

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «**НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**»

к **30-летию** ГАУ ДПО НО «Центра повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения»



Нижний Новгород
2020



ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**«НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»,**

посвященный 30-летию ГАУ ДПО НО «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения»

Нижний Новгород

2020

УДК: 614.2
ББК: 51.1(2)2

Направления оптимизации деятельности по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи. Сборник материалов. / Под общей редакцией к. м. н. Е.В. Вагиной. – Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2020. – 96 с.

ISBN 978-5-906125-80-4
H27

Редакционная коллегия:

Поклад Л.А. – доктор экономики и менеджмента, директор ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Приволжского федерального округа.

Вагина Е.В. – к. м. н., заместитель директора ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения».

В сборнике представлены научно-практические материалы, отражающие современные тенденции развития образования и здравоохранения, пути их эффективного взаимодействия. Авторы статей представили инновационные подходы к сестринской практике и профессиональному образованию медицинских работников, предложили свой взгляд на проблему повышения профессионализма и престижа специалиста сестринского дела, реализации непрерывного медицинского образования специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Материалы опубликованы в оригинальной, авторской редакции.

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов и необходимости его раскрытия в материале.

ISBN 978-5-906125-80-4



© ГАУ ДПО НО ЦПКПП СЗ, 2020

© Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
Поклад Л.А. НИЖЕГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ. В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ	6
Адуев И.К. ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	10
Баранова М.М. ИНТЕРЕС К ПОЗНАНИЮ – НАДЕЖНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ	12
Вагина Е.В. АНАЛИЗ ОПЫТА СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ МОДУЛЕЙ В СИСТЕМУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	14
Вагина Е.В. РЕАЛИЗАЦИЯ СМЕШАННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	17
Воробьева О.Д. СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ВО ВРЕМЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ	20
Воробьева О.Д. ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	24
Горбатова Е.В. ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО И ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	27
Горбатова Е.В., Мазина Е.И., Певзнер Б.М. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	29
Жукова В.А., Ромашкина Т.Н. САМООБРАЗОВАНИЕ – ОДНА ИЗ ФОРМ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПЕДАГОГОВ	32
Кадникова Е.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	35
Кадникова Е.А. ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ	41
Кадникова Е.А. ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	46
Карабанова Н.А. СОВРЕМЕННЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	48

Китаева А.В. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УСТРАНЕНИИ АРТЕФАКТОВ ВО ВРЕМЯ ЗАПИСИ	55
Кочетова А.М. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА, КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	59
Кочетова А.М., Тесля О.А., Певзнер Б.М. СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИННОВАЦИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ ПРОЦЕССЕ ПО СТОМАТОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ	61
Насибуллина Л.Р. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	64
Огарева Л.Г. ОПАСНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	67
Певзнер Б.М., Мазина Е.И., Возова Т.С. ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С ПОЗИЦИЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГРАМОТНОСТИ	70
Поздеева Т.В., Носкова В.А., Туличев А.А. РАСШИРЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ДЛЯ РАБОТЫ В КАЧЕСТВЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПЕРИОД УГРОЗЫ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	72
Полянская Т.А., Салова С.Г., Салов А.Н. КОУЧИНГ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБУЧЕНИЯ	76
Пчелина Н.В., Поздеева Т.В. МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ LEAN-КОМПЕТЕНЦИЙ КАК СРЕДСТВО ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НОВОЙ ФОРМАЦИИ	80
Пырьева Е.В. СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19	85
Чеснокова Т.Ю., Возова Т.С. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ	89
Чеснокова Т.Ю. ВНУТРЕННЯЯ ГАРМОНИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ	92
Чудинова Н.Н., Иванова О.В. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ С.Г. СУХАНОВА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (г. ПЕРМЬ)	94

Дорогие коллеги!



В 2020 году исполняется 30 лет ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», который известен не только в Нижегородской области, но и за ее пределами: учиться к нам приезжают даже из самых удаленных территорий Российской Федерации.

Самым ценным достоянием этих лет является коллектив сотрудников Центра, работа которого направлена на обеспечение качественного роста слушателя, его соответствия требованиям современности, удовлетворение потребности здравоохранения Нижегородской области в квалифицированных кадрах.

Используя многолетние традиции, мы повышаем доступность и качество подготовки специалистов, способствуем внедрению инновационных технологий дополнительного профессионального образования.

Хочу сердечно поблагодарить коллектив Центра за добросовестный труд и поздравить его с юбилейной датой. Желаю всем сотрудникам крепкого здоровья, профессионального роста, творческих успехов и личного счастья!

*Директор ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки
специалистов здравоохранения»*

Л.А. Поклад

УДК: 377

НИЖЕГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ. В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

Поклад Людмила Александровна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» является ведущим образовательным учреждением последиplomной подготовки среднего медицинского персонала как в Нижегородской области, так и за ее пределами.

Свою историю Центр ведет с 1990 г., когда на основании приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 23.05.1990 г. № 91 было создано Горьковское областное училище повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Миссия Центра – предоставление качественных образовательных услуг по широкому спектру специальностей и видам дополнительного профессионального образования с учетом тенденций развития медицинской науки, практики, изменений запросов рынка труда и обеспечение доступности этого образования в условиях снижения мобильности специалистов.

Цель – реализация прав специалистов на получение качественного дополнительного профессионального образования, отвечающего их актуальным и перспективным образовательным и профессиональным потребностям, обеспечивающего профессиональное развитие и соответствие квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды, ожиданиям общества и требованиям государства.

Современный этап модернизации системы здравоохранения России характеризуется потребностью в новых медицинских кадрах, владеющих современными технологиями, методами диагностики и лечения, умеющих самостоятельно принимать решения в экстренных ситуациях, владеть навыками работы на современном медицинском оборудовании. Мы стремимся обеспечить качественный рост работника, его соответствие требованиям современности как конкурентоспособного специалиста, удовлетворить потребности здравоохранения Нижегородской области в

квалифицированных кадрах среднего звена, отвечающих современным требованиям общества.

С 2021 года наш Центр открывает новую страницу своей деятельности, как аккредитационная площадка для проведения аккредитации работающих специалистов со средним медицинским образованием.

Первичная специализированная аккредитация проводится для лиц, получивших с 1 января 2021 г. дополнительное профессиональное образование по программе профессиональной переподготовки. Процедура пройдет в 2 этапа: тестирование и оценка практических навыков в симуляционных условиях. Исключение для фельдшеров и акушерок. Они будут проходить аккредитацию в 3 этапа: тестирование, оценка практических навыков в симуляционных условиях и решение ситуационных задач. Аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым этапа аккредитации специалиста как «сдано» или «не сдано». Аккредитуемый допускается к следующему этапу в случае оценки результата прохождения предыдущего этапа как «сдано».

Тестирование – 1 этап – проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием подсистемы «Аккредитация специалистов» информационной системы непрерывного медицинского образования (ИС НМО) путем случайной выборки заданий из единой базы оценочных средств. Общее количество тестовых заданий – 60. Аккредитационная подкомиссия (АПК) оценивает результат прохождения 1 этапа аккредитации как «сдано» при результате 70% и более правильных ответов и «не сдано» при результате 69% и менее правильных ответов.

Оценка практических навыков – 2 этап – проводится путем оценивания правильности и последовательности выполнения аккредитуемым практических заданий. Комплектование набора практических заданий для каждого аккредитуемого осуществляется также с использованием подсистемы «Аккредитация специалистов» ИС НМО на текущий год. На выполнение одного практического задания одному аккредитуемому отводится не менее 10 мин. АПК оценивает результат прохождения аккредитуемым 2 этапа как «сдано» при результате 70% и более правильных ответов и «не сдано» при результате 69% и менее.

Решение ситуационных задач – 3 этап (для фельдшеров и акушерок) проводится путем ответов аккредитуемого на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах. Комплектование набора ситуационных задач для каждого аккредитуемого осуществляется также автоматически путем их

случайного выбора из единой базы оценочных средств подсистемы «Аккредитация специалистов». АПК оценивает результаты по тем же условиям.

Аккредитуемый, признанный не прошедшим аккредитацию, в целях повторного прохождения аккредитации представляет в АПК документы не ранее, чем через 1 месяц. Аккредитуемый, повторно не прошедший 1 или 2 этап аккредитации, для последующего допуска представляет документы в АПК не ранее, чем через 11 мес.

Прием документов на первичную специализированную аккредитацию осуществляется не реже 1 раза в квартал, сроки приема – не менее 10 рабочих дней. Ответственный секретарь, принявший документы, в течение 7 календарных дней проводит рассмотрение правильности заполнения и далее передает их в АПК или возвращает заявителю на исправление.

Не позднее 10 календарных дней со дня регистрации документов АПК принимает решение о допуске аккредитуемого к процедуре аккредитации и о сроках проведения этапов.

Периодическая аккредитация обязательна для всех работающих специалистов со средним медобразованием, начиная с 1 января 2021 года, если последний сертификат был получен после 1 января 2016 г. Таким образом, к периодической аккредитации в первую очередь нужно готовить медработников, которые получили сертификат специалиста в 2016 г. К 1 января 2026 г. все специалисты хотя бы раз пройдут процедуру периодической аккредитации и заменят сертификат на свидетельство об аккредитации.

Периодическая аккредитация будет проходить в один этап – оценка портфолио. Проводится АПК не реже 1 раза в месяц. Не позднее 20 рабочих дней со дня регистрации документов АПК проводит оценку портфолио и принимает решение о допуске и графике аккредитации специалиста. О чем, не позднее двух календарных дней со дня принятия соответствующего решения, информация размещается на официальном сайте аккредитационной площадки и на информационных стендах.

Портфолио – это отчет медработника о своей профессиональной деятельности. Оно включает сведения об индивидуальных профессиональных достижениях и освоении программ повышения квалификации, которое обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных навыков.

Портфолио формируется аккредитуемым самостоятельно с использованием или без использования подсистемы «Интернет-портал

НМФО». Сведения об индивидуальных профессиональных достижениях заверяются руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации по последнему месту работы аккредитуемого (при наличии) и включают:

1. Отчет о профессиональной деятельности аккредитуемого, содержащий:

– анализ профессиональной деятельности аккредитуемого, в том числе описание выполненных работ;

– сведения о награждении за трудовые заслуги (государственными, ведомственными, региональными наградами);

– выводы о своей профессиональной деятельности и предложения по ее совершенствованию.

2. Сведения о непрерывном совершенствовании профессиональных навыков и расширении квалификации.

2.1. Сведения об освоении программ повышения квалификации с приложением копий документов, подтверждающих внесенную информацию.

2.2. Копии документов, подтверждающих иные сведения, в том числе иную деятельность, направленную на непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширение квалификации, включающую индивидуальную познавательную деятельность, подтвержденную на ресурсе «Интернет-портал НМО» ИС НМО.

3. Протокол оценки индивидуальных профессиональных достижений.

В случае получения по результатам оценки портфолио «не сдано», аккредитуемый осуществляет корректировку портфолио с учетом рекомендаций и представляет его в АПК для проведения повторной оценки в срок не более 30 рабочих дней. АПК в течение 10 рабочих дней со дня получения портфолио проводит его оценку.

В случае, если по итогам повторной оценки портфолио «не сдано» или в случае непредставления портфолио в установленный срок, аккредитуемый признается не прошедшим периодическую аккредитацию специалиста.

В период глубоких преобразований, обновления и развития медицинского образования на наш Центр возложена особая ответственность – идти в ногу со временем, предлагать наиболее оптимальные и современные программы обучения, быть центром инновационного развития.

Эта миссия одновременно и сложна, и интересна, и востребована.

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Адуев Игорь Константинович,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Стратегическая цель государственной политики в области образования заключается в повышении доступности образования, соответствующего требованиям модернизированной экономики, что означает повышение качества профессионального образования. Современные учебные учреждения поставлены перед необходимостью обеспечения высокого качества образовательных результатов за счет поиска внутренних резервов, что возможно только при активном внедрении современных педагогических технологий.

Материалы и методы. Основное содержание деятельности преподавателя включает выполнение обучающей, воспитательской, организаторской и исследовательской функции. Особенность современного образования составляет то, что наука все больше внедряется в учебный процесс, в связи с чем, в функцию преподавателя входит преобразование научной информации в учебную на современном уровне.

В современных условиях значительно возрастают требования к качеству работы преподавателей, а уровень их методической подготовленности не в полной мере отвечает современным требованиям образовательного процесса. Разрешить подобные противоречия возможно с помощью научно обоснованной организации подготовки преподавателей, представляющей собой целенаправленный и многофакторный педагогический процесс развития личностных качеств, поведения, ценностных ориентаций, мотивационной сферы личности, наиболее адекватно обеспечивающих согласование индивидуальности и условий деятельности. Достижение положительного результата возможно на основе оптимизации содержания методической подготовки преподавателя (средств и способов ее организации, разработки и внедрения в образовательный процесс современных технологий обучения, информационной продукции учебного назначения), использования индивидуального и дифференцированного подхода к выбору форм и методов методической работы, руководства самообразованием преподавателя.

Новые образовательные технологии опираются на систему образования, где происходит обучение не знаниям, а способам, формам и методам «добывать» их, т. е. методологии научно-познавательной деятельности с формированием креативного воображения и сообразительности, изменяя структуру мыслительной активности будущих специалистов, с последующим применением «добытых знаний» в профессиональной деятельности.

Результаты и обсуждения. С целью обеспечения непрерывного контроля работы слушателей по качеству усвоения материала преподаватель должен разделить учебный материал на структурно-логические модули (блоки), определив нормативные баллы (правила их начисления) на все задания и задачи дисциплины. Составить регламент с учетом рейтинга, на основе которого будет производиться оценивание знаний. Общая оценка представляет собой сумму рейтинговых оценок за отдельные модули. В качестве модулей предмета/дисциплины целесообразно выделить самостоятельный цикл работы, индивидуальные домашние работы с целью закрепления теоретических знаний. По завершении модуля проводится контроль знаний (в виде тестирования, контрольной работы, контрольных задач, устного опроса, написания отчета и собеседования и т. д.), а для коррекции процесса обучения, в процессе текущего контроля, целесообразно вести учет и анализ ошибок, указывающих на пробелы в знаниях.

С целью организации учета знаний разрабатываются технологические карты, их структура включает три блока. Первый – работа на лекциях, которые должны быть открытыми, проблемными, а знания, получаемые в ходе лекций, подлежат промежуточному контролю. Второй блок включает разнообразные виды работ, соответствующие темам дисциплины, призванные закрепить знания, полученные в ходе изучения предмета, дисциплины, раздела. Третий блок – это дополнительные занятия, введение их в технологические карты ставит цель – расширить свободу обучающихся в оценивании своих учебных достижений.

Заключение. Деятельность преподавателя требует ежедневного умения наблюдать, анализировать, исследовать, вскрывать противоречия в учебном процессе и находить выход из них, т. е. решать непростые педагогические проблемы и задачи. Учебная информация, которую должен усвоить слушатель в процессе интенсивного обучения, включает факты, явления, процессы, закономерности, методы действий. По каждому из этих компонентов информации могут быть сформулированы самые различные цели усвоения. Такое многообразие возможностей использования усвоенной информации позволяет преподавателю ставить четкую цель в каждой конкретной учебной ситуации.

ИНТЕРЕС К ПОЗНАНИЮ – НАДЕЖНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

Баранова Марина Михайловна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Правильный подход к совершенствованию методов и средств обучения следует рассматривать с точки зрения организации целенаправленного процесса взаимодействия и сотрудничества преподавателя и слушателей, призванного вооружить их научным мировоззрением, знаниями, умениями. Заинтересованность только тогда превращается в необходимую жажду познания и поднимается на уровень духовной потребности, когда она включается в общую систему мотивов, определяющих жизненные позиции личности в отношении рассматриваемой темы.

Материалы и методы. Совершенствование качества образования на современном этапе на первое место выдвигает задачу активизации познавательной деятельности слушателей, что является актуальным в обеспечении целенаправленной подготовки специалистов к профессиональной деятельности.

Основной своей задачей при освещении темы «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни» я вижу углубление профессиональной компетенции, формирования научных знаний и критического мышления, что позволит обеспечить творческий подход в профилактической работе. Проблема активной познавательной деятельности слушателей приобретает особо важное значение в связи с потребностью общества в людях профессионально образованных, способных быстро ориентироваться в обстановке, мыслить самостоятельно, свободных от стереотипов, открытых к общению.

Педагогический подход к решению этого вопроса должен состоять в следующем:

1. Раскрывать в педагогическом процессе объективные возможности явлений окружающей жизни, здоровьесберегающей среды.
2. Возбуждать и постоянно поддерживать у слушателя состояние активной заинтересованности (а не равнодушия), собственной ответственности за свое здоровье и здоровье общества в целом.

3. Активизировать мыслительную деятельность. Главной почвой для развития познавательного интереса являются ситуации активного поиска, догадок, размышления, ситуации мыслительного напряжения, ситуации противоречивости суждений, столкновений различных позиций, в которых необходимо разобраться самому, принять решение, встать на определенную точку зрения.

4. Эмоциональная атмосфера обучения, положительный эмоциональный тонус учебного процесса – важное условие для формирования познавательной деятельности. Благополучная эмоциональная атмосфера обучения сопряжена с деятельностью и общением, которые рожают отношения между людьми и создают тонус личного настроения слушателя. Благополучная атмосфера учения приносит те переживания, о которых Д.И. Писарев говорил, что «...каждому человеку свойственно желание быть умнее, лучше и догадливей. Именно это утверждает чувство собственного достоинства, приносит при успешной деятельности глубочайшее удовлетворение, хорошее настроение, при котором работается скорее, быстрее и продуктивнее». Создание благоприятной эмоциональной атмосферы познавательной деятельности – важнейшее условие формирования познавательного интереса. Это связывает весь комплекс функций обучения – образовательной, развивающей, воспитывающей и оказывает влияние на интерес.

5. Формировать умения. Например, умение находить информацию, анализировать и обобщать, умение систематизировать материал, логически строить ответ, приводить доказательства, используя свой профессиональный опыт. Эти умения составляют те способы познавательной деятельности, которые позволяют легко, в различных условиях пользоваться знаниями и за счет прежних приобретать новые.

В своей работе я широко использую лекцию-консультацию. Этот вид интерактивной лекции подходит для слушателей, имеющих жизненный, профессиональный и социальный опыт. Интерактивная лекция позволяет направить слушателей к творческой реализации поставленной задачи, интерпретировать ситуацию на основе профессионального опыта, слушатели становятся полноправными участниками учебного процесса, особенностью которого является необычная формулировка, проблемность и оригинальность по содержанию, межпредметные связи, множество вариантов ответов и решений. Смещение акцента в работе преподавателя с традиционного «наполнения» слушателя знаниями на развитие умения размышлять, анализировать и прогнозировать, можно осуществить в рамках вариативной составляющей образовательного процесса, в частности, использования комплекса практико-ориентированных заданий, которые включают

информацию «из жизни» и направлены на выявление знаний обучающихся по теме. Особенностью подхода является установление новых логических связей на развитие ключевых компетентностей и выявление принципов изучаемого вопроса, которые человек использует в процессе практической деятельности. Необходимыми становятся не сами знания, а знания о том, где и как их применить. Функция преподавателя в этой ситуации предусматривает: постановку задач, организацию деятельности обучающихся, управление этой деятельностью и контроль полученных результатов.

Практико-ориентированные задания, применяемые на практических занятиях, способствуют интеграции знаний, побуждают слушателей использовать дополнительную литературу, повышают интерес к теме в целом, положительно влияют на прочность знаний и качество обученности. Использование практико-ориентированного подхода создаёт условия для социализации и профессионального сознания, становления специалиста, как личности думающей, ищущей, интеллектуально развитой.

Заключение. Таким образом, интерактивные технологии позволяют готовить специалиста, способного быстро адаптироваться к изменяющимся производственно-экономическим условиям, видеть проблемы и направления здравоохранения, разрабатывать и профессионально принимать оптимальные альтернативные решения. В первую очередь это относится к воспитательной задаче в профилактической деятельности медработника.

Здоровью надо учиться всю жизнь.

УДК: 377

АНАЛИЗ ОПЫТА СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ МОДУЛЕЙ В СИСТЕМУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Вагина Елена Владимировна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. В статье рассмотрен опыт создания и внедрения системы дистанционного обучения средних медицинских работников. Раскрываются основные проблемы использования информационно-коммуникационной технологии в сфере деятельности среднего медицинского персонала.

Введение. Развитие информационных технологий ведет к поиску и апробации новых форматов обучения, созданию современной цифровой образовательной среды. Дистанционное обучение результативно в случае, когда речь идёт не о базовом медицинском образовании, а только о повышении квалификации. Если уже состоявшийся профессионал решает освоить необходимую ему для практической деятельности информацию, дистанционное обучение вполне может ему подойти, поскольку специалист уже достаточно образован, чтобы оценить правильность такого решения и принять его ответственно и самостоятельно. Естественно, обучение медицинской сестры практическим навыкам требует традиционного очного контакта с преподавателями, но вся теоретическая подготовка и выработка навыка в принятии решений могут проходить в дистанционной форме. Дистанционное образование не подменяется синонимом «заочного». Оно отличается от заочного обучения более удобной системой доставки информации и использованием новых технологий в процессе обучения, что позволяет расширить географию слушателей цикла и также расширить тематический диапазон преподаваемых тем, не снижая их качество [1].

Материалы и методы. В ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» создана и внедрена в образовательный процесс собственная удобная платформа дистанционного обучения, постоянно модернизируемая и адаптируемая для слушателей и преподавателей. Каждая программа включает весь необходимый лекционный материал. После завершения каждого модуля слушатели выполняют контрольные задания, которые проверяет преподаватель, оценивает и размещает необходимые комментарии. Слушатель имеет заданное заранее количество попыток для решения задач.

В ходе разработки этих ресурсов преподавателями Центра получен опыт использования дистанционной платформы для организации обучения специалистов, реализации программы повышения квалификации в практической деятельности специалиста со средним медицинским образованием, создания контента для образовательной деятельности. По сравнению с традиционной системой обучения преподаватель получает ряд преимуществ, позволяющих сконцентрироваться на общих результатах обучения: статистике процента выполненных заданий, позволяющей выделить проблемные зоны слушателей, времени, проведенного специалистами за изучением тем и модулей программы, рефлексию по

итогах обучения. Специалисты получают возможность стать архитекторами собственного образовательного пространства, выбирать в динамичном темпе жизни направление реализации своего потенциала, уровня усвоения предметного материала, способности нести ответственность за свой выбор. Гибкость дистанционной образовательной системы, возможность выбора места, времени, скорости изучения, решает трудности усвоения предметного материала в случае пропуска занятий. Преподаватель получает больше возможностей для творческой организации учебного процесса. Уходят скучноватые моменты изучения теории, требующие пассивного восприятия слушателями учебного материала, активная деятельность слушателей становится практико-ориентированной, вовлекая специалистов в процесс непрерывного медицинского образования, мотивируя узнавать новое [2].

Результаты и обсуждения. Основными преимуществами дистанционного обучения являются:

- формирование образовательной автономии слушателей и психологический комфорт. При дистанционном обучении снимается вопрос субъективности оценивания, а также психологическое воздействие, обусловленное влиянием группы или успеваемостью слушателя.

- академическая мобильность – лекционный материал и контрольные задания доступны для прохождения в любое удобное время, в любом месте.

Обучение происходит без отрыва от рабочего процесса, специалист не участвует в продолжительных аудиторных занятиях. Медицинская сестра сама определяет темп обучения, может возвращаться по несколько раз к отдельным материалам, пропускать некоторые темы и т. д.

- активная образовательная среда и использование современных технологий и методик, причем, как преподавателем, так и слушателем (автоматизированный контроль знаний, интерактивные задания, возможность работать с информацией, представленной в различных форматах и др.).

- формирование новых навыков и умений работы в цифровой среде.

К числу недостатков следует отнести:

- недостаточное количество «живого» общения с преподавателем;
- высокая трудоемкость создания электронного ресурса;
- плохой Интернет, плохая связь;

– на начальных этапах дистанционного обучения у слушателя возникает необходимость наличия индивидуально-психологического настроя.

Заключение. Всё вышеизложенное позволяет сделать вывод, что дистанционное обучение в медицине возможно и позволяет эффективно решать актуальные сегодня образовательные задачи: обучения в течение всей жизни, непрерывного профессионального развития, обучения «без границ» и в интерактивном режиме, а также пропаганды знаний на расстоянии.

Список литературы:

1. Агранович Н.В., Ходжаян А.Б. Возможности и эффективность дистанционного обучения в медицине // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 3-3. – С. 545-547.

2. Марухно В.М. Дистанционное образование в медицине // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4-2. – С. 154-156.

УДК: 377

**РЕАЛИЗАЦИЯ СМЕШАННОГО ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Вагина Елена Владимировна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. В статье рассматриваются основные элементы системы смешанного обучения в условиях дополнительного профессионального образования организаторов сестринского дела. Определены ключевые потребности участников образовательного процесса.

Введение. Сегодня мы имеем возможность использовать инструменты, способные существенно повлиять на наше представление об обучении, помочь нам в реализации дополнительных профессиональных программ: формировании универсальных алгоритмов действий, развитии самостоятельности слушателей, организации технологичного занятия. Одна из многообещающих и наиболее новых образовательных моделей –

смешанное обучение. Эта технология организации учебного процесса, сочетая в себе преимущества традиционного аудиторного и дистанционного обучения, при условии соответствия определенным параметрам, позволяет выстроить индивидуальные траектории освоения слушателями учебного материала, развивать метапредметные и личностные универсальные образовательные действия, обеспечивает постоянную активность слушателей. В основе его лежат признанные в мировом педагогическом сообществе теории социального конструктивизма и проблемного обучения [3].

Материалы и методы. В чем новизна смешанного обучения? Создаётся новое образовательное пространство: слушатель, сопровождаемый преподавателем, попадает в поле множества возможностей для реализации собственного потенциала, несёт ответственность за своё образование, приобретает навыки самообучения и самоорганизации. Технологии смешанного обучения дают слушателю возможность выбирать время и место обучения. Темп, с одной стороны, регулируется преподавателем за счёт аудиторных занятий, с другой стороны, внеаудиторно слушатели осваивают материал с удобной для них скоростью. Если нужно, возвращаются к изучаемому материалу, осознанно пытаясь его освоить. Каждый слушатель получает также возможность продемонстрировать понимание темы разными способами на аудиторном занятии. Благодаря дистанционной части процесса обучения преподаватель получает возможность эффективнее использовать время аудиторного занятия. А, именно, проводить разбор конкретных практических ситуаций, выполнять творческие работы, защищать проекты, вести дискуссии. Имеет возможность сосредоточиться на практических навыках и наиболее важных моментах [1]. Смешанное обучение позволяет также частично снять трудности организации занятий с теми, кто вынужден пропускать занятия по производственным причинам, поскольку профессиональная деятельность старших и главных медицинских сестер – организаторов сестринского дела многопрофильна и ненормирована.

Результаты и обсуждения. Автором были определены и конкретизированы темы для изучения в аудитории и в цифровой среде, создан и структурирован на сайте ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» информационный образовательный контент, принято решение о применении модели смешанного обучения, которая будет наилучшим образом работать на программе повышения квалификации организаторов сестринского дела.

Технология «Перевернутый класс» – внеаудиторно слушатели изучают теорию, а на аудиторных занятиях организуется применение полученных знаний. А именно, конструирование дидактических пособий, основным из которых является портфолио главной (старшей) медсестры. Это перспективная работа, важность и востребованность которой определяется внедрением с 1 января 2021 г. процедуры периодической аккредитации работающих специалистов со средним медицинским образованием. Составление портфолио специалиста в рамках образовательного процесса позволит снизить ситуационные и индивидуальные риски, связанные с процедурой прохождения аккредитации.

Проектная технология. Технология проектов даёт неоценимую возможность лучше узнать слушателя и построить работу с учётом его особенностей. Организуя групповую работу во внеаудиторном пространстве, преподаватель заинтересован в том, чтобы получить как можно более подробную обратную связь, чтобы специалисты понимали, над чем им работать, задавали продуманные вопросы, ориентировались в мультимедиа-пространстве, отбирали нужную информацию [2]. Перспективным считаю использование различных вариантов обратной связи: электронная почта, социальные сети, чаты, форумы, бесплатные облачные сервисы.

Технология «активные семинары». Важен подбор материала, который может работать эффективно в цифровом формате, ссылки на информационные контенты. Слушатели самостоятельно выбирают темы подготовки, разрабатывают план, работают с рекомендованными преподавателем интернет-ресурсами. Совместно составляется сценарий активного семинара и проводится в виде научно-практической конференции с заключительной оценкой и самооценкой представленных докладов. За счет вариативности средств представления информации решается проблема разноуровневости слушателей, т. е. подходит как для более опытных специалистов, так и для начинающих организаторов сестринского дела.

Заключение. Смешанное обучение – это не новая упаковка для старой методической системы, это принципиально новый подход с точки зрения изменения позиции в нём субъектов образовательного процесса и роли информационно-коммуникационных технологий. Считаю, что применение смешанного обучения ориентировано на перспективу. Развитие навыков самообучения, самоорганизации, умения сотрудничать является отправной точкой в самостоятельном выстраивании медицинским работником образовательной траектории на портале Непрерывного медицинского и

фармацевтического образования, формируя приверженность специалиста к постоянному профессиональному развитию и, следовательно, профессиональной востребованности.

Список литературы:

1. Абрамова Я.К. Смешанное обучение как инновационная образовательная технология / Я.К. Абрамова // Перспективы развития информационных технологий. – Новосибирск, – 2014. – № 17. – С. 115-119.

2. Андриюшкова О.В., Козлова А.В. Комплексный подход к модернизации образовательного процесса при комбинированной форме обучения / О.В. Андриюшкова, А.В. Козлова // Электронное обучение в традиционном университете: сб. ст. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, – 2010. – С. 25-36.

3. Бесенова Э.С. Смешанное обучение: от идеи к практике / Э.С. Бесенова, А.Н. Иманова, Р.Т. Самуратова // Наука и образование: новое время, – Чебоксары. – 2016. – № 5 (16). – С. 293-297.

УДК: 614.2

**СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ВО ВРЕМЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

Воробьева Ольга Дмитриевна,

*ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. Организация учебного процесса и внедрение интегрированного обучения ориентированы на формирование и развитие основных компетентностей специалистов сестринского дела. В период профессиональной переподготовки необходимо провести занятия, применяемые к конкретным условиям работы медицинской организации, и обучение модели сестринских действий с учетом возникающих ситуаций, в том числе при развитии неотложных состояний. Использование симуляционных технологий является обязательным элементом профессионального развития и способствует обеспечению качественной и безопасной медицинской помощи.

Введение. Симуляционное обучение – обязательный элемент современного образовательного процесса среднего профессионального образования. Приказ Минздрава РФ № 334н от 02 июня 2016 год в пункте 4 объясняет, что для «лиц, завершивших освоение дополнительных профессиональных программ (профессиональная переподготовка) проводится первичная специализированная аккредитация», которая согласно пункту 33, помимо оценки уровня теоретической подготовки, включает в себя «оценку практических навыков (умений) в смоделированных условиях». С помощью симуляционных методик специалисты с 2021 года будут проходить первичную специализированную государственную аккредитацию, которая оценивает практические навыки и умения.

Организация учебного процесса и внедрение интегрированного обучения ориентированы на формирование и развитие основных компетентностей специалистов сестринского дела [1]. При окончании колледжа мы получаем дипломированного специалиста, готового к самостоятельной работе. Однако необходимо учитывать, что многопрофильные стационары нуждаются в специалистах не только сестринского дела, но и в специалистах определенного профиля, например, в медсестрах-анестезистах.

Профессиональная переподготовка медицинских сестер-анестезистов основывается на теоретических и практических занятиях с применением симуляционных технологий [2]. Модели сестринских действий отрабатываются с учетом конкретных условий работы медицинской организации и возникающих ситуаций, в том числе при развитии неотложных состояний. Решение клинических задач с помощью симуляционных методик, максимально приближенных к действительности, способствует полноценному выполнению алгоритма действий самостоятельной профессиональной деятельности [3].

Целью настоящей работы было показать, что использование симуляционных технологий во время профессиональной переподготовки медицинских сестер-анестезистов является обязательным элементом профессионального развития и способствует обеспечению качественной и безопасной медицинской помощи. Задачи исследования заключаются в изучение проблем сестринского персонала, связанных с симуляционным обучением, а также проведение анализа полученных результатов.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 5» (ГБУЗ НО «ГКБ № 5»)

среди медицинских сестер, проходивших профессиональную переподготовку по специальности «Анестезиология и реаниматология» (медсестра-анестезист), имеющих различный стаж работы в медицинских организациях, за период 2016–2019 гг. Проведен анализ потенциальных проблем с помощью анкетирования и оценка полученных результатов после завершения занятий.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования нас интересовал вопрос: «Сможет ли медсестра правильно оценить самочувствие пациента при возникновении неотложного состояния?». Из числа специалистов сестринского дела, недавно получивших диплом, 66,7% указали, что не смогли правильно оценить состояние пациента. Среди медицинских сестер с опытом работы только 10,1% испытали такие же трудности. Полученные данные говорят о том, что специалисты сестринского дела, имеющие практический опыт, были в критических ситуациях и могут правильно ее оценить. Выпускникам, обладающим базой теоретических знаний, отсутствие профессионального опыта не помогает в этом случае.

Второй вопрос, поставленный перед сестринским персоналом, звучал так «знаете ли Вы алгоритм действий при оказании неотложной помощи?». Молодые специалисты сестринского дела в 27,4% случаев не смогли определить ход последовательности действий, из числа стажистов только 4,9% не сориентировались в пошаговой расстановке приоритетов. Практикующие сестры имели опыт и, как следствие, легко выполнили поставленную задачу.

Следующий вопрос относился к технике проведения первичной сердечно-легочной реанимации. Только 3,1% респондентов, недавно получивших диплом, затруднялись провести реанимационные мероприятия на симуляторе. Опытные медицинские сестры в 20,5% не смогли правильно выполнить мероприятия на симуляционном аппарате. Данные говорят о том, что молодым специалистам помогает овладение симуляционными методиками, которые они получили в медицинском колледже, что в первую очередь свидетельствует о высокой профессиональной подготовке преподавания в медицинском колледже. Медицинские сестры со стажем не имели в большинстве случаев представления о симуляционных технологиях, а реанимационные мероприятия выполняли в соответствии с полученным опытом, не всегда соответствующим правильному алгоритму действий.

После проведения занятий в симуляционном классе с решением ситуационных задач, реально приближенным к действительности, медицинские сестры улучшили результаты. Из общего числа респондентов (79,7%) отмечают необходимость занятий в симуляционных условиях, 18,1% опрошенных надеются на поддержку персонала, работающего в стационаре, 3,2% рассчитывают на свои знания и силы.

На вопрос «Как был организован процесс обучения с помощью симуляционных технологий?» ответы сотрудников распределились следующим образом: 95,8% анкетированных молодых специалистов дали положительную оценку, медицинские сестры с опытом работы в 75,1% ответили утвердительно.

Заключение. Анализ работы по обучению специалиста сестринского дела с помощью симуляционных технологий во время профессиональной переподготовки позволили сделать ряд выводов:

1. Проведение симуляционных занятий является обязательным условием профессиональной переподготовки;
2. Необходимо определить круг проблем у медицинских сестер, возникающих при освоении симуляционных технологий;
3. Необходимо проводить постоянное исследование ситуаций, проблем, условий, связанных с симуляционными технологиями.

Список литературы:

1. Симуляционное обучение. Руководство / Шабунин А.В., Логинов Ю.И. // Первое национальное руководство по симуляционному обучению. – М.: Гэотар-Медиа, 2018. – С. 792.
2. Сестринское дело. Практическое руководство: учебное пособие / под ред. И.Г. Гордеева, С.М. Отаровой, З.З. Балкизова. – М.: Гэотар-Медиа, 2017. – С. 576.
3. Симуляционное обучения в медицине / Под редакцией Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д. – Москва: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. – С. 288, ил.

ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Воробьева Ольга Дмитриевна,

*ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. Профессиональная подготовка специалистов сестринского дела, имеющих различный стаж и специализацию, работающих в многопрофильном стационаре, в условиях оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, включает в себя изучение правил инфекционной безопасности и проведение практических занятий. Знания формируются во время изучения теоретического материала, а навыки и умения нарабатываются в процессе практических упражнений. Правильно организованные занятия обеспечивают сохранение сестринского персонала и качественное оказание медицинской помощи населению.

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции изменила условия работы многопрофильных стационаров города и области. Эффективность работы лечебного учреждения зависит от подготовки медицинского персонала, а также сохранения работоспособности кадров в непривычных условиях. Профессиональная подготовка специалистов сестринского дела, имеющих различный стаж и специализацию, в условиях оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, включает в себя изучение правил инфекционной безопасности и проведение практических занятий. Эффективная профессиональная подготовка должна пройти в кратчайшие сроки и с максимальным положительным результатом. Специалисты сестринского дела обязаны знать правила инфекционной безопасности при работе с Ковид пациентами, уметь применять их в процессе оказания медицинской помощи.

Цель данной работы – выявить, что предварительная подготовка сестринского персонала к новым условиям работы имеет высокое значение для сохранения жизни и здоровья кадров, и вследствие этого возможность оказывать качественную и безопасную медицинскую помощь [1].

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась на базе ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5» г. Нижнего Новгорода среди медицинских сестер, имеющих различный профессиональный стаж и

квалификацию. Проводилось интервьюирование респондентов на добровольной основе, что способствовало повышению уровня достоверности полученных ответов.

Результаты и обсуждения. ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5» г. Нижнего Новгорода была перепрофилирована и начала оказывать медицинскую помощь пациентам с COVID-19 11 апреля 2020. Подготовка стационара к новым условиям работы проводилась с начала марта 2020. Приказы по организации работы многопрофильного стационара и формированию процесса оказания медицинской помощи населению основывались на Временных методических рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации [2]. «Защита медперсонала – это обязанность и важнейший приоритет для всех руководителей медицинских организаций. Речь идет не только об обеспечении средствами индивидуальной защиты, но и о реализации противоэпидемических мер на уровне учреждения, выполнении персоналом всех необходимых действий и алгоритмов по обеспечению эпидемиологической безопасности» – заявил Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко на совещании по реализации регионами мер по профилактике распространения коронавирусной инфекции.

В связи с приоритетными задачами эпидемиологической безопасности нас интересовал вопрос: знает ли сестринский персонал о правилах работы с пациентами с COVID-19, умеет и владеет ли алгоритмом действий в условиях работы с особо опасной инфекцией. На первом этапе исследования нас интересовал вопрос: «Какие трудности возникают у сестринского персонала на этапе подготовки к перепрофилированию стационара?». Респонденты, имеющие различный профессиональный опыт и специализацию, отметили: отсутствие опыта в использовании средств индивидуальной защиты (СИЗ) при работе с пациентами COVID-19 – 83,4%, отсутствие опыта выполнения манипуляций в СИЗах – 15,7%, не возникало трудностей у 0,9% ответивших. На основании анализа ответов нами было проведено теоретическое и практическое обучение персонала [3]. Теоретическое обучение включало в себя занятия внутри отделений посредством просмотра фильмов по применению средств индивидуальной защиты, прохождение цикла обучения на портале непрерывного медицинского образования, изучение материалов Временных методических рекомендаций, освоение внутрибольничных приказов и правил, разработанных врачом-эпидемиологом больницы. Практическое занятие по использованию СИЗов проводилось среди старших медицинских сестер стационара с последующим применением среди

специалистов сестринского дела непосредственно на конкретном рабочем месте. Важно было укрепить теоретические знания по использованию СИЗов, выработать умение и правильное владение защитными средствами и соблюдение мер личной профилактики. После проведения занятий респонденты ответили следующим образом: «трудностей не возникнет при использовании СИЗов» утвердительно ответили 96,4%. Данный факт свидетельствует о том, что на этапе вхождения в новые условия работы медицинские сестры разных специальностей не испытывают трудностей из-за отсутствия опыта и плохих манипуляционных навыков.

Следующий вопрос касался правил соблюдения санитарно-противоэпидемического режима, включающего дезинфекцию воздуха, текущую дезинфекцию поверхностей и предметов, дезинфекцию постельных принадлежностей пациента после выписки, утилизацию медицинских отходов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями. Проведена теоретическая подготовка старшими медицинскими сестрами сестринского персонала по изучению дезинфицирующих средств (процент разведения, экспозиция, правила погружения, дезинфекции и утилизация медицинских отходов и СИЗов). Занятия проводились непосредственно в отделении, на конкретном рабочем месте с учетом поставленной задачи перед персоналом по оказанию медицинской помощи.

Многопрофильный стационар работает в круглосуточной режиме, проводит лечение пациентам с различной патологией в плановом и экстренном порядке, в связи с этим, сестринский персонал в вопросах соблюдения санитарно-противоэпидемического режима имеет профессиональную подготовку и требует только конкретизации поставленных задач. Из числа респондентов, имеющих стаж работы до 1 года в медицинской организации, в 54,3% случаев ответили, что могут возникнуть вопросы по санитарно-эпидемиологическому режиму. Сестринский персонал, имеющий продолжительный профессиональный стаж, утвердительно ответил, что умеет и владеет санитарно-противоэпидемиологическими навыками.

Заключение. На основании полученных результатов, были сделаны следующие выводы:

1. Проведение обучения на рабочем месте специалистов сестринского дела в условиях работы с пациентами с заболеванием новой коронавирусной инфекции является обязательным и необходимым независимо от стажа и опыта работы медицинского персонала;

2. Программы теоретических и практических занятий должны быть разработаны с учетом ситуаций, проблем, связанных с изменившимися условиями работы.

Список литературы:

1. Милькаманович В.К. Роль медицинской сестры на современном этапе развития здравоохранения // Медицинские новости. 2015. № 12. С. 68-70.
2. Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации (30.03.2020).
3. Свистунов А.А., Улумбекова Г.Э., Балкизов З.З. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2014. № 1.

УДК: 377.6

**ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО
И ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИИ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

Горбатова Евгения Викторовна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. В предложенной Вашему вниманию статье рассматриваются отличия дистанционного и электронного обучения и особенности их реализации в одном из учреждений системы дополнительного профессионального образования – ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» (далее – ЦПК).

Введение. Основными требованиями современной политики государства в области образования являются открытость и непрерывность образования, необходимость постоянного самообразования и самообучения на основе применения информационных и коммуникационных технологий. Информационные технологии – неотъемлемая часть современного

образования, являющаяся базой для электронного обучения и обучения с применением дистанционных образовательных технологий.

Материалы и методы. 23 августа 2017 г. был подписан новый Приказ Министерства образования и науки РФ «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», расширяющий права учебного учреждения на выбор форм обучения.

Статья 16 Федерального закона РФ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» определяет дистанционное обучение как обучение с использованием «технологий, реализуемых в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников». В этой же Статье дается определение электронного обучения как «организации 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».

По определению специалистов ЮНЕСКО: «Электронное обучение (e-Learning) – обучение с помощью интернета и мультимедиа».

С 01.01.2015 г. в соответствии с ФЗ-273 «Об образовании в РФ», все учебники, которые издаются в России, должны иметь электронную версию.

Результаты и обсуждения. Таким образом, электронное обучение – это способ реализации образовательных программ с помощью электронных технологий, подразумевающий замену бумажных носителей информации на электронные.

Дистанционное обучение – интерактивное взаимодействие между преподавателем и обучающимися, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения), осуществляемое в условиях реализации средств ИКТ.

Цель дистанционного обучения (ДО) – предоставление слушателям, находящимся в различных социальных, материальных и географических условиях качественных образовательных услуг (за счет использования научного и образовательного потенциала ведущих медицинских и образовательных учреждений) без отрыва от трудовой деятельности.

Для реализации обучения с использованием дистанционных образовательных технологий (ДОТ) необходимо решение следующих задач:

- создание нормативной базы обучения с использованием ДОТ;
- создание материально-технической базы обучения с использованием ДОТ;
- отработка моделей организации обучения слушателей с использованием ДОТ;
- подготовка кадров, владеющих методиками обучения с использованием ДОТ;
- обеспечение методической поддержки преподавателей, работающих в системе обучения с использованием ДОТ.

Заключение. В заключение хочется отметить, что, электронное и дистанционное обучение, которые часто используются как синонимы, относятся к разным педагогическим категориям и отличаются по сути. Качественная организация дистанционного обучения требует гораздо больших материальных и интеллектуальных затрат от образовательного учреждения и его педагогического состава, чем использование в педагогическом процессе электронных средств обучения.

УДК: 371.72

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**Горбатова Евгения Викторовна, Мазина Евгения Израилевна,
Певзнер Бэлла Михайловна,**

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. Новая концептуальная модель медицинского образования предлагает новый подход – «образование через всю жизнь». Выполнение такого рода задач становится возможным только в условиях активного обучения, стимулирующего мыслительную деятельность слушателей. Активное обучение, которое осуществляется с помощью интерактивных методов, способствует формированию познавательного интереса к приобретению знаний и учебной деятельности.

Введение. Здоровье – это не отсутствие болезни или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия живого организма, при котором организм в целом и все органы способны полностью выполнять свои функции. В медицинской статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Материалы и методы. Абсолютно здоровых людей в стране 5–7%, имеют 1–2 заболевания в состоянии стойкой ремиссии – 55–70%. Значительная часть населения имеет дезадаптационные явления, состояние хронической усталости, явления утомления и переутомления, снижение умственной и физической работоспособности.

В последние 25–30 лет прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья населения (дезадаптивные синдромы, социально-экологическое утомление и переутомление, стрессогенные заболевания), сформировались стойкие неблагоприятные тенденции основных показателей здоровья:

- На протяжении последних 5 лет ежегодно 35–37% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности.

- За период 2010–2018 гг. общая распространенность нарушений здоровья детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 26,6% при росте первичной заболеваемости среди 28,1%.

- Среди детей в возрасте до 14 лет наиболее интенсивно возросла частота новообразований, врожденных аномалий, болезней нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной и соединительной ткани, крови.

- У 12,6% детей к десятому году жизни установлено дисгармоничное развитие за счет избытка массы тела.

- По данным НЦЗД РАМН в настоящее время не более 5–15% детей (в зависимости от возраста) можно признать здоровыми.

- Среди детей всех возрастных групп отмечается рост хронической патологии, частота которой за последнее десятилетие увеличилась на 34%.

- К моменту окончания школы только 2,5% выпускников здоровы, 70% имеют хронические заболевания.

Около 50% детей школьного возраста:

- имеют гиперхолестеринемию, гипертриглицеридемию, гипо-α-холестеринемию,

– имеют артериальную гипертензию, курят, имеют избыточную массу тела.

Результаты и обсуждения. Физиологическое действие двигательной активности:

- стимулирующее;
- трофическое;
- общетренирующее;
- компенсаторное.

Рекомендации по физической активности для здоровья (Глобальные рекомендации ВОЗ, 2018):

1. Дети и молодые люди в возрасте 5–17 лет должны заниматься ежедневно физической активностью от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности, не менее 60 мин.

2. Физическая активность продолжительностью более 60 мин в день принесет дополнительную пользу для их здоровья.

3. Большая часть ежедневной физической активности должна приходиться на аэробику.

Для лиц 18–64 лет:

1. Взрослые люди в возрасте 18–64 лет должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности.

2. Каждое занятие аэробикой должно продолжаться не менее 10 мин.

4. Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю.

65 лет и старше:

5. Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю.

6. Если пожилые люди по состоянию своего здоровья не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, то они должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физических возможностей и состояния здоровья.

Заключение. В целом, преимущества выполнения вышеуказанных рекомендаций для всех возрастных групп, включая сам факт физических упражнений, превосходят недостатки.

САМООБРАЗОВАНИЕ – ОДНА ИЗ ФОРМ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПЕДАГОГОВ

Жукова Вера Анатольевна, Ромашкина Татьяна Николаевна,
*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

«Хороший учитель – не тот, кто хорошо учит,
а тот, кто сам учится» (народная мудрость)

Введение. Что заставляет людей постоянно работать над собой, пополнять свои знания, занимаясь самообразованием? Наука, техника, производство развиваются и совершенствуются непрерывно. В современном мире отмечается заметное повышение социальной роли образования, которое становится главным ресурсом общества. Усиление интеллектуального потенциала, в основе которого заложен приоритет самоценности человека, способного к саморазвитию, – одна из важных задач образования.

Материалы и методы. Самообразование – одно из эффективных средств формирования профессиональной компетенции педагога. Понятие профессиональной компетенции педагога выражает единство его теоретической и практической готовности к осуществлению педагогической деятельности и характеризует его профессионализм.

Одним из показателей профессиональной компетенции педагога является его способность по расширению и углублению своих теоретических знаний, совершенствованию имеющихся и приобретению новых профессиональных навыков и умений в свете современных требований педагогической и психологической наук. Особенно актуальной проблема самообразования педагога стала в условиях информационного общества, где доступ к информации, умение работать с ней являются ключевыми. Информационное общество характеризуется как общество знания, где особую роль играет процесс трансформации информации в знание. Поэтому современная система образования требует от педагога постоянного совершенствования знаний [4].

Профессиональное самообразование имеет в своей основе сложную систему мотивов и источников активности. Движущей силой и источником самообразования педагога называют потребность в совершенствовании, которая осуществляется им добровольно и сознательно. Эта познавательная

деятельность не только планируется, управляется, но и контролируется самим человеком.

Самообразованием в обязательном порядке должны заниматься все педагоги в межаттестационный период. Основные направления, в которых педагог должен совершенствоваться и заниматься самообразованием делятся на направления, способствующие личностному росту и направления, способствующие профессиональному росту:

- профессиональное (предмет преподавания);
- психолого-педагогическое (ориентированное на слушателей);
- психологическое (имидж, общение, искусство влияния и др.);
- правовое, политическое и т. д.

В ходе самообразования педагог может использовать различные источники информации: изучение литературы и материалов в сети Интернет, просмотр телепередач, видеороликов, прохождение курсов повышения квалификации, посещение семинаров и конференций, посещение занятий коллег с последующим обменом опытом, обучение в мастер-классе и т. п. При этом преподаватель может выбрать любую форму обучения: индивидуальную или групповую, традиционную или дистанционную [1].

Технология организации самообразования педагогов может быть представлена в виде следующих этапов (таблица).

Результаты и обсуждения. Результатами самообразования могут быть:

- разработанные или изданные методические пособия, статьи, программы, исследования;
- разработанные новые формы, методы и приемы обучения;
- доклады, выступления;
- разработанные дидактические материалы, тесты, ситуационные задачи, наглядные материалы;
- разработка открытых занятий по собственным новаторским технологиям;
- создание комплектов методических разработок;
- проведение семинаров, научно-практических конференций, мастер-классов и т. п. [2].

Известна истина, что получение вузовского диплома – лишь старт, а не финиш. На каком бы этапе жизненного и профессионального пути ни находился педагог, он никогда не сможет считать свое образование завершенным, а свою профессиональную концепцию окончательно сформированной.

Таблица. Этапы организации самообразования педагогов

Этапы	Содержание этапа	Виды деятельности
Диагностический	Предусматривает создание определенного настроения на самостоятельную работу, анализ затруднений, постановку проблемы, изучение психолого-педагогической и методической литературы по выбранной проблеме, планирование и прогнозирование результатов.	Выбор темы самообразования, постановка цели, задач предстоящего исследования, составление индивидуального плана работы по теме самообразования.
Практический	Накопление педагогических фактов, их отбор и анализ, проверка новых методов работы, постановка экспериментов.	Изучение и анализ литературы, первичная апробация.
Обобщающий	Подведение итогов, оформление результатов по теме.	Презентация материалов на заседаниях методических и педагогических советов. Оформление темы самообразования в виде презентации, реферата, методических разработок, УМК, наглядных материалов.
Внедренческий	Педагог в процессе дальнейшей работы использует свой опыт, а также занимается его распространением.	Проведение занятий, мероприятий, мастер-классов с элементами собственного исследования, представление опыта внедрения в периодических изданиях.

Закключение. Педагог 21 века – это гармонично развитая, внутренне богатая личность, стремящаяся к духовному, профессиональному, общекультурному и физическому совершенству; умеющий отбирать наиболее эффективные приемы, средства и технологии обучения для реализации поставленных задач; умеющий организовать рефлексивную деятельность; обладающий высокой степенью профессиональной

компетентности, он должен постоянно совершенствовать свои знания и умения, заниматься самообразованием, обладать многогранностью интересов [3].

Постоянное самообразование – вот определяющий актив жизни современного педагога, который поможет не отстать от «поезда современности».

Список литературы:

1. Блохина Е.В. Повышение квалификации работника образования на муниципальном уровне / Е.В. Блохина // Народное образование. – 2010. – № 8. – С. 128-134.

2. Ермоленко Г. Начни с себя: Метод проектов в системе повышения квалификации / Г. Ермоленко // Спорт в школе. Газета Изд. дома «Первое сентября». – 2010. – № 7. – С. 42-45.

3. Норенко Е. Модель «Учитель 21 века»: проектирование и внедрение внутри школьной системы повышения квалификации. Школьное образование. – 2010. – № 5.

4. Ясвин В. Радуга педагогической компетентности, или Модель педагогического портфолио / В. Ясвин // Директор школы. – 2010. – № 2. – С. 25-32.

Материалы интернет-сайтов по проблеме самообразования:

- <http://menobr.ru/material/default.aspx?control=15&id=10188&catalogid=71>

- <http://si-sv.com/publ/20-1-0-291>

- <http://ped-kopilka.ru/pedagogika/samobrazovanie-pedagoga.html>

- <http://sov.opredelim.com/docs/105400/index-5346.html>

- <http://pandia.ru/text/77/275/20139.php>

УДК: 377.12

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кадникова Екатерина Анатольевна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. В статье изложены основные направления реформирования постдипломного профессионального образования среднего медицинского персонала в России. На современном этапе представлены принципиальные подходы по формированию дистанционной технологии в

системе постдипломного образовательного процесса в здравоохранении. По данным ряда отечественных и зарубежных авторов обобщены основные дискуссионные проблемы и недостатки дистанционной технологии в медицине, касающиеся качества профессиональной подготовки медицинского персонала. Указаны основные профессиональные группы работников здравоохранения, для которых дистанционная технология на данном этапе развития неприемлема.

Введение. Система постдипломного медицинского образования в Российской Федерации в последние годы характеризуется рядом перманентных реформ. Так, в частности, несколько лет назад Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (2011 г.) вместо системы сертификации врачей и среднего медицинского персонала была введена система аккредитации на основе непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Материалы и методы. Процессы информатизации побуждают научно-педагогическую общественность и всю систему управления образованием обратиться к проблеме модернизации образовательного процесса, которая в современных условиях должна базироваться на внедрении информационных и коммуникационных технологий, позволяющих развиваться различным формам образования, осуществлять его дистанционно.

В настоящее время учебное заведение дополнительного профессионального образования находится в условиях, когда необходимо учитывать все факторы, влияющие на возможности использования им дистанционных технологий в образовательном процессе. Потребности общества, работодателя, индивида требуют ориентации учебного заведения на:

- повышение качества учебного процесса за счет совершенствования содержания образовательных программ и введения большего объема практических занятий;
- усиление блока дисциплин, связанных с информационными технологиями;
- расширение использования экспериментов и компьютерного моделирования, позволяющих имитировать производственные (профессиональные) процессы служебной деятельности;
- модульность программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов;
- самостоятельность и ответственность слушателей, возможность работать в рамках индивидуального графика обучения [4].

Что касается дистанционных образовательных технологий, то они адаптированы, главным образом, для теоретических информационных разделов учебного плана и по имеющимся опубликованным данным абсолютно не могут быть использованы для преподавания клинической медицины. Это касается, прежде всего, использования в дистанционном образовании телемедицины. Так, в частности, в январе текущего года вступил в силу Федеральный закон «О телемедицине» № 242-ФЗ, в котором законодательно предусмотрена необходимость проведения видеоконференций и видеоконсультаций врачам и среднему медицинскому персоналу в рамках дистанционного образования.

Однако, как отмечают авторы А. Данилин и М. Ганин, законодательной базы пока не хватает для того, чтобы телемедицина стала реальностью. Телемедицина в условиях дистанционного образования в здравоохранении не может документировать процесс обучения, исключает возможности заочного тестирования и выдачи официального документа о завершении цикла дополнительного профессионального образования. Пока невозможно идентифицировать личность обучаемого, что не исключает возможности фальсификации [3].

Фальсификация дистанционного образования реализуется в форме включения в учебный процесс, помимо государственных образовательных учреждений, различных частных предпринимателей, в том числе медицинского профиля. Часто в электронных аукционах, объявленных медицинскими организациями, принимают участие частные фирмы и предприниматели, имеющие лицензию на образовательную деятельность, но предлагающие под маркой дистанционного образования – электронное обучение, вплоть до элементарного сканирования учебников.

После объявления рекламного ролика под каким-либо звучным названием и формирования группы заинтересованных лиц, такие фирмы (компании) скачивают информацию с сайтов по профилю заказанной тематики, либо в целом Википедию. По существу, это одна из форм преступной капитализации фирмы. Как отмечает С.Б. Жаутикова в качестве электронного ресурса могут быть использованы также монографии, справочные пособия, дублированные в сети в электронных вариантах.

Возникает также проблема аутентификации пользователя при тестировании или другой форме проверки уровня профессиональной компетенции, когда вместо обучаемого экзаменуется другое более квалифицированное лицо (по материальным или другим мотивам).

Остается острым вопрос о дефиците педагогов, которые могли бы разрабатывать и внедрять дистанционные курсы. Со всей очевидностью необходимы специалисты-провайдеры, которые могут иметь техническую подготовку для эксплуатации и технического обслуживания компьютерного оборудования. Кстати, приобретение данного электронного видео оборудования – еще одна статья существенных расходов любого образовательного учреждения [1].

Результаты и обсуждения. Как известно, технология дистанционного обучения в настоящее время внедряется на всех уровнях образования. Несмотря на все большее распространение, данная технология не является до конца исследованной и при всех видимых преимуществах, таких как возможность обучаться без отрыва от трудовой деятельности, доступность для жителей отдаленных районов и т. д., на практике оборачивается резким снижением качества, получаемого образования в сравнении с традиционной технологией.

К сожалению, образовательные услуги, предоставляемые под названием «Дистанционное образование», в большинстве своем позиционируются как дешевое массовое образование умеренного/низкого качества. При этом утрачиваются основные принципы открытого дистанционного образования. Данная тенденция ярко выражена и в положениях нормативно-правовых актов, где дистанционное образование рассматривается чаще всего в рамках заочной формы обучения.

Нет определенности относительно условий организации учебного процесса при использовании дистанционных образовательных технологий. Образовательное учреждение может осуществлять его только на своей базе или через сеть филиалов и представительств, что ограничивает возможности применения данных технологий. Условия организации аудиторных занятий на рабочем месте специалиста или дома нормативно не установлены, что нивелирует многие преимущества, предоставляемые дистанционным обучением. При широком применении электронных учебно-методических комплексов и разнообразии разрабатываемых программ и учебно-методических пособий не утверждены единые требования к построению и порядку их применения.

По мнению Д.В. Пивень, к существенным недостаткам дистанционного обучения можно отнести:

- отсутствие прямого очного общения между обучающимися и преподавателем – обезличенность общения;

– высокую зависимость от технической инфраструктуры, ориентация на технические средства и виртуальную среду, необходимость постоянного обновления программного обеспечения;

– отсутствие необходимой подготовки специалистов в сфере технологий дистанционного обучения, для создания качественных мультимедийных ресурсов требуется высокая квалификация разработчиков – команда из специалиста предметной области, программиста и т. д.;

– необходимость индивидуально-психологических условий для дистанционного обучения – высокая мотивированность, самодисциплина, самоконтроль учащегося при отсутствии внешнего контроля процесса учебной деятельности;

– недостаток практических занятий;

– недостаточная компьютерная грамотность обучающихся и слушателей, отсутствие опыта дистанционного обучения;

– недостаточная развитость информационно-коммуникационной инфраструктуры на огромной территории России;

– слабое использование стандартов в дистанционном обучении; неразвитость и несовершенство стандартов затрудняет повторное использование, обмен, многократное использование, совместимость учебных материалов;

– недостаточная интерактивность современных курсов дистанционного обучения. В настоящее время содержательную основу курсов составляют лекции в виде текстовых материалов и простейших графических объектов. Блоки контроля знаний в виде текстовых заданий не позволяют в полной мере оценить практические навыки специалиста и его профессиональные компетенции [2].

Поскольку до сих пор не предложено оптимальных технологических решений, большинство дистанционных программ по-прежнему предполагает очную экзаменационную сессию. Невозможно сказать, кто на другом конце провода. В ряде случаев это является проблемой и требует специальных мер, приемов и навыков у преподавателей-тьюторов. При отсутствии необходимого штата преподавателей, способных грамотно выстроить дистанционный учебный курс на всех его этапах – от подбора материала до средств контроля и оценивания – дистанционное обучение теряет смысл и нивелирует все его теоретические преимущества.

Хотели бы лично Вы попасть на прием к специалисту-медику, прошедшему дистанционное обучение вместо традиционного очного? Доверили бы Вы такому специалисту свое здоровье или жизнь?

Еще из земской медицины известен принцип: «Лечить не болезнь, а больного».

Следовательно, заочная форма образования может существенно разрушить психологическое общение с пациентом и, таким образом, подорвать основы деонтологии и медицинской этики.

Не меньшую сложность приобретает необходимость обучения среднего медицинского персонала разного рода манипуляциям от инъекций или капельниц, обработки раневой поверхности и наложения повязки, до оказания неотложной медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации. Данные навыки особенно необходимы при самостоятельной работе фельдшера в условиях ФАП в сельской местности.

Приказом Министерства образования и науки РФ № 22 от 20.01.2014 г. определен перечень специальностей среднего профессионального образования, реализация образовательных программ по которым не допускается с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. К ним относятся специальности среднего медицинского звена: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», «Сестринское дело», «Стоматология ортопедическая», «Стоматология профилактическая», «Медико-профилактическое дело», «Фармация».

Заключение. Таким образом, дистанционные технологии в системе постдипломного профессионального образования среднего медицинского персонала на современном этапе не имеют однозначной оценки. Наряду с некоторыми позитивными элементами доступности и необременительности имеют место существенные недостатки, которые приобретают принципиально важное значение и существенно снижают качество подготовки специалистов здравоохранения.

Список литературы:

1. Жаутикова С.Б. Опыт применения инновационных методов обучения в КГМУ / С.Б. Жаутикова, К.М. Жиенбаева, С.М. Аринова // Медицина и экология. – 2016. – № 2. – С. 106-108.
2. Пивень Д.В. Всегда ли законно дистанционное обучение врача? VideoLika.ru.
3. Телемедицина: приближение к реальности // National Business. – 2019. – № 3. – С. 30-32.
4. Шуваева В.В. Дистанционные технологии обучения в системе дополнительного профессионального образования // Управление персоналом. – 2005. – № 3. – С. 36-39.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ

Кадникова Екатерина Анатольевна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Сегодня в России около 1,5 млн средних медицинских работников. Это самая массовая медицинская профессия. Государственная политика в области российского здравоохранения ориентирована на получение максимального эффекта от имеющихся ресурсов и, в частности, сестринского персонала, работа которого рассматривается как наиболее ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощи.

В Нижегородском регионе более 25 тысяч медицинских работников со средним профессиональным образованием, и каждый из них неоднократно совершенствовал свои знания и профессиональные компетенции в ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения». Каждый из них ощутил на себе не только настоящий профессионализм преподавательского состава, но и постоянную заботу и внимание всех сотрудников Учебного центра.

Материалы и методы. Для нашей образовательной организации этот год – юбилейный. Наш 30-летний опыт работы в области дополнительного профессионального образования (ДПО) позволяет гордиться высокими показателями деятельности, безупречными отзывами от работодателей-заказчиков образовательных услуг, а также надёжностью и конкурентоспособностью образовательной организации не только в регионе, но и в Российской Федерации. Чего только ни происходило с нами в прошлом: менялись названия, образовательные программы и даже здания, но неизменно всегда оставалось главное – стремление к удовлетворению спроса на образовательные услуги и открытие простора для развития профессиональных возможностей и самореализации обучающихся посредством обновления содержания образовательных услуг. Сегодня слушатели, количество которых достигает 8 тыс. человек в год, имеют возможность получать образование в светлых, просторных аудиториях и

проходить стажировку в лучших клиниках Нижнего Новгорода. Только в нашем Учебном центре обучение для специалистов бюджетной сферы здравоохранения Нижегородской области бесплатно.

Коллектив Учебного центра считает своей основной миссией максимальное развитие личностных и профессиональных способностей каждого слушателя, создание условий, при которых специалист в течение своей профессиональной деятельности регулярно повышает квалификацию, проходит стажировки, аттестации, увеличивая таким образом свою конкурентоспособность на рынке труда.

Значительные изменения в здравоохранении, персонифицированная медицина, всеобщее старение населения, нанотехнологии, генная и клеточная терапия и другие вызовы современности оказывают существенное влияние на подготовку медицинских и фармацевтических кадров в России.

Обеспечение квалифицированными специалистами сферы здравоохранения является одной из приоритетных задач государственной политики. В последние годы принят ряд важнейших нормативно-правовых актов РФ и документов стратегического планирования, которые определяют развитие профильного образования, и всего здравоохранения в целом.

Являясь активным участником отношений в сфере среднего профессионального и непрерывного медицинского и фармацевтического образования, ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» вносит свой вклад в развитие отрасли. Именно система дополнительного образования наиболее полно и в кратчайшие сроки может решить проблему кадрового дефицита в отрасли. Коллектив Учебного центра активно работает над тем, чтобы обучение по дополнительным профессиональным программам стало интересным и удобным для медицинских работников. Развивается дистанционная форма образования. Все образовательные программы, реализуемые центром, прошли процедуру профессиональной общественной аккредитации. Сформирован личный кабинет образовательной организации на Портале НМО для непрерывного профессионального развития специалистов и подготовки ими портфолио к предстоящей аккредитации. Активное использование ДПО при подготовке современных медицинских кадров целесообразно по причине низких временных затрат на обучение, специфичности и мобильности программ. В Центре проводится обучение по 140 программам дополнительного профессионального образования и 10 профессионального обучения.

Система восполнения реальных потребностей в квалифицированных кадрах отрасли здравоохранения, сложившаяся в рамках практической деятельности Учебного центра, включает несколько направлений.

Первое направление – мониторинг потребности в кадрах.

- Взаимодействие с территориальными органами государственной службы занятости населения.

- Сотрудничество с организациями и учреждениями, выступающими в качестве работодателей по имеющимся вакансиям.

- Потребность в медицинских кадрах удовлетворяется посредством личного контакта с администрацией лечебного учреждения и кадровыми службами, а также ежегодно проводимой ярмарки вакансий. Целью является содействие эффективному трудоустройству специалистов на вакантные места в государственные учреждения здравоохранения, медицинские и фармацевтические организации.

- Индивидуальная и групповая работа с обучающимися и выпускниками медицинских колледжей региона по вопросам профориентации, трудоустройства и профессиональной переподготовки.

- Информирование слушателей о вакансиях, поступающих от работодателей (стенд с информацией о вакансиях).

Вышеуказанный комплекс мероприятий по данному направлению относится к медицинским работникам со средним профессиональным образованием. Но в результате текущей работы Учебным центром выявлена потребность и в специалистах по профессиям рабочих, должностям служащих: младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитар, медицинский дезинфектор, медицинский регистратор, сиделка и другие, которые, не имея среднего медицинского образования, требуют профессионального обучения. Соответствующие образовательные программы, реализуемые нашей образовательной организацией, позволяют закрыть возникшую проблему.

Второе направление – мониторинг качества образования.

Качественное образование невозможно без взаимодействия работодателей всех уровней с системой профессионального образования и последиplomного образования.

В течение всего учебного процесса в центре проводится оценка качества теоретической и практической подготовки обучающихся. При этом особое внимание уделяется внешней оценке качества дополнительного профессионального образования на основе широкого участия заинтересованных сторон, учета мнения работодателей. Основная цель их

привлечения к оценке качества – получение более точной и объективной оценки соответствия программ и результатов обучения требованиям регионального рынка труда при оценке знаний и компетенций слушателей.

По направлению обеспечения качества образования есть определенные проблемы, связанные с переходом на профессиональные стандарты, внедрением современных симуляционных, виртуальных и других образовательных технологий, переходом на непрерывное медицинское образование и аккредитацию специалистов. В настоящее время полностью подготовлены аудитории к предстоящей аккредитации специалистов, наполнены необходимым симуляционным оборудованием, приобретены расходные материалы для отработки навыков на тренажерах, установлена видео и аудио-аппаратура для обеспечения записи процедуры проведения экзамена.

Третье направление – мониторинг запросов обучающихся и работодателей, корректировка образовательных программ.

В связи с реструктуризацией коечного фонда стационаров по интенсивности лечебно-диагностического процесса важное значение приобретает профилизация деятельности и рациональное использование сестринского персонала. Возрастает потребность в кадрах, умеющих работать на современной медицинской аппаратуре, обеспечивающей мониторинг состояния пациентов, владеющих основными алгоритмами выполнения стандартных операционных процедур, основами психологии, обеспечивающих всесторонний комплексный уход и реабилитацию пациента.

Сокращение длительности госпитального этапа предусматривает интенсификацию сестринского процесса в стационаре и распространение практики ведения планов сестринского ухода и документирование деятельности сестер. Особое внимание планируется уделить формированию административно-управленческого направления сестринского дела, так как определяющая роль в организации всех направлений деятельности сестринского персонала принадлежит руководителям сестринских служб различных уровней.

Результаты и обсуждения. Неравномерность в обеспечении населения сестринскими кадрами, сложившийся дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом ставят на повестку дня задачу реорганизации системы планирования и распределения кадрового потенциала. Эта реорганизация позволит изменить соотношение врач/сестринский персонал в сторону увеличения последнего, с передачей сестринскому персоналу части функций, выполняемых в настоящее время

врачами. С этой целью в Учебном центре обеспечится соответствующий уровень профессиональной подготовки специалистов (участковых фельдшеров), гарантирующий качество предоставляемых населению медицинских услуг в амбулаторном звене.

Современный опыт деятельности медицинских работников среднего звена должен включать умения использования на практике не только медико-профилактических приемов, но и знание поведенческих особенностей человека, социально-правового консультирования, статистики и документалистики. Тренд 21 века – широкое использование информационных технологий. Эти компетенции становятся обязательным профессиональным атрибутом среднего медицинского персонала и одной из ведущих составляющих системы непрерывного медицинского образования.

Заключение. Следовательно, сегодняшнее направление повышения качества дополнительного профессионального образования можно определить следующим образом:

- формирование независимой системы оценки качества ДПО;
- усиление роли профессионально-общественных объединений в определении приоритетов развития ДПО;
- усиление роли работодателей и заказчиков в формировании дополнительных профессиональных программ;
- ориентация на результаты обучения, источниками которых являются квалификационные требования и профессиональные стандарты.

Целенаправленное и активное вхождение Учебного центра в тесное взаимодействие с работодателем единственно возможное условие сохранения и развития его социальной миссии в процессе реализации дополнительных профессиональных программ. При выстраивании системы кооперации с социальными партнерами Учебный центр, прежде всего, предполагает возможность оперативно реагировать на требования работодателей и совместно с ними разрабатывать такие образовательные программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки, которые позволяют подготавливать востребованные кадровые ресурсы.

ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кадникова Екатерина Анатольевна

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Одним из эффективных способов реализации основных требований к современной системе образования, таких как обеспечение требуемого уровня компетентности специалистов, гибкость, непрерывность, открытость и индивидуализация образования, является внедрение инновационных образовательных технологий, особое место среди которых занимает модульная технология профессионального обучения.

Материалы и методы. Модульная практико-ориентированная программа всегда нацелена на конкретный результат: обучение конкретному виду деятельности или повышению квалификации по конкретной узкой инновационной составляющей в конкретном виде деятельности. В модульном обучении нет строго заданного срока обучения, так как оно зависит от уровня подготовленности слушателя, его предыдущих знаний и умений, желаемого уровня получаемой квалификации. Модуль в нашем понимании представляет собой определенный компонент профессионального вида деятельности специалиста с соответствующим ему набором знаний, умений, навыков и компетенций, который формируется, корректируется или дополняется в процессе повышения квалификации (ПК).

При проектировании содержания модулей и учебных элементов (УЭ) мы учли, что традиционное, чисто техническое представление о модуле, как о фиксированном функциональном узле, не соответствует современным требованиям непрерывного образования. Поэтому наша модульная программа содержит базовые и вариативные модули, которые, в свою очередь, имеют инвариативную и вариативные компоненты структуры. Такая структура соответствует современному представлению о системном анализе и позволяет создавать сокращенные, полные и углубленные учебные элементы.

Так, на сегодняшний день основной проблемой внедрения и продвижения модульной системы образования в нашей образовательной организации является то, что для создания и реализации модульных

программ необходимо большое количество ресурсов. В последние годы со стремительным развитием информационных технологий наиболее перспективной формой обучения является заочная форма с применением дистанционных технологий.

Результаты и обсуждение. Теоретическое исследование темы подтвердило, что модульное обучение не накладывает никаких ограничений на методику, место или вид обучения. Поэтому мы находим возможным организацию высоко результативного самообучения слушателей с помощью модулей и учебных элементов, включающих помимо информационной части, разветвлённую систему контроля. Доказано, что процесс обучения будет протекать эффективнее тогда, когда сам обучающийся будет максимально активен, а педагог будет выполнять консультативно-координирующую функцию, реализуемую на основе индивидуального подхода к каждому обучающемуся. С этой целью нами разработаны модульные дополнительные профессиональные программы, имеющие чётко заданные цели, выходящие на профессиональную деятельность, с хорошим методическим и дидактическим обеспечением.

Инновационная идея разработанной нами модульной технологии обучения заключается в привлечении части слушателей ПК, обладающей значительным опытом и профессиональным потенциалом, к разработке учебных элементов, что позволит относительно быстро создать банк УЭ, постоянно его пополнять новыми разработками.

Заключение. Главной особенностью организационно-педагогической модели модульного обучения при ПК является наличие «открытого» банка учебных элементов, которые одними слушателями в процессе обучения используются как инструментальные средства, другими слушателями создаются, третьими обновляются и пополняются. Это обеспечивает модели гибкость, открытость и развитие, что делает её особенно хорошо приспособленной для непрерывного обучения и андрогогики и дает возможность преодолевать ограничения обычных видов образования. Такая организация ПК делает процесс двухсторонним, с приоритетом познавательной деятельности слушателей, что позволяет не только «давать», но и «брать», и выводит систему ПК на путь саморазвития и самосовершенствования.

СОВРЕМЕННЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Карабанова Наталья Анатольевна,

ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород, Россия

Введение. В течение 30 лет в России развивается паллиативная помощь, направление здравоохранения, призванное улучшить качество жизни инкурабельных больных, которая в 2011 г. была признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению.

Материалы и методы. В нашей стране, как и во всем мире, произошли значительные изменения организационных основ оказания паллиативной помощи населению. Принимаются меры по созданию нормативно-правовой базы оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению с онкологическими заболеваниями. Утвержден порядок ее оказания, положение об организации деятельности хосписа и других подразделений, занятых в процессе оказания паллиативной помощи, рекомендованы штатные нормативы учреждений и стандарты их оснащения. Созданы различные модели по организационно-методическому сопровождению оказания паллиативной помощи населению. Впервые в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная помощь выделена в отдельную статью (36), в ней, в частности, говорится: «Паллиативная медицинская помощь – это комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». В законе также прописано, что паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими специальное обучение [1].

31 мая 2019 года вышел Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи». Там впервые прописан алгоритм взаимодействия медицинских учреждений с организациями социального обслуживания населения. На социальную службу возлагается большая роль в организации социальной помощи

больным на дому, обеспечение бытовых потребностей, равно как и сестринского ухода на дому. Услуги по паллиативной помощи необходимы больным хроническими или смертельными заболеваниями на любой стадии болезни, включая терминальную.

Паллиативная помощь направлена на улучшение самочувствия больного путем устранения, облегчения и предупреждения проявлений болезни, но не влияет на ее течение. Такая помощь не заменяет лечение болезни (в частности, химиотерапию при онкологических заболеваниях), а дополняет его, обеспечивая поддержку и избавление от страданий тяжелобольных и их близких. Она включает в себя медицинскую, психосоциальную и духовную помощь пациентам и членам их семей.

Оказание паллиативной помощи на территории Нижегородской области регламентировано приказом министерства здравоохранения Нижегородской области от 30.12.2016 № 3546 «Об утверждении перечней медицинских организаций Нижегородской области, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению, на 2017 год».

Постановлением Правительства Нижегородской области от 9 января 2020 года утверждена программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области». Основная цель Программы: повышение доступности и качества оказания паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области, в том числе при лечении болевого синдрома.

В период реформ сестринского образования основные функции специалистов сестринского дела по оказанию помощи пациентам расширяются. Насколько грамотно и профессионально медсестра будет выполнять свои обязанности, настолько эффективными будут сестринская помощь и сестринский уход в лечебно-профилактическом учреждении.

Результаты исследования. Современное общество стремительно развивается и медсестра нового поколения, должна обладать углубленными знаниями в своей профессиональной деятельности, уметь анализировать информацию, принимать решения в нестандартных ситуациях. Понимание медсестрой задач и принципов современных инструментальных обследований, умение использовать полученные знания, будет способствовать эффективной помощи пациентам и их близким, и следовательно, повышению качества жизни, улучшению состояния здоровья или адаптации к определенному состоянию. Оказывая паллиативную

помощь, медицинские сестры должны иметь совершенно особенные человеческие качества. Это сострадание, желание помочь человеку, умение расположить его к себе, отсутствие брезгливости. Это качества, определяющие их профпригодность.

В целях подготовки специалистов по оказанию паллиативной помощи населению должного качества, как в специализированных учреждениях, так и в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, постоянно расширяется освещение вопросов паллиативной помощи. С 2016 года Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи совместно с Минздравом России проводит в регионах РФ циклы образовательных паллиативных медицинских форумов для специалистов, участвующих в оказании помощи пациентам с неизлечимыми и тяжелыми прогрессирующими заболеваниями и их семьям. За это время в них приняли участие 8061 специалист. Форумы предоставляют участникам возможность услышать доклады признанных экспертов, поделиться опытом с коллегами, обсудить волнующие проблемы и пути их решения [6]. В рамках форумов проходят посещения хосписов и медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь как взрослым, так и детям, рабочей группой Ассоциации в составе главных внештатных специалистов для оценки уровня развития паллиативной помощи в отдельных субъектах. По итогам составляются рекомендации по повышению качества оказания помощи.

Образование является одним из трех основополагающих направлений стратегии успешного развития паллиативной помощи как отрасли здравоохранения наряду с доступностью лекарственных препаратов и политикой, осуществляемой государством в области организации служб на всех уровнях медицинской помощи [3].

В ГАУ ДПО НО ЦПКПП СЗ проходит обучение слушателей по образовательной программе повышения квалификации «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалистов сестринского дела». Учеба на базе нашего центра с использованием современных педагогических технологий помогает слушателям получить углубленные знания в своей профессиональной области и осуществлять помощь пациентам, взаимодействуя с другими организациями и службами. При обучении по образовательной программе оказания паллиативной помощи, специалисты сестринского дела получают следующие знания и умения необходимые при оказании этой помощи:

- Реализовывать основные принципы паллиативной помощи везде, где находится пациент и его семья.

- Обеспечивать максимальный физический комфорт пациенту на всех этапах его болезни.

- Удовлетворять психологические потребности.

- Удовлетворять социальные потребности пациента.

- Удовлетворять духовные потребности.

- Учитывать и откликаться на потребности осуществляющих уход за пациентом членов семьи.

- Осознавать сложность ситуации принятия решений по клиническим и этическим вопросам паллиативной помощи.

- Координировать процесс оказания комплексной помощи силами междисциплинарной бригады везде, где предоставляется паллиативная помощь.

- Развивать навыки межличностного общения, необходимые для оказания паллиативной помощи.

- Проводить самоанализ и постоянно повышать профессиональную квалификацию.

Уход за тяжелобольным человеком – это сложная работа, которая требует специальных навыков и умений.

В последние десятилетия много внимания в медицине уделяется вопросам правильного и безопасного перемещения тяжелобольных людей. В первую очередь это связано с необходимостью профилактики боли в спине и повреждений костно-мышечной системы у тех медицинских работников, которым приходится в течение дня перемещать вручную людей с двигательными нарушениями. Боли в спине являются типичным симптомом многих профзаболеваний медсестер. Кроме того, использование правильных техник перемещения – это профилактика развития вторичных осложнений у пациентов с двигательными нарушениями. Таких как пневмонии, тромбозы, пролежни, запоры и инфекции мочевыводящих путей.

Вот перечень того, чем приходится заниматься специалисту, если мы говорим о профессиональной помощи.

- Знания эрготерапии (правильные манипуляции по передвижению, кормлению, организации пространства и т. п.).

- Правильное перемещение и позиционирование, основанное на современных знаниях о биомеханике.

- Традиционный уход (гигиена, кормление, прогулки).

- Умение ухаживать за специальным оборудованием и средствами (стомы, катетеры).

- Умение пользоваться специальными приборами для контроля самочувствия (давление, сахар, и т. п.).

- Знание разных современных материалов по уходу и умение ими пользоваться.

- Правильное общение с человеком, который находится в депрессии.

- Навыки нелекарственной терапии боли.

- Работа с лекарствами (совместимость, аллергические реакции, дозировка, побочные эффекты, утилизация).

- Навыки в работе с разным оборудованием для общения.

Это только основное, а есть еще множество разных знаний, связанных с конкретными диагнозами. Переплетение и сочетание специальных умений и навыков, которыми обладают представители разных профессий, гарантирует высокое качество услуг паллиативной помощи пациентам и их родственникам.

При выполнении основных задач сестринский персонал должен придерживаться принципов паллиативной помощи, рекомендованных ВОЗ:

- Паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть (умирание) как естественный закономерный процесс;

- не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;

- основной целью определяет обеспечение пациенту возможности, насколько это реально, активно прожить последние дни;

- предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;

- использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;

- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;

- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения, может продлить жизнь больного.

Профессионально подготовленный персонал должен стремиться к основной цели паллиативной помощи – повышению качества жизни пациента.

Для составления оптимального плана паллиативной помощи специалисты сестринского дела должны учитывать индивидуальные

особенности пациента, его пожелания, степень тяжести его состояния, локализацию основного процесса, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний. Это поможет прогнозировать возникновение возможных симптомов, которые значительно снизят качество жизни пациента, и вовремя провести профилактику, либо значительно снизить выраженность проблем пациента.

Кроме того, сестринский персонал должен иметь навыки психотерапевтического общения в рамках своей компетенции с пациентом и его родственниками для предупреждения и своевременного выявления психотерапевтических проблем [5], таких как:

Ощущение собственной беспомощности и обузы для окружающих.

Чувство вины.

- Страх и беспомощность в связи с ожиданием приближающейся смерти.

- Чувство горечи из-за незавершенных дел и невыполненных обязательств.

- Страх боли.

- Страх наркотической зависимости при приеме наркотических препаратов для обезболивания.

- Страх перед исследованием.

- Снижение чувства собственного достоинства и значимости.

- Беспокойство по поводу будущего своих родственников (чаще детей).

- Гнев, обращенный на родственников и на медицинских работников.

- Отсутствие стимула, цели, интереса.

- Неспособность принимать решения.

- Слабая концентрация внимания.

- Желание изолировать себя от общества.

- Внутреннее беспокойство и др.

Сестринский персонал так же проводит обучение родственников пациента методам ухода при выписке из стационара, для обеспечения адекватного качества жизни пациента дома.

Заключение. Из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы: прошедшая специальное обучение медицинская сестра, осуществляющая паллиативную помощь, должна иметь не только высокий уровень знаний, умений и навыков по уходу и работе с инкурабельными пациентами, но и постоянно совершенствовать свою подготовку, постоянно развивать свой кругозор, следить за последними новинками в

профессиональной деятельности, находить коллег в других лечебно-профилактических учреждениях и обмениваться профессиональным опытом с ними.

Это обеспечит полноценное и результативное оказание паллиативной помощи пациенту и его родственникам и позволит оценить качество оказанной помощи.

Список литературы:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>.

2. WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

3. Комаров Ю.М. Качественное медицинское образование как гарантия качества медицинской помощи. URL: <http://www.rmass.ru/publ/info/Kom-Y.M>.

4. Основы паллиативной помощи / под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока / пер. с англ.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» – В.В. Ерохина, Г.Ш. Юнусова. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 456 с.

5. Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2008.

6. Официальный сайт Ассоциации хосписной помощи – info@pro-hospice.ru.

7. Официальный сайт Российской ассоциации паллиативной медицины – palliamed.ru.

8. Дементьева Н.Ф., Золоев Р.В. Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников. Паллиативная медицина и реабилитация 2005; 13-15.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УСТРАНЕНИИ АРТЕФАКТОВ ВО ВРЕМЯ ЗАПИСИ

Китаева Альбина Валерьевна,

*ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. Функционирование головного мозга позволяет обеспечить слаженную работу человеческого организма. Одним из методов изучения активности головного мозга – снятие электроэнцефалограммы. Электроэнцефалография (ЭЭГ) – метод исследования деятельности головного мозга человека, основанный на суммарной регистрации биоэлектрической активности отдельных зон, областей, долей мозга. ЭЭГ применяется в современной нейрофизиологии, а также в неврологии и психиатрии. Статья посвящена роли медицинской сестры функциональной диагностики в проведении нейрофизиологических исследований и устранении артефактов.

Электроэнцефалография – раздел клинической нейрофизиологии, изучающий закономерности возникновения, распределения по коре и взаимодействия электрической активности головного мозга. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) – это кривая, получаемая при регистрации с разных точек поверхности скальпа спонтанных колебаний электрических потенциалов. При этом улавливаются изменения электрической активности, исходящие из различных структур и отделов головного мозга. ЭЭГ позволяет выявить диффузные, очаговые, эпилептиформные изменения биоэлектрической активности головного мозга, а также дает возможность проводить исследования в динамике.

Регистрация ЭЭГ осуществляется наложением на голову металлических пластинок (электродов), которые соединяют проводами со входом аппарата. В электроэнцефалографии предусмотрено 16–24 и более идентичных усилительно-регистрирующих блоков (каналов), позволяющих одномоментно записывать электрическую активность от соответствующего количества пар электродов, установленных на голове пациента. Электроды, отводящие потенциалы, представляют собой металлические пластины или стержни различной формы с диаметром контактной поверхности 0,5–1 см. ЭЭГ регистрирует разность потенциалов между двумя точками головы. Регистрирующие электроды располагают так, чтобы на многоканальной

записи были представлены все основные отделы мозга, обозначаемые начальными буквами их латинских названий. Электроды осуществляют контакт с поверхностью кожи и образуют замкнутую электрическую цепь. Они контактирует с поверхностью кожи головы, и с их помощью осуществляется регистрация биоэлектрического сигнала. Для постановки электродов волосы раздвигаются, кожа тщательно протирается хлоргексидином 0,5% для удаления жировой пленки.

Размещение электродов на поверхности головы проводится по определенной схеме. Принципиально можно отвести изменения потенциалов от любой точки головы с расположенным на ней электродом. Для учета проекции анатомических структур на те области головы, куда ставятся электроды, для соблюдения одинакового положения электродов при повторных исследованиях, для последующего сравнения записей, полученных на разных людях, используют международную схему отведений «10–20%». По этой схеме электроды размещают так, чтобы их проекция попала на определенную область мозга. Опорными точками в этой системе являются затылочный бугор (inion), переносица (nasion); расстояние между ними принимается за 100%. Для определения поперечного размера головы берется расстояние между слуховыми проходами, которое также принимается за 100%. Соответственно этим размерам определяются места расположения электродов на голове, при этом отсчитываются межэлектродные расстояния в 10% и 20%.

На выходе получается графическое изображение колебаний разности биоэлектрических потенциалов мозга. Эту процедуру проводит медицинская сестра функциональной диагностики.

Для увеличения информативности метода ЭЭГ применяют различные функциональные пробы:

1. открывание-закрывание глаз по просьбе врача позволяет оценить контактность пациента и реактивность ЭЭГ.

2. импульсные световые раздражения переменной частоты (1–20/с) и интенсивности в пределах 0,5–5 Дж (в зависимости от фоновой освещенности и близости лампы фотостимулятора к пациенту). Реакция на ритмическую фотостимуляцию проявляется в виде усвоения ритма световых мельканий и характеризуется амплитудой и шириной диапазона частот усвоения. Для провокации фотопароксизмальной реакции на ЭЭГ (эпилептически феномен) рекомендуется применение низких частот стимуляции (5–7/с) и быстрая смена частоты (с 15 на 7/с).

3. гипервентиляция в течение 3 мин, обязательно под контролем непрерывной записи ЭЭГ – незаменима в диагностике эпилепсии (может быть продолжена до 5 мин), применяется для выявления скрытой эпилептической активности, а также для выявления очаговых поражений мозга.

Перед проведением ЭЭГ медсестра должна объяснить пациенту суть обследования. Пациент должен находиться в светло и звукоизолированном помещении, располагаться в удобном кресле, мышцы его должны быть расслаблены, глаза закрыты.

При проведении пробы – фотостимуляции, если у пациента возникает фотопароксизмальный ответ на стимуляцию, то проба прекращается. Противопоказанием к проведению фотостимуляции являются недавняя отслойка сетчатки, послеоперационный период хирургии на глазах, расширение зрачков.

При подозрении на абсансы с миоклониями век необходимо пристально следить за лицом, в частности веками. Для оценки степени утраты сознания дополнительно можно проводить пробу с устным счетом (серийным счетом вслух) или просьбой повторить за медсестрой несколько коротких слов (луна, год, мышь и т. д.).

Гипервентиляция, стандартная процедура, которая выполняется во всех случаях, кроме отдельных категорий обследуемых. Она проводится с учетом индивидуальных особенностей у беременных, пациентов преклонного возраста, а также имеющих заболевания дыхательной системы (ХОБЛ, болезни сердечно-сосудистой системы, инсульты, инфаркты). Противопоказаниями к проведению гипервентиляции являются недавно возникшее субарахноидальное кровоизлияние, болезнь Мюссе, серповидно-клеточная анемия.

Картину электрической активности могут искажать различные артефакты. Они возникают от любых внечерепных источников потенциалов и накладываются на ЭЭГ, часто имея перекрывающийся с ней спектр частот и, нередко, большую амплитуду. Артефакты могут значительно искажать картину электрической активности мозга и затруднять интерпретацию тех или иных ЭЭГ-феноменов. Поэтому на медсестре лежит большая ответственность в записи ЭЭГ. Она должна их видеть и устранять, так же следить за состоянием пациента во время записи.

Физические артефакты.

Физические артефакты связаны со скачками электродного импеданса из-за плохого крепления электрода, обрывом проводов, плохим контактом в разъемах. Идентифицировать их можно по крутизне нарастания и спада, по

отсутствию пространственного градиента, характерного для мозговых потенциалов, часто – по большой амплитуде. В таком случае обязательно должна быть повторная проверка переходного импеданса под соответствующими электродами и, при необходимости, замена дефектных электродов или их соединительных проводов.

К артефактам смещения электродов можно отнести высокоамплитудные волны во многих отведениях в диапазоне низких частот, связанные с движениями электродного шлема при сокращениях мышц головы и шеи. Аналогичные артефакты возникают преимущественно в лобно-височных отведениях при глотательных и жевательных движениях больного. Похожие артефакты регистрируются при движениях электродных проводов.

Стабильно плохой контакт каких-либо электродов с кожей может приводить к появлению наводки сети переменного тока на соответствующих каналах, которая распознается по частоте (50 Гц) и синусоидальной форме. Этот артефакт может быть легко подавлен включением режекторного фильтра электроэнцефалографа.

Еще одним источником артефактов является электростатическое поле, возникающее на одежде больного, кресле или кушетке, на которой он располагается. Артефакты этого типа выглядят, как острые или медленные потенциалы в нескольких отведениях и связаны с движениями больного или перемещениями медперсонала рядом с ним.

Общими правилами устранения физических артефактов являются: минимизация электродного импеданса, качественная установка нулевого электрода, равноудаленного от остальных электродов, собирание всех электродных проводов в общий пучок, расположение как можно дальше электродной коробки и больного от стен с электропроводкой и прочих источников электрических помех, качественное заземление металлических конструкций и приборов, находящихся в комнате проведения исследований.

Физиологические артефакты.

Глазное яблоко имеет электроотрицательный потенциал порядка 1 мВ между внутренней частью глаза и его наружной частью. При движении глаз этот корнео-ретиальный потенциал наводится на ЭЭГ с максимальным проявлением в лобных отведениях и с постепенным затуханием к задним областям. Эти потенциалы устраняются фиксацией взора пациента по инструкции. Спонтанный нистагм глазных яблок, особенно вертикальный, приводит к значительной по амплитуде артефактной активности в передних отведениях. Их исключению помогает фиксация глазных яблок с помощью рук больного.

Потенциалы мышц, особенно височных и шейных, могут значительно исказить картину ЭЭГ. Устраняются расслаблением больного.

Потенциалы сердца имеют вид периодических пиков, строго синхронизированных с ЭКГ. Они более выражены в монополярных отведениях, особенно у тучных больных. Единственным способом минимизации амплитуды артефактов ЭКГ является изменение способа отведения биопотенциалов – например, переход от монополярного монтажа к биполярному.

Волны сосудистых пульсаций – артефакты, связанные с изменением переходного импеданса электродов при пульсации поверхностных сосудов, находящихся под этими электродами, чаще под одним. Устраняются небольшим смещением электрода, лучше, в переднее-заднем направлении.

Кожно-гальванические потенциалы – потенциалы, возникающие при эмоциональном напряжении вследствие изменения сопротивления кожи, обычно встречаются в лобно-височных отделах. Эти артефакты имеют низкочастотный характер (ниже 1 Гц). При повышенной вегетативной реакции больного волны более выражены и могут усиливаться при функциональных нагрузках. Частично эти артефакты устраняются тщательным обезжириванием кожи.

Заключение. Артефакты могут значительно исказить картину электрической активности мозга и затруднять интерпретацию тех или иных ЭЭГ-феноменов. Поэтому на медсестре лежит большая ответственность в записи ЭЭГ. Она должна их видеть и устранять, так же следить за состоянием пациента во время записи.

УДК: 616.06

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА, КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Кочетова Анна Михайловна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Задачей медиков в современных реалиях является мотивация населения к здоровому образу жизни, что означает для каждого человека профилактику болезней и укрепление здоровья. Стоматологическое здоровье зависит от общего состояния организма, поведения и привычек

человека, а также особенностей окружающей среды. Одним из основных компонентов любой программы профилактики является стоматологическое просвещение населения, которое должно предшествовать и сопутствовать важнейшему компоненту – обучению гигиене полости рта.

Материалы и методы. Стоматологическое просвещение включает в себя мотивацию населения в целом и индивидуума, в частности, к поддержанию здоровья, а также обучение правилам рациональной гигиены полости рта. Это предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья, и касается населения всех возрастов. Методы просвещения, предусматривающие заинтересованное участие населения (беседы, лекции, семинары, урок, игры) называются активными. Их преимуществом является непосредственная взаимосвязь и взаимодействие специалиста и аудитории, что обеспечивает наилучший эффект воздействия. Пассивные методы не требуют присутствия медицинского работника, воздействуют длительное время и на большую аудиторию. Их недостаток – отсутствие обратной связи. Однако, если уровень учебных материалов высок, эффект воздействия пассивных форм на население возрастает. Стоматологическое просвещение имеет 3 организационные формы: массовая, групповая, индивидуальная.

Убедить пациента изменить свои привычки или приобрести новые – очень трудный и долгий процесс, связанный с врожденной боязнью перемен, которая присуща человеку. Этот процесс идет медленными, повторяющимися шагами и на первых стадиях обратим. Для того, чтобы убедить население регулярно и правильно чистить зубы, необходимы усилия не только стоматологов, но и врачей других специальностей, а также среднего медицинского персонала, педагогов, воспитателей детских садов, психологов. Однако, именно на стоматологов ответственность за стоматологическое просвещение, поскольку они должны разрабатывать все научно обоснованные информационные материалы и обучать других специалистов. Формы проведения занятий с населением зависят от возраста, образовательного и культурного уровня. Целесообразно начинать мотивацию с педагогов и медицинских работников детских учреждений, школ – объяснить им цель и задачи профилактики, их роль в реализации программы. Затем организовать встречи с родителями детей, объяснить им возможность и важность предотвращения заболеваний зубов и десен, разъяснить правила и особенности чистки зубов у детей. К сожалению, родители не всегда уделяют

должное внимание гигиеническому уходу за полостью рта своих детей. В то же время, именно семья оказывает самое важное влияние на ребенка, так как привычки родителей служат моделью для поведения детей.

При привлечении родителей к выполнению программ, направленных на улучшение здоровья детей, происходит улучшение стоматологического здоровья и родителей, потому, что наиболее важны те манипуляции, которые люди проделывают сами. Важным этапом является мотивация детей. Занятия с детьми должны быть дифференцированы по возрасту. Мотивация взрослого населения особенно трудна, так как многие люди считают, что учиться им нет необходимости, что они достаточно знакомы с причинами кариеса и болезней десен и методами их предупреждения. Поэтому их надо убедить в необходимости изменения своих привычек для улучшения состояния полости рта.

Заключение. Чтобы произошло улучшение стоматологического здоровья на уровне популяции, необходимы усилия не только специалистов, но и общества в целом. Мероприятия должны носить долговременный характер, что необходимо учитывать при планировании программ стоматологической профилактики. Личная ответственность человека за сохранение своего стоматологического здоровья – это отказ от вредных привычек, сбалансированное питание, правильное жевание, устранение жевательной ленности, регулярная качественная гигиена полости рта.

УДК: 616.31

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИННОВАЦИИ В ПОСТДИПЛОМНОМ ПРОЦЕССЕ ПО СТОМАТОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

**Кочетова Анна Михайловна, Тесля Ольга Анатольевна,
Певзнер Бэлла Михайловна,**

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Образовательный процесс в ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» по специальности «Стоматология» и образовательной программе «Сестринское дело в стоматологии» строится на

принципах компетентностного подхода, инновационных технологий и ориентирован на потребности практического здравоохранения региона. Постоянно совершенствуется система подготовки специалистов, которая обеспечивает основные параметры организации и мотивации образовательного процесса, регулирование качества подготовки обучающихся. Инновации в образовании – это целенаправленные нововведения, целью которых является получение стабильных и более эффективных результатов. Применительно к педагогическому процессу инновации означают введение нового в цели, содержание, методы и формы обучения и воспитания, организацию совместной деятельности обучающего и обучающегося, имеющие целью повышение их эффективности. Особенность современного медицинского образования составляет то, что наука все больше внедряется в учебный процесс, в связи с чем в функцию преподавателя входит преобразование научной информации в учебную на современном уровне. Цели педагогической деятельности полифункциональны, а комплексные педагогические задачи решаются с помощью современных методик преподавания конкретных наук.

Материалы и методы. Задачей преподавателя является ориентирование специалистов на постоянное профессиональное развитие, самообразование, развитие профессиональных компетенций, конкурентно способную деятельность. В группах зубных врачей и медицинских сестер стоматологических кабинетов мы применяем разнообразные современные образовательные технологии и инновации и составляющие их методы, средства и формы целесообразно тематике и учебным целям: информационно-рецептивный, репродуктивный, проблемный, частично-поисковый, исследовательский методы, в форме современных лекций (информационная, визуальная, проблемная, бинарная, пресс-конференция с использованием мультимедиа-технологий, учебных фильмов), активные и интерактивные формы обучения: семинары, дискуссии, практические занятия с симуляционным обучением (в кабинетах доклинической практики № 6 «Стоматология» и № 30 «Санэпидрежим»), используются ситуации «кейсы», исследовательская деятельность (конференция, «Круглый стол», «Конкурс профессионального мастерства», проектные методы), самостоятельная работа, групповые и индивидуальные формы организации учебно-познавательной деятельности. Проблемно-ориентированное обучение зубных врачей.

Результаты и обсуждения. Результатом творческого взаимодействия в современной педагогике является инновационная педагогическая технология

проблемно-ориентированного обучения с индивидуальным подходом – «Кейс методы». Это техника обучения, использующая описание реальных профессиональных ситуаций. Сложная многоаспектная технология, включающая операции исследовательского процесса и аналитические процедуры; специалисту приходится работать в условиях недостаточной определенности ситуации, действовать «по обстановке». Это способ коллективного обучения, форма развивающего обучения, разновидность проектной технологии. Мы используем Кейс-ситуационные задания при профессиональной переподготовке зубных врачей и гигиенистов. Практико-ориентированное обучение зубных врачей и медицинских сестер стоматологических учреждений базируется на компетентностном подходе, предполагающем усиление практической направленности. Основой такого подхода является интеграция образовательного процесса с деятельностью лечебно-профилактических учреждений, что позволяет создать единое образовательное пространство для практической медицины, достичь целей при переподготовке и повышении квалификации кадров, активно взаимодействовать и обмениваться опытом с коллегами медиками, что проявляется в проведении занятий на учебных базах – в стоматологических организациях города Нижнего Новгорода и Нижегородской области, а также проведении выездных циклов повышения квалификации (ПК) без отрыва от работы и профессиональной переподготовки специалистов по запросу медицинских организаций (Областная стоматологическая поликлиника, учебный центр «Центр развития стоматологии»).

Заключение. Для положительного взаимодействия с обучающимися в учебных группах используются педагогические приемы: сотрудничество преподавателя со слушателями, вариативность взаимодействия с группой, малых творческих групп, индивидуальный подход, создание условий для самореализации обучающихся взрослых, развитие творчества, здоровьесберегающие технологии, создание для обучающихся ситуаций уверенности и успеха. Учитываются различительные качества контингента учебной группы: возраст, стаж работы, особенности профессионального опыта, личностные характеристики. Осуществляется методическая помощь и модерация самостоятельной работы. За 2015 по 2018 годы проведено 12 учебных научно-практических мероприятий (175 участников), участие в конкурсах УИРС (2-е место 4 участника), успеваемость 100%, качественный показатель 94,5%, средний балл 4,6.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Насибуллина Ляйсан Рустемовна,

КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж», г. Киров, Россия

Аннотация. В данной статье проведена оценка риска возникновения ИСМП в медицинских организациях, рассматривается профилактика данных инфекций.

Введение. Доктрина профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), представляет собой декларацию о политике государства в области эпидемиологической безопасности медицинской помощи. Это система взглядов и положений, устанавливающая направления профилактики ИСМП, способы и формы их реализации. По заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения, ни один тип медицинских учреждений ни в одной стране не может претендовать на то, чтобы быть свободным от риска возникновения ИСМП. Четыре ключевых положения лежат в основе риск-ориентированного подхода к ИСМП: 1 – риск ИСМП в медицинской организации существует всегда; 2 – риск ИСМП определяется степенью агрессии и инвазии, эпидемиологической безопасности применяемых медицинских технологий, свойствами возбудителей и условиями больничной среды; 3 – необходимость перехода от оценки и управления эпидемиологической ситуацией по заболеваемости к оценке потенциального риска, риск-менеджменту и риск-ориентированным технологиям профилактики; 4 – эпидемиологическая безопасность – неотъемлемая составляющая обеспечения качества и безопасности медицинской помощи.

Проблема ИСМП неразрывно связана с формированием и широким распространением госпитальных штаммов возбудителей ИСМП, обладающих тотальной резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, что существенным образом влияет на качество лечения пациентов и эффективность профилактических мероприятий. При этом, как правило, случаи ИСМП связаны с нарушениями требований санитарных правил и нормативов, санитарно-противоэпидемического и дезинфекционно-стерилизационного режимов.

Эпидемический процесс при любой инфекции возникает и реализуется при взаимодействии трех факторов – биологического, природного и социального.

Биологический фактор эпидемического процесса ИСМП характеризуется, с одной стороны, многообразием микроорганизмов, обуславливающих их развитие, с другой – низкой резистентностью пациентов, находящихся в медицинских организациях различного профиля.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – это любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, которое поражают больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки.

Материалы и методы. Возбудители ИСМП представлены тремя группами микроорганизмов. Первая группа – патогенные возбудители традиционных инфекций: шигеллез, кори, краснухи, гриппа, туберкулеза и др. Вторая группа – облигатные паразиты, патогенность которых проявляется в условиях стационара при широком применении лечебных и диагностических манипуляций. К этой группе относятся вирусные гепатиты В, С, D, ВИЧ-инфекция. Третья группа – условно-патогенные микроорганизмы, облигатные и факультативные паразиты, которые вызывают гнойно-септические инфекции. К ним относятся стафилококки, синегнойная палочка, протей, анаэробные микроорганизмы и др.

Основными категориями источников возбудителей ИСМП являются пациенты, окружающая среда и медицинский персонал. Различают два типа развития ИСМП: при экзогенном и эндогенном заражении.

Эндогенное заражение связано с собственной микрофлорой пациента, когда происходит активизация местной флоры и занос микробного агента из других органов и тканей. При экзогенном заражении источником возбудителя инфекции могут быть больные или персонал, а также объекты окружающей среды, в которых накапливаются возбудители. Наибольшее значение как источника ИСМП имеют пациенты с клинически выраженным заболеванием, а также носители.

Окружающая среда как источник возбудителей госпитальных инфекций имеет наибольшую важность при условно-патогенных микроорганизмах, которые сохраняются и размножаются в различных увлажняющих устройствах, растворах для парентерального введения, некоторых антисептиках и дезинфектантах.

Медицинский персонал как источник возбудителя инфекции представляет опасность при наличии инфекционного поражения кожи, а также при формировании у них носительства, когда происходит размножение

микроорганизмов в различных биотопах без признаков инфекции (колонизация).

Результаты и обсуждение. Рассматривая пути профилактики ИСМП, стоит отметить, что в этом процессе играет значительную роль регулярное и полноценное наблюдение за всеми пациентами, находящимися в больнице. Такое наблюдение должно быть направлено на своевременное выявление инфекционных заболеваний, в особенности в ОИТ и среди групп пациентов с особым риском. Чтобы точно выявить источник инфекции, чувствительности к антимикробным средствам и подобрать правильное лечение антимикробными препаратами для борьбы с заболеванием, применяется диагностическая процедура *in vitro*. Помимо этого, важно точно определить и ограничить возможные эпидемические болезни, наблюдая за больными, входящими в группу риска. Такие мероприятия помогают своевременно предпринять меры для профилактики ИСМП и исключить появление источника инфекции.

Мероприятия по профилактике ИСМП важно предпринимать как для определенных пациентов, так и для всего медицинского учреждения. Контроль за состоянием окружающей среды в больнице включает следующие пункты: регулярная проверка состояния воздуха, воды и поверхностей; строгий контроль очистки и регулярная промывка оборудования, санитарная обработка помещений; в случае необходимости больного пациента изолируют от остальных.

Также к методам профилактики ИСМП можно отнести контроль за распространением инфекции: мониторинг пациентов, которые находятся в группе риска; соблюдение правил гигиены рук и проведение комплексных гигиенических процедур; следование всем санитарным условиям при проведении терапии; правильное применение антимикробных средств; применение катетеров лишь при определенной надобности.

Заключение. Внимательное слежение за состоянием медицинского учреждения: устранение вспышек заболеваемости; автоматическое оповещение об инфекционных процессах, которые проявляют особую стойкость к используемым антимикробным средствам; передача и управление сведениями; скоординированная отчетность высокого уровня; надзор и отслеживание возможной эпидемии.

Список литературы:

1. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

2. Руководство «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в акушерских отделениях / стационарах». – М., 2012.

3. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Ежегодный эпидемиологический отчет за 2014 год – устойчивость к противомикробным препаратам и инфекции, связанные со здравоохранением.

4. Найговзина Н.Б., Попова А.Ю., Бирюкова Е.Е., Ежлова Е.Б., Игонина Е.П., Покровский В.И., Акимкин В.Г., Тутьельян А.В., Шестопалов Н.В. и др. / Оптимизация системы мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации // Журнал Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018; 1:17-26.

5. Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Игонина Е.П. Надзор за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства при оказании медицинской помощи в целях обеспечения ее качества и безопасности. Вестник Росздравнадзора. 2016; 1:74-80.

УДК: 616.12

ОПАСНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Огарева Лариса Геннадьевна,

*ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. Существует более полутора десятков различных нарушений ритма и проводимости сердца. Причин возникновения нарушений ритма и проводимости очень много, от нарушений обмена электролитов до серьезных заболеваний сердца и других органов. Нет четкого определения какие нарушения ритма следует относить к острым, неотложным состояниям, так как даже легкие формы аритмии могут переходить в более тяжелые и угрожающие жизни пациента, поэтому медсестра в данной ситуации должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. Медицинская сестра не ставит ЭКГ-диагноз, но должна знать и выявлять опасные нарушения для своевременного оказания пациенту квалифицированной медицинской помощи.

Введение. В практической деятельности медсестры встречаются ситуации, которые требуют от нее оказания неотложной помощи, самостоятельного принятия решений с учетом того, что своевременная и адекватная доврачебная помощь в большой мере определяет дальнейшее течение и прогноз заболевания. Выполняя манипуляции, необходимо знать теоретические основы для выявления грубых нарушений на электрокардиограмме для своевременного оказания пациенту квалифицированной медицинской помощи.

Существует более полутора десятков различных нарушений ритма и проводимости сердца. Причин возникновения нарушений ритма и проводимости очень много, от нарушений обмена электролитов до серьезных заболеваний сердца и других органов. Приступы острых нарушений ритма обычно возникают внезапно, к ним ведут стресс, ошибки в приеме лекарств. Признаки нарушений сердечного ритма разнообразны. Основные жалобы – это ощущение перебоев в работе сердца, усиленное или замедленное сердцебиение.

При нарушениях ритма и проводимости бывают потеря сознания, бледность кожи, потливость, снижение или повышение артериального давления, дискомфорт в грудной клетке. Аритмии сердца можно отнести к разряду самых динамичных патологий. Часто возникают внезапно, среди полного здоровья и нередко представляют чрезвычайную угрозу жизни больного. Нет четкого определения, какие нарушения ритма следует относить к острым, неотложным состояниям, так как даже легкие формы аритмии могут переходить в более тяжелые и угрожающие жизни пациента.

Материалы и методы. Необходимо обратить внимание на впервые возникшую параксизмальную тахикардию, параксизмальную желудочковую экстрасистолию, мерцательную аритмию и полную атриовентрикулярную блокаду.

Среди нарушений ритма выделяют:

- тахикардии частота пульса более 100 ударов в минуту, наджелудочковые и желудочковые,
- брадикардии частота менее 50 ударов в минуту, наджелудочковые и желудочковые,
- аритмии, экстрасистолы.

В настоящее время аритмии классифицируются на три большие группы:

1. аритмии, обусловленные нарушением образования электрического импульса,

2. аритмии, связанные с нарушением проводимости,
3. комбинированные аритмии, механизм которых состоит в нарушениях как проводимости, так и процесса образования электрического импульса.

Классификация фибрилляции предсердий:

Впервые выявленная фибрилляция предсердий (ранее у пациента не обнаруживалась):

- пароксизмальная – эпизод длительностью до 7 дней (обычно не более 24 часов) самостоятельно купировавшийся;

- рецидивирующая пароксизмальная ФП – второй или последующие эпизоды;

- персистирующая (устойчивая) ФП – длительность фибрилляции более 7 дней, непрекращающаяся самостоятельно;

- рецидивирующая персистирующая ФП второй или последующие эпизоды персистирующей ФП.

Постоянная форма фибрилляции предсердий – длительно существующая, при которой синусовый ритм нельзя удержать.

При впервые возникших пароксизмах показана госпитализация, купирование приступа, медикаментозное лечение.

Вторая группа изменений, требующая внимания: коронарная недостаточность и инфаркт миокарда.

Коронарная недостаточность – ишемические нарушения в миокарде в связи с коронарным атеросклерозом и коронарным несоответствием при различных состояниях. Наиболее ответственна диагностика ишемической болезни сердца, при которой наблюдается несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и возможностью коронарных артерий обеспечить эту потребность. Наблюдаются три зоны: ишемия, повреждения, некроз.

Ишемия характеризуется изменением зубца Т, повреждение сегмента ST, некроз комплекса QRS.

Ишемия – состояние кратковременное и преходящее. Она сопровождается различными биохимическими изменениями и электрическими нарушениями. Структура клетки сохранена. При ишемии характерен отрицательный, симметричный, остроконечный зубец Т. Чем больше отрицательная амплитуда Т, тем вероятнее его ишемический генез.

Повреждение – химические изменения клетки миокарда в ответ на длительную ишемию. При ишемических изменениях пациенту рекомендуется госпитализация.

Некроз сердечной мышцы называется инфарктом миокарда. Некроз приводит к гибели кардиомиоцитов, сердечной мышцы и выпадению потенциалов миокарда. При локализации некроза инфаркт подразделяется на субэндокардиальный, интромуральный, субэпикардиальный и трансмуральный.

Клинически и кардиографически инфаркт разделяется на несколько стадий: острейшая, острая, подострая и постинфарктная.

Острейший период продолжается от 30 минут до 2 часов и переходит в острую фазу от 2 до 10 дней. Подострая фаза длится до 4–5 недель. Постинфарктный период, рубцевание 3–6 месяцев. На ЭКГ поднимается сегмент ST, патологический зубец Q, двухфазный или отрицательный зубец T. При обнаружении инфаркта на ЭКГ пациент транспортируется в больницу, в лежачем положении.

Заключение. Медицинская сестра не ставит ЭКГ-диагноз, но должна знать и выявлять опасные нарушения для своевременного оказания пациенту квалифицированной медицинской помощи. Для этого ей необходимы глубокие теоретические знания в области электрокардиографии.

УДК: 004.9

ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С ПОЗИЦИЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГРАМОТНОСТИ

**Певзнер Бэлла Михайловна, Мазина Евгения Израилевна,
Возова Тамара Сергеевна,**

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Обязательным условием стабильного развития здравоохранения является его информатизация. Этот процесс имеет целью создание оптимальных условий для сбора учётно-отчётных данных органами государственной власти и управления, удовлетворения информационных потребностей рядовых сотрудников здравоохранения и реализации прав пациентов. В основу создаваемой в настоящее время Единой информационной системы в сфере здравоохранения и социального развития лежит принцип единого информационного пространства. При этом

«информационная пирамида» трансформируется в «информационный куб», что ведет к естественному уничтожению межуровневой отчетности.

Материалы и методы. Информационные системы и технологии, используемые в здравоохранении, создаются и функционируют на протяжении уже более трёх десятилетий. Компьютерная грамотность медицинского персонала разного уровня становится значимым ресурсом развития системы здравоохранения. Не случайно согласно Федеральному государственному образовательному стандарту среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело» перечень общих компетенций медицинской сестры/медицинского брата (по углубленной подготовке) включает в себя способность использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенствования профессиональной деятельности (ОК 5).

С целью составления портрета специалиста сестринского дела с позиций оценки уровня компьютерной грамотности в апреле 2018 г. на базе ГАУ ДПО НО ЦПКППСЗ выполнено наблюдательное исследование с участием слушателей образовательных программ «Сестринское дело при инфекциях», «Сестринская помощь детям», «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии» методом анкетирования.

Расчёт необходимого количества респондентов был выполнен согласно требованиям математической статистики. Минимальный необходимый объём выборки в подобном исследовании (в зависимости от желаемой точности результата) равен от 15 (при вероятности ошибки в пределах 5%, что допустимо) до 40 медицинских сестёр (при вероятности ошибки в пределах 3%). Реально было опрошено 64 чел. Таким образом, результаты опроса можно экстраполировать на всё сообщество среднего медицинского персонала.

Результаты исследования. В группе опрошенных преобладали слушатели из областного центра (60,9%), что естественно для очных циклов обучения, проводимых на базе областного образовательного учреждения.

Большинство респондентов (93,8%) являются работниками государственных учреждений, что соответствует структуре системы оказания медицинской помощи в государстве в целом (по данным Минздрава РФ за 2017 г. из 5357 больничных организаций России негосударственными являются 266 (5,0%).

Большинство опрошенных имеют достаточно высокий профессиональный уровень – доля специалистов высшей и первой квалификационных категорий составляет 61,0% группы, что несколько выше,

чем показатель Нижегородской области 2015 г. (45% медицинских сестёр региона), т. е. наш портрет характеризует в большей степени именно квалифицированного специалиста сестринского дела.

Заключение. Многие надежды на улучшение качества и доступности медицинской помощи, на повышение эффективности управления и использования имеющихся ресурсов связываются с широким внедрением информационно-компьютерных технологий в практическую медицину. Однако этот процесс немыслим без соответствующей подготовки кадров. В среднем специалист сестринского дела имеет невысокий уровень владения компьютером и осознаёт это. Подавляющее большинство опрошенных имеет доступ к компьютеру дома или на работе (более 80%). Интерес медицинских сестёр к изучению новейших информационных технологий весьма значителен, что приводит нас к заключению о необходимости расширения объёмов образовательных программ по информационным технологиям в системе последиplomного образования медицинских работников.

УДК: 614.253.52

РАСШИРЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ДЛЯ РАБОТЫ В КАЧЕСТВЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПЕРИОД УГРОЗЫ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Поздеева Татьяна Васильевна, Носкова Вера Анатольевна,
Туличев Александр Александрович,
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия**

Аннотация. Для преодоления кризиса в медицинских организациях, связанного с острым дефицитом медицинского персонала, разработаны нормативные документы, позволяющие студентам медицинского вуза работать в медицинских организациях (МО). Проведенное исследование показало готовность студентов к выполнению сестринских манипуляций, а также выявило ряд навыков, требующих более глубокого освоения.

Введение. Обеспечение кадрами системы здравоохранения всегда была актуальной проблемой. Государство последовательно принимает ряд документов призванных способствовать снижению дефицита медицинских кадров системы здравоохранения, повышению их квалификации и мер социальной поддержки [1]. Эпидемия новой коронавирусной инфекции

привела к обострению проблемы нехватки медицинского персонала в большинстве стран мира, которая связана с повышением нагрузки на системы здравоохранения и заболеваемостью медиков. Власти сразу нескольких российских регионов на фоне роста заболеваемости коронавирусом заявили об остром дефиците врачей и медработников среднего звена.

Для преодоления кризиса в медицинских организациях, связанного дефицитом медицинского персонала и в целях реализации мер по организации медицинской помощи в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 на территории страны еще в апреле 2020 г. был издан совместный приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства науки и высшего образования [2].

Еще раньше был решен вопрос о допуске студентов к работе в должностях среднего медицинского персонала [3].

Материалы и методы. С целью совершенствования подготовки студентов медицинского ВУЗа к работе в должностях среднего медперсонала нами проведено исследование с помощью специально разработанных анкет. Изучение мнения о готовности студентов к работе в должности медицинской сестры (палатной или процедурной) приняли участие сестринский персонал МО города Нижнего Новгорода (n=144) и студенты Приволжского исследовательского медицинского университета (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России) 4–6 курса (n=119).

Результаты и обсуждение. В соответствии с Порядком допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала, медицинский Университет (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России) разработал Положение о допуске лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала.

Допуск к работе в должностях среднего медицинского персонала осуществляется на основании Выписки из протокола заседания специально созданной комиссии, которая принимает решение на основании сдачи экзамена, состоящего из трех этапов: тестирование, практические навыки и собеседование.

Ежегодно в комиссию обращается более 600 соискателей из числа обучающихся Университета. К экзамену допускаются лица, освоившие 3 и более курса образовательной программы высшего медицинского образования. К этому времени обучающиеся уже освоили такие дисциплины как «Уход за больными», «Неотложная помощь», «Пропедевтика внутренних болезней», прошли практическую подготовку на учебной и производственной практике, а также элективную дисциплину «Актуальные вопросы COVID-19». Для всех желающих организован симуляционный курс «Основы сестринского дела».

Проведенное исследование готовности студентов к работе на сестринских должностях показало, что практикующие медицинские сестры в целом положительно относятся к работе студентов в МО. Установлено, что считают необходимым привлечение студентов к работе в должностях среднего медперсонала большинство медицинских сестер (96,5%). Подавляющее число студентов (92,5%) 4-6 курсов Университета также высказываются за необходимость такой деятельности. По мнению респондентов, это обусловлено дефицитом сестринских кадров в стране, так считают около 63,0 из 100,0 исследуемых обеих групп. Указывают на существующую в данный момент потребность в связи со сложившейся эпидемической обстановкой (COVID-19) 87,5 средних медработников и 45,3 из 100,0 опрошенных студентов ПИМУ.

Необходимость совмещения очного обучения и трудовой деятельности заставляет студентов «выбирать» ночные смены, выходные и праздничные дни. Кроме того, по мнению 23,5 из 100,0 студентов, такой график студентов совместителей обусловлен нежеланием основных сотрудников работать в ночные смены, выходные и праздничные дни.

Около 58,0% исследуемых респондентов (медсестры и студенты) отмечают достаточный уровень теоретических знаний для выполняемой работы. Однако, обе группы анкетированных отмечают недостаточные умения для самостоятельного проведения некоторых манипуляций (таблица).

Первые три ранговые места среди навыков, которыми недостаточно владеют студенты, пришедшие работать в отделение, медицинские сестры отводят внутривенным манипуляциям (взятие крови и введение препарата), ведению медицинской документации, уходу за постоянным мочевым катетером Фолея. Медицинские сестры отмечают, что каждый третий студент не владеет навыками ухода за больными с коронавирусной инфекцией, а каждый пятый – имеют затруднения при установлении контакта с пациентами.

Таблица. Распределение ответов о недостаточных умениях в проведении сестринских манипуляций по мнению исследуемых респондентов (на 100,0 опрошенных)

Манипуляции	Медицинские сестры	Студенты	p
Внутривенное введение л/с (струйно)	68,1	38,6	p<0,01
Взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы	62,5	67,2	p>0,05
Постановка очистительной клизмы	18,1	43,6	p<0,01
Постановка газоотводной трубки	16,7	45,5	p<0,01
Уход за постоянным мочевым катетером Фолея (у мужчины)	33,3	67,2	p<0,01
Гигиеническая обработка рук	11,1	1,7	p<0,01
Надевание стерильного халата	12,5	1,7	p<0,01
Надевание стерильных перчаток	9,7	1,7	p<0,01
Установление контакта с пациентом, проведение беседы и разъяснение (предоставление) необходимой информации, инструктирование перед исследованием	18,8	9,2	p<0,05
Правильное заполнение и ведение медицинской документации	41,0	-	-
Особенности ухода за пациентами с коронавирусной инфекцией	32,6	18,5	p<0,05

Следует отметить, что единодушно высоко медицинские сестры и студенты оценивают владение следующими практическими навыками: постановка согревающего компресса и горчичников, общая термометрия, измерение артериального давления, подсчет числа дыхательных движений, применение грелки, кормления больных, внутримышечное, подкожное (внутрикожное) введение лекарственного препарата.

Закключение. Таким образом, проведенное исследование показало: студенты желают и готовы работать в должностях среднего персонала; навыки, полученные к концу третьего курса, практикующими сестрами в целом оцениваются как достаточные для работы палатными медицинскими сестрами; выявлены отдельные навыки, которые требуют более глубокого освоения. Анализ результатов исследования позволил скорректировать содержание дисциплин по формированию компетенций сестринского дела на всех факультетах Университета.

Список литературы:

1. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598: сайт – <http://kremlin.ru/acts/bank/35262>.
2. Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего медицинского образования в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации: Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства науки и высшего образования от 27 апреля 2020 г. № 378/619: сайт – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_351522/.
3. Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала: Приказ Минздрава России от 27.06.2016 № 419н: сайт – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_202449/.

УДК: 377.45

КОУЧИНГ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБУЧЕНИЯ

**Полянская Татьяна Александровна, Салова Светлана Геннадьевна,
Салов Алексей Николаевич,**

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. В работе рассмотрены вопросы использования коучинга как инновационной технологии современного обучения в системе дополнительного профессионального медицинского образования, освещены задачи, принципы и техники коучингового подхода.

Введение. Такое явление как «коучинг» в образовательной среде является принципиально новым направлением в педагогической науке и практике, в основе которого лежит постановка и максимально быстрое

достижение целей путем мобилизации внутреннего потенциала, освоения передовых стратегий получения результата. Слово *coach* (англ.) на русском языке означает наставлять, тренировать и воодушевлять. Коучинг – это синтез тренинговых технологий. Это не только метод управления и взаимодействия с людьми, способ мышления или стиль поведения, это своеобразная философия, предполагающая эффективность в различных видах деятельности, в том числе и в преподавании.

Подготовка специалистов в системе непрерывного медицинского образования представляет собой сложный процесс. Чтобы реализовать эту социально значимую цель, необходимо не только обновить содержание и технологии образования, но, сориентировать систему подготовки специалистов на формирование социально и профессионально активной личности. С другой стороны, запрос, исходящий от современного общества к педагогике, предлагает по-новому взглянуть на роль педагога и на сам процесс, что в свою очередь потребует пересмотра компетенций педагога. Эффективный коучинг – это метод управления, метод взаимодействия со слушателями, способ мышления, способ бытия. Эффективный коучинг ведет преподавателя к достижению цели, приносит удовлетворение и радость, от которой выигрывают все участники образовательного процесса. При использовании методологии коучинга в процессе обучения роль педагога значительно обогащается, как в традиционном, так и в электронном обучении. Это не только функция передачи знаний и обучения навыкам, но и еще реализация функции стимулирования интереса к обучению, движения к осознанности, развития сильных сторон, раскрытия потенциала слушателя, что позволяет сделать процесс преподавания более интересным и эффективным.

Методы исследования. В проведенном исследовании применялся комплекс следующих методов: анализ отечественных исследований по принципам и подходам использования коучинга в современном профессиональном образовании, анализ собственной педагогической деятельности.

Результаты и обсуждение. Вопросы внедрения коучинга в систему российского образования рассмотрены в работах Зыряновой Н.М., Кларина М.В., Рыбиной О.С., Максимовой З.Р. Коучинг представляет собой форму консультативной поддержки, которая помогает человеку достигать значимых для него целей в оптимальное время путем мобилизации внутреннего потенциала, развития необходимых способностей и формирования новых навыков. Основная задача коуча – поддерживать у обучающегося

уверенность в своих силах, сформировать у них адекватную самооценку. Вера обучающихся в свои возможности, степень их осознания способствуют высокой учебно-познавательной мотивации и формированию ответственности за свою учебу [2].

Как пишут Э. Парслоу и М. Рэй, «вы не можете никого ничему научить, прежде чем человек сам этого не захочет; вы можете привести лошадь на водопой, но не в ваших силах заставить ее пить!». Очень важно, чтобы обучающийся в совместной работе с коучем смог определить свои личные цели, прийти к пониманию того, для чего ему необходима учебная деятельность [1].

Данные принципы позволяют создать новый подход к процессу обучения, внести интерактивные элементы, новый смысл, как для педагогов, так и для обучающихся, создать вовлеченность в процесс, повысить мотивацию и ответственность за результат. Инновационный подход предполагает осознание и использование качественно новых личностных категорий, которые должны стать не просто желательными качествами педагога, а настоящими ключевыми профессиональными компетенциями. Технологии коучинга могут быть использованы не только как стиль преподавания, но и как способ взаимодействия с коллегами и обучающимися. Такой подход позволяет по-новому взглянуть на суть самого процесса и открывает новые возможности для развития эмоционального интеллекта преподавателей [3].

Учебная деятельность будет являться эффективной лишь в том случае, когда обучающийся примет на себя ответственность за ее результаты. Полезным здесь является совместное с коучем планирование процесса достижения цели и составление его плана. В этот план должны быть включены ответы на основные вопросы коучинга:

- Что именно мне необходимо достигнуть?
- Как это конкретно будет выглядеть?
- Зачем мне это нужно?
- Как я узнаю о том, что достиг желаемого?
- Когда я готов начать этот процесс?
- Когда этот процесс завершится?
- Что конкретно мне следует делать?
- Какие возможны препятствия на моем пути? и др.

Модель процесса коучинга складывается из нескольких четко определенных этапов:

1. Постановка цели и осознание её реальности.

2. Анализ необходимых составляющих успеха.
3. Анализ имеющихся возможностей.
4. Определение путей достижения цели, выбор стратегии.
5. Мониторинг достижения цели и анализ результатов.

Для каждого из этих этапов в арсенале профессионального коуча есть соответствующий набор инструментов и техник, из которых он подбирает наиболее оптимальную комбинацию для каждого конкретного слушателя и каждого конкретного случая.

Техники коуча.

Открытые вопросы, провоцирующие на размышления, дискуссии и звучащие в нас потом еще много часов и дней. Вопросы, которые продвигают.

Колесо баланса. На занятиях оно может покатить нас в разные стороны. Как глубоко мы готовы продвинуться в разных направлениях? Для составления колеса баланса нарисуем окружность (на доске, флипчарте, на листе бумаги) и разделим ее на 8–10 равных частей. Эти части могут заполняться самым разным содержанием (разделы в изучении темы, элементы занятия, этапы проекта и т. д.). Визуализация позволяет выделить главное, найти правильное соотношение, составить план, оценить себя.

Пирамида логических уровней. В эту конструкцию укладывается работа по освоению любого материала. Снизу вверх. Кто, когда и с кем? Что делал, будет делать? Как именно? Почему и зачем? Какова моя роль в этом процессе? Для кого и для чего я буду ее выполнять? Итак, на вершине оказывается тот самый личностный смысл, который иногда так трудно пристегнуть к уроку формально-назидательными способами. Этот метод незаменим для проектирования совместных дел, обсуждения планов на будущее.

Включение творческого разума. «Три стула», «Три шляпы» и особенно «Стол менторов» – об этих приемах педагогам говорить не надо, все знают: они отлично работают с тупиками типа «мы не подготовились», «не поняли темы» и т. п. Используются самые разные подходы: предложить выбрать «особые» шляпы или стулья, предложить всей группе пригласить авторитетных экспертов, которые и отыщут выход из положения.

Линия времени. Учит каждого управлять временем урока и личным временем. Линия времени – это удобный визуальный образ для прорисовки целей и определения шагов их реализации.

Заключение. Таким образом, коучинг, как инновационная технология обучения, оказался кладезем полезных педагогических приемов и является

одним из ресурсных аспектов в педагогической деятельности, предполагает выведение взаимоотношений между преподавателем-коучем и его слушателями на новый уровень межличностного взаимодействия на основе заинтересованности, педагогики сотрудничества и гибкости при решении возникающих проблем, разделенной ответственности за результаты обучения.

Список литературы:

1. Коучинг в обучении: практические методы и техники / Э. Парслоу, М. Рэй. – СПб.: Питер, 2003. – С. 204.

2. Рыбина О.С. Образовательный коучинг для личной эффективности и профессиональной компетентности студентов // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы международной научной конференции, г. Уфа, 2011. – С. 112-114.

3. Фелькер Е.В., Бароян М.А., Хамитова А.Г., Игнатенко В.Н. Коучинговые технологии в образовательном процессе // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 6-2. – С. 270-271.

УДК: 614.2

МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ LEAN-КОМПЕТЕНЦИЙ КАК СРЕДСТВО ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НОВОЙ ФОРМАЦИИ

Пчелина^{1,2} Надежда Владимировна, Поздеева¹ Татьяна Васильевна,
*¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия*
²ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж», г. Арзамас, Россия

Аннотация. Статья посвящена проблеме формирования инновационного специалиста – медицинской сестры, владеющей навыками использования инструментов бережливого производства в своей профессиональной деятельности. Приведены результаты исследования нужд сестринского персонала в формировании lean-компетенций, а также характера и масштаба образовательных потребностей студентов Арзамасского медицинского колледжа. Предложена модель формирования инновационных компетенций по использованию инструментов бережливого производства у студентов медицинского колледжа и практикующих медицинских сестер, выделены основные направления разработанной модели, подчеркивается необходимость ее создания.

На сегодняшний день одним из приоритетных векторов отечественного здравоохранения является повышение эффективности и доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Масштабной инициативой решения поставленных задач стал проект «Бережливая поликлиника», разработанный с целью улучшения качества оказываемых медицинских услуг и опробованный в 2016 году в трех российских поликлиниках [1]. Успех пилота способствовал трансляции полученного опыта на всей территории страны: к 2022 году количество медицинских организаций, участвующих в тиражировании проекта должно составить не менее 2000 единиц, что обуславливает потребность отрасли в специалистах, способных работать в инновационных условиях [2].

Поскольку сестринский персонал играет значительную роль в обеспечении и развитии ПМСП и от эффективности его деятельности у пациента формируется представление о качестве медицинского обслуживания, то на сегодняшний день остро встает вопрос трансформации содержания всех уровней профессиональной подготовки медицинской сестры - как базового, так и последиplomного [3, 4].

Система профессионального образования в этой связи рассматривается как стратегический ресурс [5], обеспечивающий формирование сестринского кадрового потенциала, обладающего инновационной компетентностью как совокупным результатом сформированных компетенций по применению и внедрению современных lean-технологий, а также способностью и готовностью к эффективной работе в условиях «бережливой» поликлиники.

Определение маршрута подготовки новых сестринских кадров поиску путей эффективного и оптимального использования ресурсов в сфере здравоохранения, проблема формирования лидеров, несущих идеологию бережливости в своем сегменте деятельности, удовлетворение потребности медицинских организаций в специалистах, владеющих компетенциями в области lean-производства поставили перед ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж» задачу разработки модели формирования инновационной компетентности медицинских сестер по использованию инструментов бережливого производства в их профессиональной деятельности.

В рамках построения данной модели было проведено исследование нужд сестринского персонала ГБУЗ НО «Городская больница № 1», детской поликлиники и поликлиники № 3 ГБУЗ НО «ЦГБ г. Арзамаса» в формировании инновационных lean-компетенций, а также изучен характер и масштаб образовательных потребностей студентов Арзамасского

медицинского колледжа, степень их заинтересованности и готовности к овладению компетенциями, необходимыми для работы в условиях «бережливой» поликлиники. Исследование проводилось методом анкетирования.

Подавляющее большинство респондентов из числа практикующих медицинских сестер, оказывающих помощь в системе ПМСП (93,1%), хотели бы, чтобы на их рабочем месте применялись какие-либо новшества: были бы отрегулированы функциональные обязанности, использованы новые методики, технологии и т. п. 78,2% из них желали бы совершенствовать свою квалификацию, в том числе обучиться применению методов бережливого производства на своем рабочем месте.

Анализ предпочтений студентов по возможной модернизации содержания образовательного процесса показал, что расширить свои знания о применении «бережливых» технологий в здравоохранении, в том числе и о работе «бережливых» поликлиник, хотели бы 87,3% обучающихся, причем большая часть респондентов убеждена, что лучшему усвоению теоретического материала и практических навыков будут способствовать: создание учебного центра с обстановкой, приближенной к реальной «бережливой поликлинике» (69,5%); разыгрывание ситуаций, встречающихся в повседневной деятельности «бережливой поликлиники», – 92,9% от общего количества человек.

Полученные результаты показали, что в обеих опрашиваемых группах зафиксировано стремление к получению новых знаний и навыков в области применения инструментов «бережливого» производства, поскольку большинство респондентов считает расширение профессионального кругозора, повышение интеллектуального потенциала и формирование новых компетенций залогом эффективной организации деятельности сестринского персонала в рамках применения «бережливых» технологий, а также личной востребованностью в профессии.

В ходе разработки модели определен набор инновационных компетенций с ориентиром на знания, умения и навыки при их освоении, разработана методология формирования бережливой личности студента колледжа, обучающегося по специальности 34.02.01. «Сестринское дело» и практикующей медицинской сестры, оказывающей помощь в системе ПМСП.

Формирование компетенций применения инструментов бережливого производства у обучающихся происходит при изучении как отдельных учебных дисциплин, так и междисциплинарных курсов в рамках профессиональных модулей. Медицинские сестры амбулаторно-

поликлинических учреждений осваивают инновационные компетенции в рамках цикла повышения квалификации «Бережливое производство в здравоохранении».

Современным подходом к изучению и успешному применению инструментов бережливого производства на практике является создание в колледже образовательной модели «Бережливая поликлиника», что является уникальным образовательным форматом, позволяющим моделировать необходимые условия и воссоздавать не только реальные процессы, происходящие в медицинской организации, но и формировать желаемые изменения при внедрении организационных решений.

Учебная площадка дает возможность обучающимся и слушателям погрузиться в изучаемый процесс, оценить его, найти проблемы, генерировать собственные идеи по их разрешению, провести анализ улучшений, закрепить полученный результат и предложить дальнейшие направления повышения качества оказания медицинской помощи с применением методов бережливых технологий.

При формировании бережливой личности медицинского работника, наряду с познаниями в области применения lean-технологий, разработанная модель предусматривает развитие коммуникативной компетенции обучающегося и слушателя, поскольку осуществление профессиональной деятельности в условиях «бережливой» поликлиники не исключает выраженного интенсивного общения с пациентами. В рамках дисциплины ОП.12 «Психология общения» студенты получают не только определенные психологические знания, но и приобретают некоторые специальные навыки: умение устанавливать контакт с пациентом, слушать, строить беседу и формировать вопросы. Проводятся тренинги по владению собственными эмоциями, развитию способности сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Развитие коммуникативной компетенции у практикующих медицинских сестер проводится на занятиях цикла повышения квалификации «Бережливые технологии в здравоохранении», где слушатели обучаются формам ведения диалога, алгоритму действий в стрессовых и конфликтных ситуациях, методам разрешения конфликта и бесконфликтного взаимодействия. Особое внимание уделяется развитию мотивации и готовности сестринских кадров к нововведениям в профессиональной деятельности, развитию инициативности и личной ответственности за конечный результат деятельности медицинской организации.

Поскольку неотъемлемым компонентом бережливого потока создания ценности служит рационализация информационного потока, то приобретает

особую важность развитие компетентности сестринского персонала в сфере цифровизации здравоохранения. В рамках разработанной модели студенты и слушатели изучают специализированные информационные образовательные продукты «Поликлиника», «Дневной стационар», «Профилактика», знакомятся с автоматизированными рабочими местами сотрудника регистратуры, call-центра, отделения профилактики, работают с демо-версией программы «Medwork 3.2.».

Таким образом, учитывая насущную потребность практического здравоохранения в сестринских кадрах – современных специалистах в области применения lean-инструментов, «Модель формирования инновационной компетентности медицинских сестер по применению инструментов бережливого производства в их профессиональной деятельности» может рассматриваться как основной ориентир профессиональной подготовки медицинской сестры новой формации, а также в качестве адекватного средства формирования специалиста, способного оказывать медицинские услуги в условиях работы «бережливой» поликлиники.

Список литературы:

1. Камкин Е.Г. Создание новой модели поликлиники: от пилотного к приоритетному проекту / Е.Г. Камкин, Э.К. Вергазова, Г.Г. Введенский // Управление качеством в здравоохранении. – 2018. – № 1. – С. 20-24.

2. Китанина К.Ю. Бережливый менеджмент в здравоохранении / К.Ю. Китанина, А.Г. Ластовецкий // Вестн. новых мед. технологий: электрон. изд. – 2018. – Т. 12, № 2. – С. 114-121.

3. Алексеева Е.Е., Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В. Региональная система подготовки среднего медицинского персонала и основные направления ее совершенствования. Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 11 (2). – С. 87-93.

4. Эхте К.А., Дербенев Д.П., Вошев Д.В. К вопросу о роли медицинского образования в формировании специалиста в сфере здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 45-47.

5. Хусаенова АА., Насретдинова Л.М., Богданов Р.Р. Совершенствование подготовки медицинских сестер как актуальная проблема реформирования системы здравоохранения // Актуальные вопросы современной педагогики: сб. мат-лов IX Международной научной конференции. Самара, сентябрь 2016 г. Самара, издательство АСГАРД, 2016. – С. 57-59.

УДК: 614.253

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

Пырьева Елена Вадимовна,
*ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», г. Нижний Новгород,
Россия*

Аннотация. В современных условиях необходимость стандартизации продиктована временем, ведь без единых эталонов невозможно управлять качеством оказания медицинской помощи. Особенно важна стандартизация в функциональной и ультразвуковой диагностике, так как в их методах используются различные методики, сложное оборудование и специально подготовленные кадры.

В Клиническом диагностическом центре проводятся ультразвуковые исследования органов брюшной полости и почек, малого таза и молочной железы и т. д. Среди функциональных методик исследования представлены эхокардиография, электрокардиография, дуплексное сканирование сосудов, суставов и нервов, электроэнцефалография, видео ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания, суточное мониторирование артериального давления и ЭКГ и многое другое. Это формирует высокие требования к профессионализму среднего медперсонала, его взаимозаменяемости в отделах и качеству их подготовки. Стандартизация помогает организовать работу сестринского персонала с учетом жестких рамок методик, требований к уровню образования и снизить возможные риски.

В условиях распространения коронавирусной инфекции внедрение и использование стандартных операционных процедур снижают риски распространения Covid-19 при оказании плановой медицинской помощи, что позволяет оказывать качественную и безопасную медицинскую помощь экспертного уровня жителям Нижнего Новгорода и Нижегородской области на современном и высокотехнологичном оборудовании.

Введение. В современных условиях необходимость стандартизации продиктована временем. Особенно важна стандартизация в функциональной и ультразвуковой диагностике, так как в их методах используются различные методики, сложное оборудование и для работы необходимы специально подготовленные кадры.

Управление качеством сестринской помощи возможно только при использовании единых алгоритмов, подходов, то есть при использовании стандартов. Стандарт – это эталон, образец, единый и обязательный, научно обоснованный, принимаемый за исходное для сопоставления с ним других подобных объектов, действий и т. п., это нормативно-технический документ, устанавливающий основные требования к качеству услуг. Внедряя единый алгоритм действий персонала на конкретном рабочем месте, можно управлять качеством оказания услуги, влиять на удовлетворенность пациентов оказанной помощью и нивелировать различные потери по ходу выполнения процесса.

Для стандартизации процесса оказания диагностических услуг необходимо учитывать кадровый состав, которому надлежит выполнить определенный объем исследований, возможность ротации персонала при необходимости, материально-техническое оснащение отдела, оборудование и оснащение рабочих мест, особенности применяемой методики и контингента пациентов. Для того, чтобы учесть индивидуальные возможности и потребности медицинской организации, можно использовать стандартные операционные процедуры – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур на конкретном рабочем месте. При создании этих документов в учреждении ставятся следующие цели: контроль качества оказания медицинской помощи, соответствие порядкам и стандартам, формирование единого подхода к обучению персонала, совершенствованию их знаний и навыков, адаптацию новых сотрудников на рабочем месте.

В Клиническом диагностическом центре проводятся ультразвуковые исследования органов брюшной полости и почек, малого таза и молочной железы и т. д. Среди функциональных методик исследования представлены эхокардиография, электрокардиография, дуплексное сканирование сосудов, суставов и нервов, электроэнцефалография, видео ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания, суточное мониторирование артериального давления и ЭКГ и многое другое. Это формирует высокие требования к профессионализму среднего медперсонала, его взаимозаменяемости в отделах и качеству их подготовки.

Материалы и методы. При разработке стандартных операционных процедур использована кейс-технология: смоделирована конкретная ситуация, например, снятие ЭЭГ, какие возможны осложнения, какие артефакты могут появиться при записи и как этого избежать. Затем черновой вариант стандартной процедуры тестировался в реальных условиях, вносились корректировки. При оказании помощи в условиях

распространения коронавирусной инфекции потребовалось учесть требования санитарного законодательства [4, 5, 6].

Результаты и обсуждение. В Клиническом диагностическом центре проводится широкий спектр ультразвуковых и функциональных исследований. По каждой методике разработаны стандартные операционные процедуры с учетом требований нормативной документации [1, 2, 3]. Структура СОПов ГБУЗ НО «КДЦ» унифицирована, учтены кадровые и материальные ресурсы, особенности оказания помощи в условиях центра и взаимодействия между структурными подразделениями учреждения.

Стандартизирован и порядок проведения производственного контроля в части соблюдения сотрудниками порядка выполнения требований СОП руководителями сестринской службы от старшей медсестры до главной медсестры с формированием контрольных чек-листов. Единые требования формируют единый подход.

Но в условиях распространения коронавирусной инфекции требования санитарного законодательства при оказании медицинской помощи несколько изменились, что потребовало внесения поправок в уже существующие стандартные операционные процедуры. Вышли санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 9, методические рекомендации МР 3.1.0209-20 «Рекомендации по организации противоэпидемического режима в медицинских организациях при оказании медицинской помощи населению в период сезонного подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями и гриппом в условиях сохранения рисков инфицирования новой коронавирусной инфекцией (Covid-19)», которые определили порядок работы в новых условиях [4, 5, 6].

Первоначально все помещения Клинического диагностического центра были разделены на зоны риска, определен необходимый набор средств индивидуальной защиты. Наши отделы ультразвуковой и функциональной диагностики отнесены к зоне низкого риска, где достаточно ношения медицинской одежды и медицинской маски с соблюдением критериев смены.

Проведено предварительное обучение персонала работе в новых условиях, в том числе с использованием образовательных модулей на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, инструктажи на рабочем месте. Внесены актуальные

правки в действующие стандартные операционные процедуры по работе среднего медперсонала центра.

Организован входной фильтр на входе для пациентов и сотрудников с бесконтактной термометрией, запущен автобот, обзванивающий пациентов накануне посещения врача или проведения исследования, с целью выявления пациентов с признаками ОРВИ, контактных с больными коронавирусной инфекцией. Определена маршрутизация пациентов внутри центра, выделены отдельные для пациентов и лифт для сотрудников, чтобы потоки не пересекались. Оборудованы дополнительные места для проведения гигиены рук, ведется строгий контроль за соблюдением масочного режима, места ожидания в коридорах и холлах центра организованы с учетом социального дистанцирования.

На входе для сотрудников, помимо бесконтактной термометрии, оборудовано место для проведения гигиены рук, проводится мониторинг состояния сотрудников (сбор семейного анамнеза, фиксация показаний термометра, осмотр на наличие признаков ОРВИ). На рабочих местах уделяется большое внимание оборудованию мест для обработки рук всем необходимым, мебель расставлена в кабинетах таким образом, чтобы соблюдалась социальная дистанция между пациентами и персоналом там, где это возможно с учетом течения процесса, закуплены дополнительные рециркуляторы воздуха, работающие в течении всего приема

Заключение. Таким образом, стандартизация деятельности среднего медперсонала при проведении диагностических исследований позволяет оснастить всем необходимым рабочие места сотрудников, обучить персонал необходимой методике, правилам работы со сложным оборудованием, устранению артефактов, которые могут влиять на качество исследования. В условиях распространения коронавирусной инфекции внедрение и использование стандартных операционных процедур снижает риски распространения Covid-19 при оказании плановой медицинской помощи, что позволяет оказывать качественную и безопасную медицинскую помощь экспертного уровня жителям Нижнего Новгорода и Нижегородской области.

Список литературы:

1. Приказ МЗ РФ от 30 ноября 1993 г. № 283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения российской федерации».
2. Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991 № 13 «О совершенствовании службы лучевой диагностики» (с изменениями на 5 апреля 1996 г.).

3. Приказ Минздрава России от 26.12.2016 г. № 997н «Об утверждении правил проведения функциональных исследований» (вступил в силу 01.07.2017).

4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.05.2020 № 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

5. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 8 (03.09.2020).

6. Методические рекомендации МР 3.1.0209-20 «Рекомендации по организации противоэпидемического режима в медицинских организациях при оказании медицинской помощи населению в период сезонного подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями и гриппом в условиях сохранения рисков инфицирования новой коронавирусной инфекцией (Covid-19)».

УДК: 378

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТРЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

Чеснокова Татьяна Юрьевна, Возова Тамара Сергеевна,
*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

Введение. Важнейший фактор, призванный улучшить качество оказания медицинской помощи населению – высокая квалификация медицинского работника. В условиях возрастающего информационного потока, постоянного внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов, новых методов диагностики и лечения появилась потребность в постоянном повышении квалификации. Только постоянное непрерывное развитие медсестры создаёт основу для высокой эффективности её повседневной работы.

Материалы и методы. Система образования средних медработников реализует и предъявляет большие требования к качеству образования. Если раньше главной целью обучения была подготовка квалифицированного специалиста, то теперь оно ориентировано на человека, на повышение его интеллекта и духовного уровня. Задачей преподавателя является стремление

всё к большему повышению качества преподавания дисциплины, качества предоставляемых знаний и связи с другими предметами за счёт интегрированного обучения. Интеграция – (от латинского *integratio*) восстановление, восполнение, объединение в целое каких-либо частей, элементов [1]. «Интеграция – глубокое взаимопроникновение, слияние в одном учебном материале обобщённых знаний в той или иной области» [2].

Преимущества интеграции в обучении – это создание предпосылок для формирования не узко информированного специалиста, а творческой личности, которая целостно воспринимает мир и способна активно действовать в социальной и профессиональной сфере.

Исходя из вышеизложенного очевидно, что внедрение в педагогическую практику подобных занятий позволяет значительно повысить эффективность преподавания и усвоения полученных знаний.

Интегрированный урок – это особый тип урока, объединяющий в себе обучение одновременно по нескольким дисциплинам при обучении одного понятия, темы или явления, что очень важно при небольшом количестве учебного времени. В таком уроке всегда выделяются: ведущая дисциплина, (например, лабораторное дело, хирургия, терапия, массаж и т. д.), выступающая интегралом, и дисциплина вспомогательная, способствующая углублению, расширению, уточнению материала ведущей дисциплины (например, медицинская психология).

Примером интегрированного урока может быть занятие, проведенное нами в ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения», совместившее в себе дисциплины «анестезиология и реаниматология» и «медицинская психология». Занятие проводилось по теме «Подготовка больных к наркозу и операции. Оценка состояния больных перед операцией. Премедикация». Слушателями стали медицинские сёстры, проходившие повышение квалификации по специальности «Анестезиология и реаниматология».

Результаты и обсуждения. Основной целью проведения урока явилось формирование комплексных знаний среднего медицинского персонала в области анестезиологии и психологии при подготовке больного к наркозу и операции.

Для достижения поставленной цели предполагалось решение следующих задач:

- 1) расширить знания слушателей о подготовке больного к наркозу и операции;
- 2) научить их оценивать состояние больного перед операцией;
- 3) познакомить слушателей с видами и целями премедикации и др.

Кроме того, занятие позволяет развивать у слушателей наблюдательскую сенситивность, способность понимать состояние других людей, качеств и отношений людей и групп, необходимых в профессиональной деятельности медицинского работника, воспитывать у них чувство гуманизма, коллективизма, взаимопомощи, чувство такта, отзывчивости, а также чувство ответственности за свои знания.

Знания формировались на основе сочетания разнообразных методов (объяснительно – иллюстративных, частично поисковых, дискуссии, игры), средств обучения (мультимедийная программа, специальная литература по теме, справочники, методические указания) и форм обучения (групповая, фронтальная, парная, индивидуальная).

Само занятие имело следующую структуру:

1. Вводная часть.
2. Актуализация опорных знаний, необходимых на уроке.
3. Организация совместной деятельности преподавателя анестезиологии и медицинской психологии по подготовке больного к наркозу и операции.
4. Подведение итогов.

Особенностями интегрированного урока стали: чёткость, компактность учебного материала; взаимосвязь материала интегрируемых предметов на каждом этапе занятия; большая информационная ёмкость учебного материала за меньший период времени.

Заключение. В результате подготовки, проведения и последующего анализа проведенного интегрированного занятия нами были сделаны следующие выводы.

1) Проводить интегрированные занятия можно только с тем коллегой, который вызывает личную симпатию, с которым можно достичь определённой психологической совместимости и стать союзниками и единомышленниками, чётко видеть совместный интерес в интегрировании своих дисциплин. Только так можно достичь результативности и эффективности занятия.

2) Форма проведения интегрированных уроков нестандартна, интересна. Использование различных видов работы в течение занятия поддерживает внимание слушателей на высоком уровне, что позволяет говорить о достаточной эффективности уроков. Интегрированные уроки раскрывают значительные педагогические возможности.

3) Интегрированное занятие имеет ряд преимуществ: экономия времени, заинтересованность слушателей, стимулирование самостоятельности

слушателей, развитие умения сопоставлять, противопоставлять и синтезировать, приближение процесса обучения к жизни.

4) В ходе занятия создаётся больше возможностей для решения познавательных задач, высказывания предложений, реализации творческого потенциала, то есть, создаются условия для полного развития личности слушателя.

5) Интеграция даёт возможность для самореализации, самовыражения, творчества педагога, способствует раскрытию способностей.

УДК: 159.9

ВНУТРЕННЯЯ ГАРМОНИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ

Чеснокова Татьяна Юрьевна,

*ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов здравоохранения», г. Нижний Новгород,
Россия*

«Направь все свои усилия на созидание в себе таких качеств как ощущение своего достоинства и самоуважения. Тогда ты почувствуешь целостность и удовлетворённость». Макс Люшер (Max Lusher),
психотерапевт (Швейцария).

Введение. Одним из важнейших принципов существования и динамики Мира является закон гармонии, который можно сформулировать следующим образом: любой предмет вечной и бесконечной Природы и сама она в целом стремятся к некоему оптимальному состоянию и функционированию. Гармония – это оптимальная статическая и динамическая согласованность частей, характеристик целого предмета и оптимальная соотнесенность предмета с окружающим внешним миром.

Материалы и методы. Психическое здоровье, внутренняя гармония и гармония с окружающим миром редко даны человеку от природы сполна, чаще для этого требуются старания и соответствующая работа. К этому невозможно прийти без активного творческого отношения к собственной жизни. Отсутствие мотивации к самопознанию, саморегулированию, и саморазвитию создает основу для ослабления психологической устойчивости, а затем и к болезням. Отсутствие соответствующей психологической компетентности может быть причиной того, что человек не

осознает связи между эмоциональным дискомфортом, углубляющейся дисгармонией личности и соматическим расстройством.

В человеческой личности закон гармонии проявляется, с одной стороны, в виде интуитивного стремления к установлению оптимального внутреннего баланса разнонаправленных и противоположно направленных мотиваций, и, с другой стороны, в отыскании оптимальных соотношений своих желаний и установок с особенностями внешней окружающей среды. В конечном счете эти стремления призваны приводить нас к гармоничной жизнедеятельности в согласии с собой и с Миром.

Внутренняя гармония – это состояние сознания, которое воспринимает все окружающее, а также происходящее вокруг вас без личностных оценок. Когда вы прибываете в любви к окружающему вас миру, излучаете жизнь, здоровье, чистоту и положительные эмоции. Вам хочется творить и созидать чего-то новое и целостное. Часто гармония внутреннего мира рушится, когда человек переживает переломный момент в своей жизни или находится в некомфортном состоянии: различные переходные возрасты, поиск себя в новых жизненных обстоятельствах; конфликты межличностных отношений; потеря средств к существованию; невыносимые условия жизни; серьёзные физические (реже психические) заболевания, травмы; потеря близкого человека; неудовлетворённость имеющимися возможностями, желание иметь больше, чем получается заработать; чувство одиночества, нереализованность внутреннего потенциала, недовольство собой по этому поводу, прочие угнетённые состояния.

Если не считать действительно серьёзных несчастий, дисгармония является результатом накопления мелких неразрешённых проблем, накопившихся и лежащих тяжёлым грузом, давящих на подсознание. А наше подсознание так устроено, что подавляет, прячет глубоко то, что вызывает внутренний конфликт. Поэтому человеку легче справиться с серьёзными стрессами. Но нерешенное острое состояние переходит в хроническое, при чём, всё это относится к проблемам как физического, так и психического здоровья. Часто просыпаясь, мы даже не знаем, почему плохое настроение, а внутри какой-то «камень».

Заключение. Если вы узнали в этой ситуации себя стоит провести небольшую «ревизию» потаённого: запишите всё, что вас раздражает, ранит, беспокоит. На это можно потратить несколько дней. Затем, пройдитесь по каждому пункту списка. Напротив, обозначьте, что нужно сделать, чтобы устранить проблему. Когда в списке останутся пункты, которые вы не в силах изменить, начните глубокую моральную работу над проблемой. Убедите себя, достучитесь до подсознания и измените отношение к неприятности.

УДК: 614.2

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ХИРУРГИИ ИМЕНИ С.Г. СУХАНОВА» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (г. ПЕРМЬ)**

Чудинова Наталья Николаевна, Иванова Ольга Вячеславовна,
*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени
С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(г. Пермь), г. Пермь, Россия*

Аннотация. Современные инструментальные методы исследования имеют большое значение в диагностике сердечно-сосудистой патологии, способствуют более раннему их выявлению. Цель нашего исследования – изучить роль медицинской сестры в проведении диагностических исследований в Центре. Результаты. Проведен социологический опрос пациентов, проводившим инструментальные методы обследования как по функциональной диагностики, так и по ультразвуковым исследованиям. Социологическое исследование выявило дефицит знаний среди пациентов по вопросам подготовки к различным диагностическим исследованиям.

Ключевые слова: проведение функциональных и ультразвуковых исследований, социологический опрос, профессионализм медицинской сестры.

Введение. Современные инструментальные методы исследования имеют большое значение в диагностике сердечно-сосудистой патологии, способствуют более раннему их выявлению.

Чтобы исследование было более информативным и достоверным, необходимо правильно подготовить пациента к его проведению. На средний медицинский персонал возлагается ответственность проинформировать пациента о планируемой процедуре, как будет проводится исследование, что ждет пациента во время процедуры, что он может почувствовать, как правильно вести себя после исследования, проконтролировать выполнение пациентом всех этапов подготовки к исследованию, и при необходимости принять в них участие. Именно поэтому медицинская сестра должна быть осведомлена о целях, показаниях и противопоказаниях.

Цель работы: изучить роль медицинской сестры в проведении диагностических исследований ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь) (далее – ФЦССХ).

Материалы и методы: аналитический, социологический опрос.

Результаты и обсуждение. Диагностические исследования – это современное направление медицины, которое играет немаловажную роль в профилактике заболеваний, их лечении. В отделении функциональной и ультразвуковой диагностики используются все возможные методы диагностики, в том числе самые современные и эффективные. К инструментальным методам обследования пациента по функциональной диагностики относятся: электрокардиография, нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил-тест), спировелозергометрия (насыщение крови кислородом при физических нагрузках), суточное и многодневное мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, спирография; ультразвуковые исследования: 2-D трансторакальная эхокардиография с цветным доплеровским картированием, 2-D чреспищеводная (в том числе интраоперационная) эхокардиография, дуплексное сканирование брахицефальных артерий, дуплексное исследование экстракраниальных и интракраниальных сосудов артерий и вен нижних и верхних конечностей, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, органов малого таза, плевральных полостей, щитовидной железы.

Для проведения всех исследований используется современное оборудование, созданное по новейшим технологиям, позволяет получать максимально точные результаты в короткие сроки: УЗ-сканер ACUSON SC2000 фирмы SIEMENS Германия, Электрокардиограф 6-канальный Cardiovit «АТ-102» Schiller, Швейцария, Спирограф «MasterScrin», Jaeger Германия.

В отделении работают только высококвалифицированные специалисты с большим опытом работы: максимальный стаж работы врача ультразвуковой диагностики составляет 16 лет, врача функциональной диагностики – 25 лет, медицинской сестры – 29 лет.

В 2019 году количество функциональных и ультразвуковых диагностических исследований составило 90975 (в 2018 г. 84759).

Заключение результатов исследований проводит врач. Точность врачебного диагноза напрямую зависит от достоверности результатов проведённых исследований.

Медицинская сестра – специалист, который непосредственно участвует в проведении исследований пациента. На средний медицинский персонал возлагается ответственность проинформировать пациента о планируемой процедуре, проконтролировать выполнение пациентом всех этапов подготовки к исследованию и при необходимости принять в них участие. Возможности многих методов могут быть значительно ограничены, если не будет проведена соответствующая подготовка пациента к предстоящему

исследованию. Приведение такой подготовки – профессиональная компетенция медицинской сестры. Именно поэтому медицинская сестра должна знать цели, показания и противопоказания, особенности выполнения и возможные осложнения диагностических методов. Медицинская сестра должна знать значения отклонений в результатах исследований, которые требуют немедленных действий по оказанию медицинской помощи.

Медицинской сестре приходится быть психологом: учитывать индивидуальные особенности пациента, характер его заболевания, душевное состояние в момент проведения процедуры. Психологическая подготовка пациента заключается в максимально полном информировании пациента о целях проведения исследования, о правилах подготовки к исследованию, о возможных неприятных ощущениях. Медицинская сестра должна быть готова ответить на любой вопрос пациента о предстоящем исследовании.

Медицинская сестра должна учитывать способность пациента к восприятию информации. Если у пациента нарушена память или снижен интеллект, то необходимо проконтролировать усвоение информации или проинструктировать близких пациента, желательно предоставлять информацию в письменном виде, напоминать пациенту о необходимых действиях.

Медицинская сестра проявляет сочувствие, сопереживание, отзывчивость, в то же время выполняет эффективно свои профессиональные обязанности.

В рамках проведенного социологического исследования выявили дефицит знаний среди пациентов по вопросам подготовки к различным диагностическим исследованиям. Соответственно медицинской сестре приходится больше уделять времени для подготовки к процедуре. Были разработаны памятки, направление на повышение уровня знаний пациентов по вопросам подготовки к диагностическим методам исследования.

Заключение. Качественная подготовка к исследованию является необходимым условием для полноценного и быстрого проведения исследования, позволяет успешно и эффективно проводить манипуляции. Большая роль в подготовке пациента к различным исследованиям отводится медицинской сестре, что требует от специалистов среднего звена высокого профессионализма, индивидуального психоэмоционального подхода.

Список литературы:

1. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 04.06.2018) «О защите прав потребителей».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. 14.12.2015), с пересмотрами и изменениями). [Электронный ресурс]. – М., 2018. – Режим доступа: Система Консультант плюс.

Научное издание

**НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Дизайн обложки – А. Антонов

Издательство «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»
603022 Нижний Новгород, ул. Пушкина, д. 20, оф. 4.
Тел.: (831) 411-19-83 (85)
E-mail: remedium@remedium-nn.ru
WWW.REMEDIUM-NN.RU

Подписано в печать 11.12.2020 г.

Отпечатано «Издательский салон» ИП Гладкова О.В.
603022 Нижний Новгород, Окский съезд, 2, оф. 227.
Тел.: (831) 439-45-11

Тираж 500 экз.

www.cpkmetod.ru

Нижегородский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения располагает возможностями обучения с использованием передовых информационных и телекоммуникационных технологий, имеет оборудованные кабинеты доклинической практики.

Практические занятия проводятся в специализированных отделениях и лабораториях на базе лечебно-профилактических организаций в соответствии с профилем обучения. По окончании обучения слушатели, успешно сдавшие квалификационный экзамен, получают сертификат по заявленной специальности.

Разработанная и внедренная программа «Система учета, планирования и организации последипломного обучения среднего медицинского работника» позволяет эффективно решать задачи организации учебного процесса, управлять качеством образования, отслеживать исходный и итоговый уровни знаний слушателей за период обучения на основе контролирующих и обучающих компьютерных программ.



+7-831-432-05-30



medrabortniki@mail.ru

Дата создания образовательной организации: 23 мая 1990 года

Почтовый адрес: 603005, г. Нижний Новгород, улица Семашко, дом 22

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЕР КОНФЕРЕНЦИИ –
КОМПАНИЯ «РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ» («ООО МЕДИАЛЬ»)



8 (831) 411-19-83



remedium@remedium-nn.ru



remedium-nn.ru