные процедуры (СОП) : уход за пупочной ранкой, кожными складками, глазами, вакцинация новорождённых, подготовка к УЗИ, взятие крови на исследование и др.).
- Выделено помещение (подготовительная) для хранения стерильных инструментов, перевязочного материала, а также для подготовки манипуляционного столика для выхода с врачебным обходом в палаты совместного пребывания матери и ребёнка.
- Сформированы индивидуальные укладки для осуществления ухода за новорожденным ( пинцеты, ватные шарики и марлевые салфетки, наружные лекарственные формы в мелкой индивидуальной расфасовке).
- Пересмотрены должностные инструкции врача-неонатолога, медицинской сестры палатной.

Таким образом, возросла роль медицинской сестры: во время врачебного обхода в палатах совместного пребывания матери и ребенка: медицинская сестра обеспечивает инфекционную безопасность, ассистируя врачу при выполнении врачебной манипуляции (обработка пупочной ранки); фельдшеру-лаборанту - при взятии крови на исследование; в это же время обучает матерей навыкам ухода за новорожденным.

Проведенные нами мероприятия, а также профессионализм врачей-неонатологов и медицинских сестер отделения новорожденных позволили снизить ГСИ новорожденных с 9,9‰ в 2016 году до 6,3‰ в 2017 году, что является ниже показателей в целом по области (8,4‰). Полученные данные свидетельствуют об эффективности обеспечения эпидемиологической безопасности при выполнении технологий ухода за новорожденными.

#### **Библиографический список**

1. Санитарные Правила 2.1.3.2630-10 от 18.05.2010 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
2. Методические рекомендации МЗ РФ от 28.06.2017 г. «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в акушерских стационарах».

3. Постановление Управления Роспотребнадзора по Омской области № 64 от 19.03.2018 г.  
«О профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Омской  
области.

**КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ И УПРАВЛЕНИЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ РИСКАМИ В  
СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ**

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

М.Ю. Дорошенко, О.Г. Чаркова

*БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск*

Наркологическая служба в Омской области начала формироваться более полувека назад, как структурное подразделение Омской областной психиатрической больницы. За эти годы пройден путь от единственного на всю область кабинета психотерапии до мощного лечебного комплекса. С 1971 года стала развиваться наркологическая амбулаторная сеть. Были созданы наркологические кабинеты, территориально приближенные к населению города Омска.

В настоящее время Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер» (далее - диспансер) – учреждение здравоохранения, являющееся координирующим центром оказания наркологической помощи населению Омской области, оказывает стационарную наркологическую помощь всему населению региона, амбулаторную помощь детскому и взрослому населению города Омска, осуществляет медицинское освидетельствование на состояние опьянения в круглосуточном режиме и обеспечивает межведомственное взаимодействие по противодействию злоупотреблению ПАВ и осуществляет организационно-методическую и консультативную работу по вопросам лечебно-профилактической помощи наркологическим больным, проводит профилактическую работу на территории Омской области.

Многолетний опыт и постоянная работа над совершенствованием профессионального уровня сотрудников, обеспечивает высокое качество оказываемой медицинской помощи, что является приоритетной задачей всего коллектива. Качественное оказание медицинской помощи не возможно без квалифицированных кадров, основным условием которых является профессиональная грамотность и слаженность действий. В результате четкой организации труда специалистов со средним медицинским образованием, внедрения новых сестринских технологий, непрерывного повышения профессионального уровня специалистов удалось в течение пяти последних лет улучшить качественные показатели деятельности наркологического диспансера, результатом чего явилось увеличение сертифицированных медицинских сестер с 96% в 2013 году до 100 % в 2017 году, имеющих квалификационные категории с 83% в 2013 году до 94% в 2017 году, из них высших квалификационных категорий с 49 % в 2013 году до 68% в 2017 году.

Усилия коллектива наркологического диспансера, в том числе специалистов со средним медицинским образованием, направленные на решение задач модернизации наркологической службы способствовали положительной динамике показателей за последние пять лет: повысился процент выходящих в ремиссию пациентов с алкоголизмом, процент снятых с учета больных наркоманией, снизился процент повторных госпитализаций больных алкоголизмом.

Особое внимание хочется уделить организации работы Амбулаторно - поликлинической службы (далее - АПС), самой многочисленной службе диспансера. Работа АПС построена в соответствии с Государственным заданием и действующим нормативными и правовыми актами. Амбулаторная помощь взрослому и детскому населению оказывается наркологическими кабинетами, развернутыми во всех Административных округах города Омска (5 кабинетов для обслуживания взрослого населения, 5 для детского населения и кабинет консультативного и анонимного приема). В составе амбулаторной службы работает дневной стационар на 20 мест (15 для взрослых и 5 для детей). Существующая структура наркологической службы Омской области позволяет обеспечить высокую доступность специализированной наркологической помощи всем контингентам больных.

Каждый наркологический кабинет это отдельное подразделение, оказывающее наркологическую помощь населению округа, но, не смотря на то, что кабинеты находятся далеко друг от друга, они работают в постоянной преемственности со всеми структурными подразделениями диспансера. Таким образом, удалось повысить долю пациентов, поступающих в стационар по направлению из амбулаторных подразделений с 73% до 76% . Ежегодно за наркологической помощью в амбулаторную службу обращается порядка 2,5 тысяч первичных пациентов, в том числе в кабинеты, обслуживающие взрослое население г. Омска, в кабинеты, обслуживающие детское население, а также в кабинет консультативного и анонимного приема.

По результатам анализа деятельности амбулаторно-поликлинической службы диспансера в 2017 году фактический объем посещений в кабинеты составил 100,2%, Лечение больных алкоголизмом и наркоманиями всегда представляло собой трудную задачу, что вытекает из самой природы этих заболеваний. Когда речь идет о лечении, имеют в виду стабилизацию ремиссии и профилактику рецидивов заболевания. Этого можно достичь благодаря комплексному воздействию различных методов и средств - медикаментозных, психотерапевтических и социальных, причем их удельный вес может быть неодинаков.

Состоящие на учете систематически посещают наркологический кабинет по месту жительства, где осуществляется диспансерное наблюдение, которое включает в себя:

- медицинский осмотр врачом психиатром-наркологом,

- при необходимости поддерживающее лечение,
- обследование,
- комплекс медицинских и социальных мероприятий с привлечением психологов, социальных работников и медицинских сестер.

Управление сестринским персоналом разрозненных подразделений амбулаторно-поликлинической службы — это целенаправленная деятельность руководителей сестринских служб (главной медицинской сестры и старшей медицинской сестры АПС), использующих различные управленческие структуры для обеспечения сестринской помощи населению соответствующего качества и объема. Управление является эффективным, если все элементы управленческой структуры взаимосвязаны между собой прямой и обратной связью и деятельность каждого элемента будет отвечать определенным требованиям. Точное и своевременное определение целей управления, обеспечивает планирование работы, как на отдаленную, так и на ближайшую перспективы. Это достигается путем планирования (планы на 5 – лет, год, месяц, неделю, день).

Для обеспечения четкого и успешного выполнения работы формируем у сотрудников внутренние (психологические) мотивации, побуждающие к труду и творческому подходу. Побуждение персонала к активной работе достигается путем материального (повышение заработной платы, премирование) и морального стимулирования (почетные грамоты, благодарности, доброе слово и признательность). Каждая проделанная работа требует обязательного контроля и анализа с реальными предложениями и задачами для достижения поставленных целей. В основе их осуществления лежат циклически повторяющиеся процессы.

Для бесперебойной организации работы медицинских сестер на всех рабочих местах подготовлены специалисты (дублеры) для осуществления трудовой деятельности в отпускной период. Для ежедневного обмена информацией с медицинскими сестрами наркологических кабинетов по телефону и сети интернет установлено определенное время, также информация и документооборот организован через курьера, который ежедневно объезжает кабинеты.

Введена унифицированная форма отчетов по различным направлениям, которые медицинские сестры всех кабинетов передают ежемесячно старшей медицинской сестре. Унификация отчетов позволила качественно и быстро проводить анализ деятельности медицинских сестер, осуществляющих работу, как в кабинете, так и на участке. Разработана и внедрена номенклатура дел на каждую должность, что позволило привести в соответствие ведение, заполнение и хранение документации.

Разработан единый подход к оформлению, ведению и маркировке картотеки динамического наблюдения на лиц, состоящих на диспансерном учёте и профилактическом наблюдении, что в свою очередь позволило организовать работу медицинских сестер с картотеккой во всех подразделениях АПС в едином русле.

Правильная организация труда сестринского и младшего персонала зависит главным образом от правильной организации рабочих мест, наркологические кабинеты, процедурные кабинеты, санитарные комнаты оснащены в соответствии с разработанными методическими рекомендациями для амбулаторно – поликлинической службы. Контроль осуществляется путем целенаправленных обходов главной, старшей медицинской сестры, комплексных обходов Советом по сестринскому делу, вечерних рейдов, рейдов в выходные дни, аттестации на рабочем месте медицинских сестер и т.д.

Старшая медицинская сестра также может осуществлять контроль, не выезжая в кабинеты, запросив у медицинских сестер необходимую документацию через курьера:

- сверка выполненных и планируемых посещений медицинской сестрой на дому с записями в медицинских картах амбулаторного больного;

- соответствие записей по передаче положительных результатов анализов на эпид. номера с записями фактических положительных результатов в журналах учета забора крови;

- сверка взятия, снятия с диспансерного учета, переданных в другие Административные округа города, а так же принятые из других округов с данными организационно-методического консультативного отдела;

- проверка заполнения журналов учета по медицинской профилактике, по записям в которых можно просчитать план выполнения работы медицинской сестры по санитарному просвещению на занятые ставки и т.д.

Использование принципов управления — важнейшее условие организации деятельности как в АПС, так в диспансере в целом. Принцип — это основное правило деятельности или руководящая идея. В управлении сестринским персоналом используются следующие принципы:

1. Единство руководства, то есть требования, подходы и методы управления руководителей сестринских служб всех уровней отвечают единой задаче — созданию в трудовом коллективе надлежащего порядка.

2. Стабильность — крайне важно создание стабильного коллектива и обеспечение преемственности их деятельности. Из 25 медицинских сестер АПС 12 имеют стаж в диспансере более 15 лет, что составляет 48 % от общего числа, а если считать общий медицинский стаж то 21 медицинская сестра имеет стаж более 15 лет, что составляет 84 % от общего числа.

3. Дисциплина — это есть обязательное, безусловное подчинение работников своим непосредственным начальникам, а также правилам, требованиям нормативных документов.

4. Справедливость — то есть отношение к подчиненным базируется на доброжелательности, внимании к их нуждам, оценке их труда на основе объективных показателей.

5. Порядок — точное соблюдение всеми работниками правила: всему свое время, все на своем месте. (При поручении, каких либо дел, обязательно устанавливаются сроки, в которые дело должно быть выполнено и осуществляется контроль).

Все это позволяет не только организовать работу «разрозненного» подразделения, но и своевременно координировать и контролировать её, что положительным образом сказывается на качестве оказания наркологической медицинской помощи.

Медицинские, социальные и экономические последствия употребления психоактивных веществ, являются одной из актуальных и трудноразрешимых проблем современной наркологии. Мы справляемся с поставленными задачами, благодаря четкому управлению подразделениями диспансера и масштабному взаимодействию с множеством структур и служб.



