

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Департамент здравоохранения Томской области
Департамент профессионального образования Томской области
ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж»
Ассоциация медицинских сестёр Томской области
ОГБОУ ДО «Учебно-методический центр
дополнительного профессионального образования»

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАНИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ И СОЦИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ

МАТЕРИАЛЫ

**II Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием**

г. Томск 20-21 ноября 2014 года

под редакцией профессора В.В. Орловой

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2014

УДК 614.2
ББК Ч48
И 665

И665 Инновационные технологии в образовании и здравоохранении: практическая реализация и социальный эффект: материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (*г. Томск 20-21 ноября 2014 г.*) / под ред. В.В. Орловой. – Томск: СибГМУ, 2014. – 262 с.

ISBN 978-5-98591-107-7

В сборнике представлены материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в образовании и здравоохранении: практическая реализация и социальный эффект».

Рассматривается широкий круг вопросов, касающихся подходов к управлению образовательным процессом, менеджмента в здравоохранении и применения информационных технологий, организации и управления сестринской деятельностью, экономические и правовые вопросы в здравоохранении, а также вопросы эмоционального выгорания.

Предназначено для руководителей учреждений образования и здравоохранения и специалистов-практиков.

УДК 614.2
ББК Ч48

Редакционная коллегия:

Булавко А.А.
Бобина О.С.
Крепак Е.П.
Ложкина Т.Ю.
Соловьева О.М.

Под редакцией

д-ра социол. наук, проф. Орловой В.В.

Текст статей представлен в авторской редакции

ISBN 978-5-98591-107-7

© ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, 2014

РАЗДЕЛ I

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ТЕХНИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Е.А. Колесникова, А.Ш. Махмутходжаев, Е.Г. Рипп
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Введение.

Путь обретения мастерства в эндоскопической хирургии – это путь проб и ошибок. Современные технологии обучения, в частности, медицинская симуляция, помогают не только отработать технику операций лапароскопическим доступом без ущерба для пациентов, но и позволяют сократить продолжительность периода накопления всех необходимых навыков, что позволяет специалисту, прошедшему обучение на симуляционном цикле, приступать к практической деятельности с уверенностью в своих силах, в более комфортном психологическом состоянии [1, 2, 3].

Материал и методы.

В исследование вошли 60 акушеров-гинекологов, проходивших обучение на практическом курсе «Лапароскопия в акушерстве и гинекологии» на базе Центра медицинской симуляции, аттестации и сертификации СибГМУ (г. Томск). Курсанты были рандомизированы на 2 группы по 30 человек. Основным критерием включения в исследование было отсутствие опыта самостоятельного выполнения гинекологических операций лапароскопическим доступом. Критерием исключения было отсутствие возможности у специалиста пройти курс обучения полностью.

Для работы на симуляторе «Lap mentor» (Simbionix, USA) каждый курсант имел в распоряжении по 45 минут ежедневно в течение десяти дней. В первой группе на каждом занятии выполнялась одна из гинекологических операций по поводу трубной беременности столько раз, сколько успевали курсанты за отведенное им время. Во второй группе занятие проводилась согласно предлагаемому нами методу, который заключался в ежедневном выполнении в течение 15 минут упражнений, направленных на развитие специальных лапароскопических навыков (работа с камерой, манипуляции одним и двумя инструментами, разделение тканей при помощи эндохирurgicalических ножниц и монополярных электродов), оставшиеся 30 минут посвящались проведению лапароскопических операций при эктопической беременности.

Для контроля процесса обучения в первый и последний дни цикла каждому курсанту предлагалось выполнить на симуляторе операцию удаления маточной трубы по поводу трубной беременности. Результаты операции фиксировались в оценочном блоке программы в виде отдельных количественных показателей (общее время процедуры, продолжительность электрокоагуляции, сопряженной с риском повреждения окружающих тканей, частота повреждения окружающих тканей и сосудов, эпизоды недостаточной коагуляции). Помимо автоматизированной программной оценки, действия курсантов подвергались субъективному анализу преподавателем по специально разработанной пятибалльной шкале, в которой учитывались эргономичность положения корпуса и рук, обращение с инструментами, точность, безопасность и аккуратность движений. Тестовая операция выполнялась специалистами только на этапах входного и выходного контролей, ее ход не отрабатывался на тренировочных

занятиях. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 8.0. Различия между группами принимались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Изучение анкет, заполненных курсантами, не выявило между сравниваемыми группами значимых различий по возрастным и профессиональным характеристикам. В ходе вводного контроля на компьютерных симуляторах и при субъективной оценке преподавателем курсанты обеих групп проявили свои оперативные лапароскопические навыки как неудовлетворительные (табл. 1, 2).

При проведении заключительной аттестации сравнение между группами показало, что курсанты, обучение которых включало выполнение специальных упражнений для развития лапароскопических навыков, демонстрировали значительно больший успех при выполнении контрольной операции (табл. 1). Это проявлялось в меньшей продолжительности времени общего времени и общего времени небезопасного использования электрокоагуляции, более редким повреждением сосудов и витальных структур. Субъективная оценка преподавателем этих курсантов также была выше, чем для группы сравнения (табл. 2).

Таблица 1

Показатели эффективности выполнения контрольной операции до и после обучения

Показатели	Входной контроль		Выходной контроль	
	Группа 1 n=30	Группа 2 n=30	Группа 1 n=30	Группа 2 n=30
Общее время, затраченное на операцию, сек	820±72	868±74	634±82	571±42
	p=0,66		p=0,01 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	
Продолжительность электрокоагуляции, сопряженной с риском повреждения окружающих тканей, сек	10±8	10±8	6±3	3±2
	p=0,85		p=0,01 p ₁ =0,004; p ₂ <0,001	
Частота повреждения сосудов*	2 [1, 2]	1 [1, 2]	1 [0, 1]	0 [0, 1]
	p=0,189		p=0,049 p ₁ <0,001; p ₂ =0,001	
Частота повреждения окружающих органов	4 [2, 5]	3 [2, 5]	2 [0, 3]	0 [0, 1]
	p=0,364		p=0,046 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	
Эпизоды недостаточной коагуляции	22 [12, 26]	16 [10,25]	11 [8, 17]	9 [6, 14]
	p=0,441		p=0,190 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	

Примечание: * - для данной и нижеследующих переменных значения приведены в виде медианы и интерквартильного размаха; p – значимость различий при сравнении между группами 1 и 2; p₁ – значимость различий при сравнении в группе 1 до начала обучения и по его окончании; p₂ – значимость различий при сравнении в группе 2 до начала обучения и по его окончании.

Таблица 2

Субъективная оценка преподавателем качества выполнения операции (баллы)

Показатели	Входной контроль		Выходной контроль	
	Группа 1 n=30	Группа 2 n=30	Группа 1 n=30	Группа 2 n=30
Эргономичное положение корпуса и рук*	4 [2; 4]	3 [3; 4]	4 [4; 4]	5 [4; 5]
	p=0,563		p=0,011 p ₁ =0,002; p ₂ <0,001	
Работа с камерой	3 [2; 3]	3 [2; 3]	4 [4; 5]	5 [5; 5]
	p=0,619		p=0,027 p ₁ =0,001; p ₂ <0,001	
Правильные захват и манипуляции инструментами	3 [2; 3]	3 [2; 3]	4 [4; 4]	5 [4; 5]
	p=0,444		p=0,012 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	

Взаимодействие с ассистентом	4 [3; 4]	4 [3; 4]	5 [4; 5]	5 [4; 5]
	p=0,709		p=0,446 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	
Точность движений	3 [2; 3]	2 [2; 3]	4 [4; 4]	4 [4; 5]
	p=0,471		p=0,048 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	
Аккуратность манипуляций и бережное отношение к тканям	3 [2; 3]	3 [2; 3]	4 [3; 4]	5 [4; 5]
	p=1,0		p=0,013 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	
Безопасность манипуляций	3 [2; 3]	3 [2; 3]	4 [4; 5]	5 [4; 5]
	p=0,766		p=0,049 p ₁ <0,001; p ₂ <0,001	

Примечание: * - для данной и нижеследующих переменных значения приведены в виде медианы и интерквартильного размаха; p – значимость различий при сравнении между группами 1 и 2; p₁ – значимость различий при сравнении в группе 1 до начала обучения и по его окончании; p₂ – значимость различий при сравнении в группе 2 до начала обучения и по его окончании.

Нужно отметить, что абсолютно все врачи, не зависимо от методики обучения, субъективно оценивали приобретенный опыт как положительный, отмечали у себя желание дальнейшего освоения техники лапароскопии на рабочем месте и уверенность в приобретенных навыках в качестве базы, на которой будет основываться их дальнейшая оперативная практика.

Заключение.

Введение в обучающий симуляционный курс специальных упражнений, направленных на развитие основных лапароскопических навыков позволяет более эффективно овладеть хирургической техникой, необходимой для выполнения лапароскопическим доступом гинекологических операций при эктопической беременности. Показано, что при применении нового метода обучения уменьшается время, затраченное на проведение операции, движения специалистов становятся более четкими и аккуратными. Отработка основных лапароскопических упражнений перед выполнением оперативного вмешательства на симуляторе позволяет получать навыки, характеризующиеся более высоким качеством по сравнению с навыками, полученными путем простого повторения операции на компьютерном тренажере. В практике это позволит добиться более высокого качества оказываемой оперативной помощи и добиться снижения частоты интра- и послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Fichera A., Prachand V., Kives S., Levine R., Hasson H. Physical Reality Simulation for Training of Laparoscopists in the 21st Century. A Multispecialty, Multi-institutional Study // Scientific Paper Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2005. V. 9. P. 125–129.
2. Gaba D.M. The future vision of simulation in healthcare// Quality and Safety in Health Care. 2004. V. 13. P. 2–10.
3. Satava R.M. Virtual reality surgical simulator: the first steps // Surgical Endoscopy. 1993. V. 7. P. 203–205.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУДОВЫХ ПРОЦЕССОВ И ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ПРИ НОРМИРОВАНИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Е.П. Крепак

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Современный этап развития здравоохранения предполагает по-новому ставить вопросы качества медицинской помощи, должный уровень которой может быть достигнут при соответствующем штатном обеспечении учреждений здравоохранения медицинским персоналом. Формирование численности медицинского персонала, рациональная расстановка и использование кадров, установление норм труда - наиболее значимые составляющие системы

нормирования труда в здравоохранении, которые базируются на отраслевых нормативных документах по труду. Однако, в настоящее время в учреждениях здравоохранения нормированием труда медицинских работников практически никто не занимается. Многие нормы, разработанные еще в Минтруда и НИИ Труда в СССР, устарели, а новые – не разработаны. Государство самоустранилось от решения проблем нормирования труда вообще, в том числе медицинского персонала.

Необходимость обновления существующей нормативной базы и разработки современных норм и нормативов по труду и усовершенствование существующих вызваны рядом причин, поскольку:

- существенно изменился характер патологии и тяжесть течения заболеваний, частота обращаемости, длительность и интенсивность лечения в связи с ухудшением экологической ситуации
- штатные нормативы большинства основных типов учреждений (областных, городских и районных больниц и поликлиник), не отвечают современным требованиям лечения и нуждаются в пересмотре
- быстрое развитие медицинской науки, внедрение современной техники и новых технологий в лечебно-диагностическом процессе, совершенствование инструментальных методов исследования существенно изменили характер и содержание работы врача и среднего медицинского персонала и также требуют серьезного изменения нормативной базы в здравоохранении.

Поэтому в Министерстве здравоохранения Российской Федерации в сентябре 2013 года была создана Межведомственная рабочая группа по организации нормирования труда и разработке профессиональных стандартов в сфере здравоохранения под председательством замминистра И.Н. Каграманяна; утверждены **пилотные субъекты** Российской Федерации, участвующие в проведении работ по разработке норм труда в здравоохранении, куда попала и **Томская область** (1).

Кафедра менеджмента в здравоохранении приняла участие в данном пилотном проекте по проведению фотохронометражных наблюдений за медицинскими работниками. Департаментом здравоохранения Томской области были определены **базы исследования**:

- ОБГУЗ «Медико-санитарная часть» №2

- МБУЗ «Томская центральная районная больница» Томского района

и **субъекты исследования** в городской и сельской поликлиниках, а именно:

- врачебный персонал (врач-педиатр, врач-терапевт, врач ОВП (общей врачебной практики) и
- сестринский персонал, работающий с данными специалистами (**всего 12 чел.**)

За каждым из 12-ти участников пилотного проекта было проведено **10-12 смен** фотохронометражных наблюдений в течении 4-5-ти недель (с 01.10.2013), что позволяет представить некоторую картину загруженности врачебного и сестринского персонала в течении смены и недели.

Выбор метода исследования (**фотохронометраж**) обусловлен тем, что он по сути сочетает два метода исследования затрат рабочего времени:

- **фотографию рабочего времени**, позволяющую установить в целом **время работы**, в т.ч.: подготовительно-заключительное время, оперативное время (основное и вспомогательное), время обслуживания рабочего места; **время перерывов**, а именно: время на отдых и личные надобности, потери рабочего времени или его нерациональное использование; анализ этих затрат времени в течении всей смены позволяет выявить болевые точки в организации труда медицинского персонала, установить причины нерационального использования рабочего времени и разработать мероприятия по совершенствованию организации труда врачебного и сестринского персонала

- **хронометраж**, при проведении которого более скрупулёзно рассматривается время оперативной работы (основное и вспомогательное), изучаются рациональные методы, приемы и движения труда, что в конечном итоге дает возможность повысить производительность и эффективность труда, внедрить научную организацию труда.

Поскольку субъектами исследования является медицинский персонал городской и сельской поликлиники, то данные исследования затрат рабочего времени позволяют сравнить результаты их использования в городских и сельских условиях, выявить особенности структуры рабочего времени в течение смены.

Сравним работу **врачей-педиатров** ОБГУЗ МСЧ № 2 (имеющую взрослую и детскую поликлинику, многопрофильный стационар, диагностическую службу и обслуживающую более 70 тыс. населения) и МБУЗ ЦРБ Томского района (имеющую стационар, поликлинику, станцию скорой медицинской помощи и ФАПы в поселках), за которыми было проведено **по 10** фотохронометражных наблюдений в течении смены за две недели (с 11.11.14г. по 29.11.14 г.)

В результате обработки полученных данных был проведен анализ потока пациентов, структуры и затрат рабочего времени врачей-педиатров данных поликлиник, которые отражены в таблицах 1 и 2, а именно:

1. Общее количество пациентов у врача–педиатра в сельской и городской местности отличается в 1,2 раза (283 и 242 пациента соответственно) и колеблется в смену
 - от 20 до 28 (в городе)
 - от 18 до 42 (в селе)
2. Общее время приема практически не отличается:
 - 1973,74 мин. (в городе)
 - 1965,46 мин. (в селе) – меньше на 8,28 мин.
3. В результате **среднее время приема пациента** значительно меньше (в 1,2 раза) в сельской ЦРБ по сравнению с городской поликлиникой (6,94 мин. и 8,15 мин. соответственно) и колеблется: - от 7,25 мин. до 9,03 (в городе) - от 6,03 мин. до 8,02 (в селе)

Таблица 1

Количество пациентов, общее и среднее время приема в городской поликлинике

Дни наблюдения	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день	7 день	8 день	9 день	10 день	всего
Количество пациентов	20	25	26	21	28	23	27	29	22	21	242
Общее время приема, мин	145	209	208,8	155,8	252,8	189,5	228,1	225	191,1	168,6	1973,74
Среднее время приема 1 пациента	7,25	8,36	8,03	7,42	9,03	8,24	8,45	7,76	8,09	8,03	8,15

Таблица 2

Количество пациентов, общее и среднее время приема в сельской поликлинике

Дни наблюдения	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день	7 день	8 день	9 день	10 день	всего
Количество пациентов	20	25	42	21	38	41	18	23	34	21	283
Общее время приема, мин	138	177	264,18	126,6	271,1	304,63	144,36	157,5	251,26	13,83	1965,46
Среднее время приема 1 пациента	6,9	7,1	6,29	6,03	7,15	7,43	8,02	6,85	7,39	6,23	6,94

В результате возникает вопрос: достаточно ли количество времени у врача на одного пациента (6-8 мин.) для того, чтобы в течение приема осуществить свою основную деятельность, включая сбор анамнеза, осмотр пациента, различные медицинские манипуляции (перкуссия, пальпация, аускультация и др.), выписывание рецепта, работу с другой медицинской документацией, тем более, что изначальное установление диагноза требует намного больше времени.

В одно посещение врачи-педиатры стремятся оказать максимальный объем медицинской помощи, но при данном потоке пациентов время приема на одного больного сокращается, что в свою очередь, снижает эффективность работы.

В результате анализа **структуры затрат рабочего времени** врачей-педиатров (см.таблицу 3) выяснилось, что основная доля рабочего времени приходится на время **оперативной работы:**

- **81,2 %** (136,7 мин.); в т.ч.: основное - 44,1 %, вспомогательное - 37,1 % (**в городе**);

- **89,8 %** (179,2 мин.); в т.ч.: основное - 49%, вспомогательное – 40,8 % (**в селе**)

Доля подготовительно-заключительного времени составляет соответственно: 15 % и 10,2 %

Время на обслуживание рабочего места у сельского врача отсутствует, а времени на отдых и личные надобности вообще нет.

Это говорит о большой загруженности врачей-педиатров и заставляет задуматься о том, что для рациональной работы врачей необходимо пересматривать нормы обслуживания на одного пациента и введения дополнительных ставок в штатное расписание городской и сельской поликлиники, либо установлением надбавок и доплат за интенсивность труда медицинского персонала.

Таблица 3

Структура затрат рабочего времени врачей-педиатров

Время работы	Врач-педиатр МСЧ «№ 2 (город)			Врач-педиатр ЦРБ (село)		
	всего, сек.	всего, мин.	всего %	всего, сек.	всего, мин.	всего %
Подготовительно-заключительное (ПЗ)	1515	25,25	15,0	1215	20,25	10,2
Оперативное время (ОП), в т. ч.:	8202	136,7	81,2	10751	179,2	89,8
- основное (ОПО)	4455	74,25	44,1	5863	97,7	49
- вспомогательное (ОПВ)	3747	62,45	37,1	4888	81,5	40,8
Обслуживания рабочего места	0	0	0	0	0	0
Время перерывов	387	6,45	3,8	0	0	0
ВСЕГО	10104	168,4	100	11966	199,45	100

При более скрупулёзном анализе оперативного времени выясняется, что очень большую долю времени врач-педиатр тратит не на основное время (44,1 % - в городе и 40 % в селе), а на вспомогательное (37,1 % и 40,8 соответственно), поскольку оно уходит на заполнение документации и дополнительного дублирования на компьютере.

Минздравом России был предложен свой словарь и терминология изучения затрат рабочего времени, при котором все время подразделяется на следующие виды деятельности:

- **Основная деятельность**, в т.ч.:
 - осмотр (общий осмотр, осмотр кожных покровов, костно-мышечной системы, полости рта и др)
 - перкуссия (органов грудной клетки, сердца, легких, брюшной полости)
 - пальпация (лимф. узлов, щитовидной железы, брюшной полости)
 - аускультация (органов грудной клетки, брюшной полости, подсчет пульса)
 - измерение артериального давления
 - функциональные пробы и др.
- **Вспомогательная деятельность**, включающая
 - переодевание, надевание халата, подготовка рабочего места, мытье рук,
 - технический перерыв на санобработку, время ожидания пациента к осмотру
- **Работа с документацией**, в том числе:
 - ознакомление с медицинской документацией, записи в различных журналах
 - выписки из амбулаторной карты, листков нетрудоспособности и др.
 - оформление рецептов, справок, медико-социальной экспертизы и т.д.
- **Служебная деятельность**, в том числе: конференции, занятия с медицинским персоналом, участие во врачебной комиссии, разговоры по телефону, консультации, лекции, беседы, проведение школы здоровья
- **Прочая деятельность** (чтение литературы, разговор с медицинским персоналом)
- **Личное необходимое время** (прием пищи, кратковременный перерыв и др.)
- **Незагруженное время** (опоздание на работу, преждевременный уход с работы и др.)
- **Посещение на дому** (время на дорогу, время, проведенное у пациента)

В разрезе данного подхода были получены следующие затраты рабочего времени врачей-педиатров МСЧ № 2 и ЦРБ, предложенные Министерством здравоохранения РФ для

разработки новой нормативной базы для медицинского персонала, расположенные в таблице 4 по убыванию времени:

1. Основную долю занимает **основная деятельность**- 53 % (в городе) - 71 % (в селе), которая в 1,3 раза выше по сравнению с работой городского врача
2. Работа с документацией «съедает» массу времени у обоих врачей:– 23 % и 21 % соответственно.
3. Вспомогательная деятельность у городского педиатра занимает в 3 раза больше времени, чем у сельского (12 % и 4 % соответственно)
4. Служебная деятельность практически одинакова – 5 % и 4 %.
5. Прочая деятельность у городского педиатра занимает также 4 % , а у сельского вовсе отсутствует.
6. Личного времени у сельского врача совсем нет, незагруженное время вообще отсутствует у обоих.

Таблица 4

Структура затрат рабочего времени врачей-педиатров
(в соответствии со словарем затрат рабочего времени Минздрава России)

Вид деятельности	Врач-педиатр МСЧ «№ 2 (город)			Врач-педиатр ЦРБ (село)		
	всего, сек.	всего, мин.	всего %	всего, сек.	всего, мин.	всего %
Основная деятельность	5325	88,8	53	8526	142,1	71
Работа с документацией	2292	38,2	23	2528	42,1	21
Вспомогательная деятельность	1315	21,9	12	445	7,4	4
Служебная деятельность	524	8,7	5	467	7,8	4
Прочая деятельность	385	6,4	4	0	0	0
Личное необходимое время	263	4,4	3	0	0	0
Незагруженное время	0	0	0	0	0	0
ВСЕГО	10104	168,4	100	11966	199,4	100

Данная структура рабочего времени показывает, что необходимо изменить работу врачебного персонала:

-во 1-х. уменьшить время работы с документацией, а именно, убрать дублирование, передать функции заполнения документов другому лицу, уменьшить количество дополнительной отчетности

- во 2-х, уменьшить количество пациентов на одного врача-педиатра, что позволит уменьшить неправильную постановку диагноза, а это, в свою очередь, увеличит эффективность лечебного процесса

- в 3-х, увеличить норму времени приема одного пациента до 20 минут и более в сложных случаях

- в 4-х увеличить количество штатных единиц врачебного персонала, установить надбавки и доплаты за дополнительную работу или за интенсивность труда в законодательном порядке, а не на уровне поликлиники, у которой фонд оплаты труда всегда ограничен

- в 5-х, ввести регламентированные перерывы на обед и отдых. Это приведет к увеличению производительности труда медицинского персонала, а соответственно изменится качество обслуживания

Наконец, обеспечить медицинский персонал современной компьютерной техникой и оптимизировать организацию труда врачебного и сестринского персонала.

Хочется надеется, что данные, полученные в результате проведенного фотохронометража многими регионами России в разрезе пилотных проектов, дадут объективную информацию для глобального пересмотра нормирования труда медицинского персонала.

Литература:

1. Протокол участников заседания Межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения под председательством заместителя Министра здравоохранения РФ И.Н. Каграманяна от 9 сентября 2013 года.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА – ВЗГЛЯД ПОТРЕБИТЕЛЯ

*А.А. Турица, Е.Ю. Сморганик
ГОУВПО ОмГМА Минздрава России, г. Омск*

Одним из основных принципов работы образовательного учреждения является высокая степень удовлетворённости потребителя образовательных услуг. Развитие системы медицинского образования отличается формированием профессионально готового к самостоятельной практике специалиста в условиях современного уровня материально-технической оснащённости здравоохранения. При реализации этой образовательной парадигмы учреждение сталкивается с вызовами времени: введение нового ФГОС (с вектором на формирование профессиональных компетенций), материально-техническое переоснащение системы здравоохранения. Все вышесказанное требует участия работодателя в формировании профессиональных компетенций специалистов и необходимости ведения особого практикоориентированного процесса [1,2,8]. Каждое образовательное учреждение в соответствии с принципами ISO 9001:2008 разрабатывает внутренние локальные акты, позволяющие в полной мере оценить степени удовлетворённости потребителей, качеством предоставляемых образовательных услуг. Оценка степени удовлетворённости обучающихся ОмГМА, представлена в инструкции И-СМК-03.8.01-2013. Прежде всего, в этом документе внимание уделяется методике проведения анализа несоответствий [1,9].

В течение последних двух лет в колледже ГБОУ ВПО ОмГМА проводилась оценка степени удовлетворённости студентов качеством образовательных услуг, качеством организации и проведения практики. Анкетирование было проведено на всех специальностях колледжа, общее количество респондентов составило в 2012/13 уч.г. – 658 студентов (62%); в 2013/2014 уч.г. – 392 студента (42%). При анализе полученных данных оценивались степени удовлетворённости и наличие необходимости предупреждающих действий.

При исследовании оценивались: интерес к практике в отделениях медицинских/аптечных организациях; помощь методических и непосредственных руководителей практики; доступность выполнения манипуляций; дисциплина на практике; объективность в оценке учебных достижений по практике; вклад практики в формирование общего уровня профподготовки; удовлетворённость качеством проведения практики.

На специальностях «Лечебное дело», «Лабораторная диагностика», «Фармация» показатели увеличились от 1 до 15 % по таким критериям как: интерес к практике, помощь методических и непосредственных руководителей практики, доступность выполнения манипуляций, объективность в оценке учебных достижений, вклад практики в формирование общего уровня профподготовки. Часть показателей оставалась стабильными (удовлетворённость качеством проведения практики, дисциплина).

Неблагоприятная ситуация отмечается на специальности «Сестринское дело», где практически все показатели удовлетворённости снизились от 2 до 6 %. Имеется тенденция к снижению интереса к практике у обучающихся (снижение на 6%).

В целом отмечается средняя степень удовлетворённости потребителя качеством проведения практики 83% в 2012/13 уч.г. и 85% в 2013/14 уч.г.

В целях разработки и реализации комплекса организационно-методических мероприятий в области современных образовательных медицинских симуляционных технологий, направленных на совершенствование системы приобретения профессиональных навыков в сентябре 2013 г. на базе колледжа открыт симуляционный центр, (выполнение приказа МЗ и СР РФ № 30 от 15.01.07) [7] регулярные занятия в котором позволяют отработать манипуляции, предусмотренные профессиональной программой специальности. Студенты начальных курсов посещают центр, в то время как занятия у старших курсов, в основном проходят на клинических базах, где студенты больше общаются с пациентом, проводят обследование.

Таким образом, исследование уровня удовлетворённости потребителей качеством практики, позволяет управлять этой формой учебного процесса. На основе анализа полученных данных, а точнее несоответствие ожиданий потребителей и возможностей для их реализации руководство колледжа разрабатывает предупреждающие и/или корректирующие действия, что в итоге отражается на качестве подготовке студентов. Достойный профессиональный уровень, которых подтверждают благодарственные письма от работодателей и востребованность наших выпускников на рынке труда.

Литература:

1. Егорова И.А., Шевченко С.Б., Казаков В.Ф., Турзин П.С. Медицинский аттестационно-симуляционный центр: от концепции создания до первых результатов функционирования
2. Капустина Л.М., Бабенкова А.В., Корпоративный клиент в системе маркетинга предприятия// Менеджмент в России и за рубежом. – 2010. – № 5.
3. Куш С.П. Маркетинг взаимоотношений на промышленных рынках / Высшая школа менеджмента СПбГУ. – 2-е изд. – СПб. : Высшая школа менеджмента ; СПбГУ, 2008.
4. Tapping D., Lnyster T., Shuker T. Value Stream Management: Eight Steps to Planning, Mapping and Sustaining Lean Improvements. – N.Y. : Productivity Press, 2002.
5. ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Система менеджмента качества. Требования».
6. Предводителева М.Д., Балаева О.Н. Подходы к управлению качеством услуг: фокус на потребителе // Менеджмент в России и за рубежом. – 2005. – № 2.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 января 2007 г. N 30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам
8. Свистунов А.А. Перспективы развития симуляционного обучения в системе профессионального медицинского образования . - Тезисы первого съезда Российского общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД-2012) - <http://www.rosomed.ru/2012/abstracts.html>
9. Фонтено Г., Хенке Л., Карсон К..Четыре метода оценки удовлетворенности потребителя// Business Excellence, апрель 2006 <http://ria-stk.ru/ds/adetail.php?ID=8535>

**ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ
ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

В.К. Ушаков, Н.В. Цуканова

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании Российской Федерации», Федеральными государственными образовательными стандартами среднего профессионального образования, Федеральной целевой программой развития образования на 2011 - 2015 годы приоритетными задачами среднего профессионального образования являются:

- Удовлетворение потребностей граждан в высококачественных профессиональных образовательных услугах;
- Подготовка высококвалифицированных, компетентных, конкурентоспособных специалистов;
- В процессе обучения использование передовых педагогических технологий при предоставлении профессиональных образовательных услуг [1].

В связи с этим на занятиях по разделу «Сестринский уход в терапии» мы стремимся применять современные педагогические технологии и активные методы обучения.

Мы отошли от стандартных методов обучения «вопрос - ответ» и используем технологии индивидуально-бригадного обучения (ТИБО), а также игровые технологии. Студент самостоятельно работает в роли «постовой», «палатной», «процедурной» и «старшей медицинской сестры», реализуя теоретические знания на практике. При проведении индивидуально-бригадного обучения студенты делятся на малые группы, в которых избирается лидер. Он информирует, дополняет и разъясняет, оценивает реакцию своих коллег, побуждает к творчеству в своей группе. Студентам предоставляется возможность проявить самостоятельность, оценить собственные силы. Преподаватель контролирует и направляет их деятельность. Лидер оценивает результаты работы в малой группе самостоятельно.

Технология индивидуального-бригадного обучения включает следующие компоненты: организационный момент, обоснование темы занятия преподавателем (мотивации), актуализация и контроль опорных знаний, индивидуальная работа студентов или работа

малыми группами, контроль, закрепление знаний и умений.

На заключительном семинарском занятии по разделу «Сестринский уход в терапии» используются «мозговой штурм» и приемы технологии Развитие критического мышления через чтение и письмо такие как «Знаем - Хотим узнать – Узнали» (З/Х/У), кластер, «Думай – Делись на пары – Делись мнениями».

При проведении «мозгового штурма» назначается секретарь, задача которого – буквально записывать все идеи, ассоциации, предложения, которые будут высказываться участниками. Запрещаются любые критические замечания, выражения пренебрежения, насмешки, скептические высказывания и другая явная или скрытая форма критики. Все идеи заведомо считаются достойными, имеющие право на существование.

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

Применяемые инновационные методики преподавания предусматривают использование возможностей коллективной деятельности для оказания помощи каждому студенту в успешном освоении учебного материала, выполнении манипуляций, решении ситуационных задач и тестов.

В соответствии с требованиями ФГОС студенты должны владеть навыками исследовательской деятельности. Выполняя самостоятельную внеаудиторную работу, студенты проводят индивидуальные исследования по заданию преподавателя, пишут рефераты, готовят статьи и доклады для участия в студенческих конференциях. Во время выполнения перечисленных работ, студент делает первые шаги к самостоятельному научному творчеству: он учится работать с научной литературой и источниками, приобретает навыки критического отбора и анализа необходимой информации. Исследовательская работа способствует углублению теоретических знаний, позволяет подготовить эрудированного специалиста, владеющего большим запасом информации, квалифицированно решающего профессиональные задачи. Она дает возможность самореализации, способствует интеллектуальному и творческому развитию, повышает престиж студента в глазах сокурсников.

Преподавателем используются различные формы совместной работы с представителями работодателя. В эту работу вовлекаются и студенты. Они участвуют в профилактической работе, школах здоровья, проводят беседы с пациентами, разрабатывают памятки, буклеты, оказывают практическую помощь сестринскому персоналу по уходу за больными. Совместно с преподавателем студенты активно участвуют в конференциях, проводимых в ЛПУ.

Все названные педагогические технологии и формы работы способствуют развитию критического мышления у студентов и умения планировать работу по решению проблем пациента. У студента формируются общие и профессиональные компетенции в соответствии с требованиями ФГОС.

Литература:

1. Геккиева А.Д. // Среднее профессиональное образование. - 2013. - №9.
2. Балашов, В.В., Лагунов, Г.В., Малюгина, и др. Организация научно-исследовательской деятельности студентов в вузах России.
3. Миронов, В.А., Майкова, Э.Ю., Социальные аспекты активизации научно-исследовательской деятельности студентов в вузах. – Тверь: ТГТУ, 2004.
4. Слепушенко И.О. Сестринское дело: проблемы и пути решения //Сестринское дело. – 2005. - №1.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

М.Е. Бакеренко

*ГАОУСПО Новосибирской области «Новосибирский медицинский колледж»,
г. Новосибирск*

Новосибирский медицинский колледж 85 лет на рынке образовательных услуг среднего профессионального медицинского и фармацевтического образования. Для подготовки кадров средних медицинских работников в г. Новосибирске в 1931 г. была создана фельдшерско-акушерская школа, на основе ее сформировался НМК.

НМК сегодня – ведущая профессиональная образовательная организация в системе здравоохранения Новосибирской области, число студентов и слушателей в 2014 году составило более 2,5 тысяч человек, из них 1,6 тысяч человек обучаются за счет средств областного бюджета

В 2004 г. колледж сертифицировал образовательные услуги на соответствие требованиям международных стандартов ISO 9001. В декабре 2013 года НМК прошел третью ресертификацию SMK применительно к предоставлению услуг в области среднего профессионального медицинского образования в соответствии с областью лицензирования и государственной аккредитации, о чем соответствует сертификат ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) от 17.12.2013, К № 24789 по всем направлениям подготовки колледжа.

Менеджмент качества образования является инновационным видом деятельности НМК. Согласно современным представлениям о гарантиях качества, внедрение подобной инновации обеспечивает конкурентоспособность колледжа на рынке образовательных услуг. Для этого все действия, совершаемые в процессе обучения, направлены на запросы потребителей: **участников образовательного процесса** (обучающихся, родителей, педагогических работников), **участников отношений в сфере образования** (работодателей - социальных партнеров и их объединений) для достижения одного результата – приобретение студентом образования, которое предоставит ему возможность быть востребованным учреждениями-работодателями и обществом для осуществления профессиональной деятельности.

Мнения потребителей о качестве образовательных услуг, оценка восприятия сотрудниками деятельности колледжа, отношение преподавателей и сотрудников к: условиям работы и услугам, имеющимся в колледже, оплате труда, признанию успехов и достижений; требованиям работодателей **показывает высокий уровень их удовлетворенности различными аспектами работы в колледже.**

Результаты социологического исследования работодателей по результатам совместной деятельности с НМК:

- удовлетворенность качеством подготовки специалистов НМК составила 94%;
- 100% респондентов готовы к совместной образовательной деятельности по подготовке специалистов среднего звена для города и области;
- 35% участвуют в подготовке специалистов по программам додипломной специализации;
- 100% отметили заинтересованность в сотрудничестве по программам повышения квалификации специалистов среднего звена;
- 100% считают студентов НМК подготовленными по вопросам профессиональной этики и деонтологии по отношению к больным и персоналу;
- 75% респондентов считают, что за время сотрудничества с НМК они получили ожидаемый результат от совместной деятельности.

В ходе реализации целей и задач маркетингового исследования выпускников, уровень их удовлетворенности предоставленными условиями для получения образовательных услуг, различными аспектами работы в колледже составил 68%; основная часть (около 95%) выпускников планирует связать свою дальнейшую деятельность с практическим здравоохранением. Степень удовлетворенности студентов учебно-воспитательным процессом и всеми другими сферами жизнедеятельности колледжа составляет 60%, удовлетворенность студенческой жизнью - 74%.

По данным социологических исследований преподавателей, уровень удовлетворенности различными аспектами работы колледжа:

- 98% опрошенных считают работу в НМК более престижной, чем работа в других ССУЗах г.Новосибирска;
- 83% удовлетворены условиями осуществления своей профессиональной деятельности;
- 77% - благоприятной морально-психологической атмосферой в коллективе;
- 51% - возможностью профессионального роста;
- 89% - динамикой развития колледжа.

В контексте основных направлений модернизации среднего профессионального образования НМК, как инновационное учреждение, сделал ставку на использование современных подходов к созданию системы управления качеством образования, идеологической основой которых является процессный подход к управлению качеством. Процессный подход наглядно демонстрирует результативность управления, уровень системности знаний, последовательности и преемственности. Показатели трудоустройства подготовки выпускников НМК по специальности, как измеряемый показатель качества подготовки специалистов составил в нашем учебном заведении 92%.

В результате реализации программ и проектов имеем взаимовыгодное сотрудничество:

- для МО (работодателя) – совместно разработанная программа и адаптированные, подготовленные к конкретной работе медицинские кадры;
- для ОО совместная разработка программной продукции, контролирующих материалов;
- лицензирование учебно-методических материалов.

Результаты экспериментальной и инновационной деятельности внедряются на клинических базах города Новосибирска - это программы специализации (более 30) с привлечением сотрудников МО, как соавторов программы, кураторов производственных практик и как преподавателей.

В целях повышения качества подготовки специалистов среднего звена в НМК созданы:

- «Областной координационно-методический центр» среднего профессионального образования Новосибирской области;
- «Учебный центр профессиональной квалификации в здравоохранении»;
- «Отраслевой совет по подготовке специалистов со средним профессиональным медицинским и фармацевтическим образованием в Новосибирской области»;
- Центр Симуляционного обучения, главной задачей которого является применение обучающих технологий с преемственностью и повторяемостью на всех профессиональных модулях обучения.

Уникальностью образовательных программ НМК является их максимальная ориентация и обязательное согласование содержания обучения с будущими работодателями (медицинскими организациями города и области).

Оценка социальной эффективности НМК отражает социальный результат управленческой деятельности и характеризует степень использования потенциальных возможностей коллектива для осуществления политики НМК, признание общественной значимости. Знание и понимание стратегических возможностей партнерских взаимоотношений, рачительное управление инфраструктурой, технологиями, материальными и финансовыми ресурсами, обеспечивает достойный уровень поддержки НМК Администрацией Новосибирской области и дополнительные преимущества совместной работы потребитель-поставщик.

НМК первый в регионе подтвердил соответствие качества подготовки выпускников ведущих специальностей Стандартам качества. По результатам независимой оценки качества образовательных программ, в соответствии со Стандартами качества образования АККОРК, установленными на основе рекомендаций Европейской ассоциации гарантий качества в образовании (ENQA), НМК получил оценку качества образования «по высоким стандартам» (свидетельство о общественно-профессиональной аккредитации основных образовательных программ НМК № 215 (АККОРК, ENQA).

Успешность НМК в значительной степени определяется:

- постоянным совершенствованием структуры управления образовательной деятельностью;
- применение принципов СМК в организации образовательного процесса;
- снижением управленческих затрат;

- обеспечением стабильности набора и сохранением контингента;
- повышением конкурентоспособности образовательных программ, в том числе дополнительных образовательных программ;
- формированием позитивного имиджа НМК и доверием к выпускникам НМК;
- обеспечением уверенности в высоком качестве приобретенных специалистами знаний, умений, культуры и способностей к профессиональной деятельности и самореализации;
 - созданием единой информационной среды и правового пространства для всех участников образовательного процесса.

Экономическая эффективность деятельности колледжа выражается в способности увеличить количество программной продукции и количество потребителей, при этом поддерживая неизменный уровень затрат. Результативность работы - это успешное достижение поставленных целей.

Руководство проводит планомерную работу по вовлечению персонала в разработку стратегии развития колледжа, совместно с Отделом качества планирует процессы улучшения, обеспечение качества образовательных услуг с учетом целей и задач, которые стоят перед структурными подразделениями; содействует персоналу, стремящемуся к улучшению образовательной деятельности, к качеству материально-технического и информационного обеспечения образовательного процесса. Взаимосвязи по горизонтали и вертикали, обмен опытом и знаниями, развитие компетентности персонала поощряются, мотивируются, стимулируются как моральными, так и материальными средствами.

Устойчивый успех деятельности НМК - результат способности решать поставленные задачи в конкретно обозначенные сроки и добиваться достижения долгосрочных целей, используя комбинации внутренних и внешних факторов и условий, которые могут повлиять на достижение целей.

Мы и далее намерены развиваться как учебное заведение, реализующее образовательные программы различных уровней с оптимальным сочетанием цены и качества.

Литература:

- стандарты и документы СМК внешнего происхождения в действующей редакции:
 1. ГОСТ ISO 9000 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
 2. ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) Системы менеджмента качества. Требования.
 3. ГОСТ ISO 9004 Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению.
 4. ГОСТ Р 52614.2-2006 Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования.
- стандарты и документы СМК внутреннего происхождения:
 1. СМК СМК НМК 8.2.3. Методика оценки результативности процессов СМК.
 2. СМК СМК НМК 7.2.3., 8.2.1. Порядок исследования требований и удовлетворенности потребителей.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ – ТРЕБОВАНИЕ ФГОС

О.С. Бобина

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Основная задача среднего профессионального образования заключается в формировании творческой личности специалиста, способного к саморазвитию и самообразованию, поэтому самостоятельная работа студентов является важной формой образовательного процесса.

Под самостоятельной работой студентов мы понимаем совокупность всей самостоятельной деятельности студентов, как в учебной аудитории, так и вне её, в контакте с преподавателем и в его отсутствии.

Самостоятельная работа реализуется:

- Непосредственно в процессе аудиторных занятий.
- В контакте с преподавателем вне занятий - на консультациях по вопросам учебных дисциплин, в ходе творческих контактов, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных заданий и т.д.

- В библиотеке, дома при выполнении студентом учебных и творческих задач.

Усиление роли самостоятельной работы студентов означает принципиальный пересмотр организации учебно-воспитательного процесса в образовательной организации, который должен строиться так, чтобы развивать умение учиться, формировать у студента способности к саморазвитию, творческому применению полученных знаний.

На данный момент самостоятельная работа, ее планирование, организационные формы и методы, система отслеживания результатов являются одним из наиболее слабых мест в учебном процессе образовательных организаций СПО, поэтому совершенствование самостоятельной работы студентов является приоритетным направлением в работе методической службы.

Активная самостоятельная работа студентов возможна только при наличии серьезной и устойчивой мотивации студентов. Самый сильный мотивирующий фактор - подготовка к дальнейшей эффективной профессиональной деятельности.

Среди внутренних факторов, способствующих активизации самостоятельной работы, выделяют следующие:

- Полезность выполняемой работы. Важно психологически настроить студента, показать ему, как необходима выполняемая работа.
- Участие студентов в творческой деятельности.
- Участие в олимпиадах по учебным дисциплинам, конкурсах научно-исследовательских работ и т.д.
- Использование мотивирующих факторов контроля знаний.
- Поощрение студентов за успехи в учебе и творческой деятельности и санкции за плохую учебу.
- Индивидуализация заданий, выполняемых как в аудитории, так и вне её, постоянное их обновление.
- Мотивационным фактором является личность преподавателя. Он может и должен помочь студенту раскрыть свой творческий потенциал, определить перспективы своего внутреннего роста.

Виды внеаудиторной самостоятельной работы разнообразны. В зависимости от цели виды самостоятельной работы можно объединить в группы: для овладения новыми знаниями (рис. 1), для закрепления и систематизации знаний (рис. 2), для формирования умений (рис. 3).

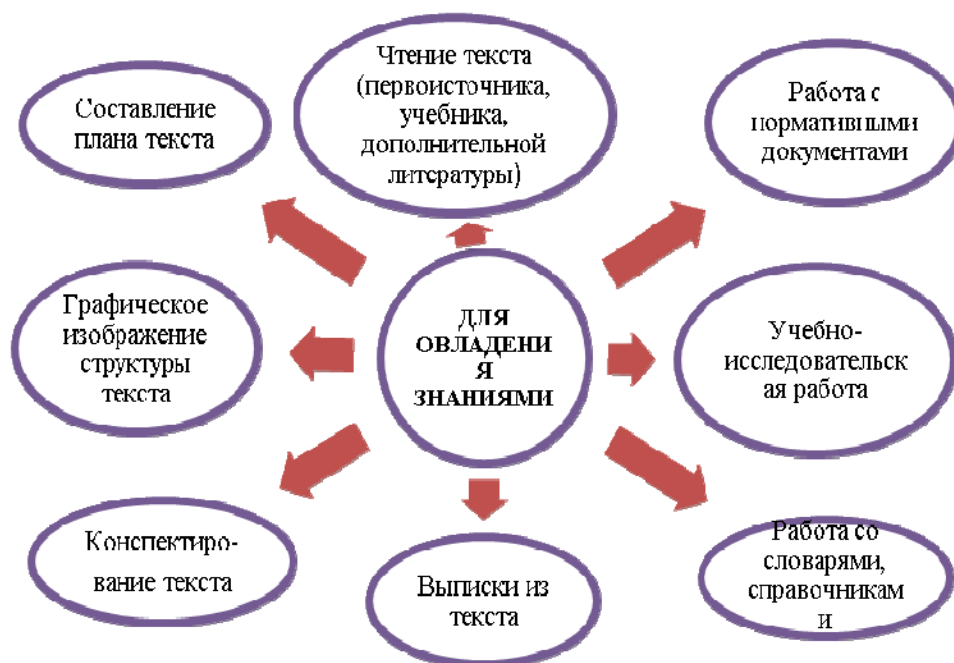


Рис. 1. Виды самостоятельной работы студентов для овладения новыми знаниями



Рис. 2. Виды самостоятельной работы студентов для закрепления и систематизации знаний



Рис. 3. Виды самостоятельной работы студентов для формирования умений

Новые информационные технологии (НИТ) могут использоваться для следующих видов самостоятельной работы студентов:

- *поиска информации в сети* – использование web-браузеров, баз данных, пользование информационно-поисковыми и информационно-справочными системами, автоматизированными библиотечными системами, электронными журналами;
- *организации диалога в сети* – использование электронной почты, синхронных и отсроченных телеконференций, системы MOODLE;
- *создания тематических web-страниц и web-квестов* – использование html-редакторов, web-браузеров, графических редакторов.

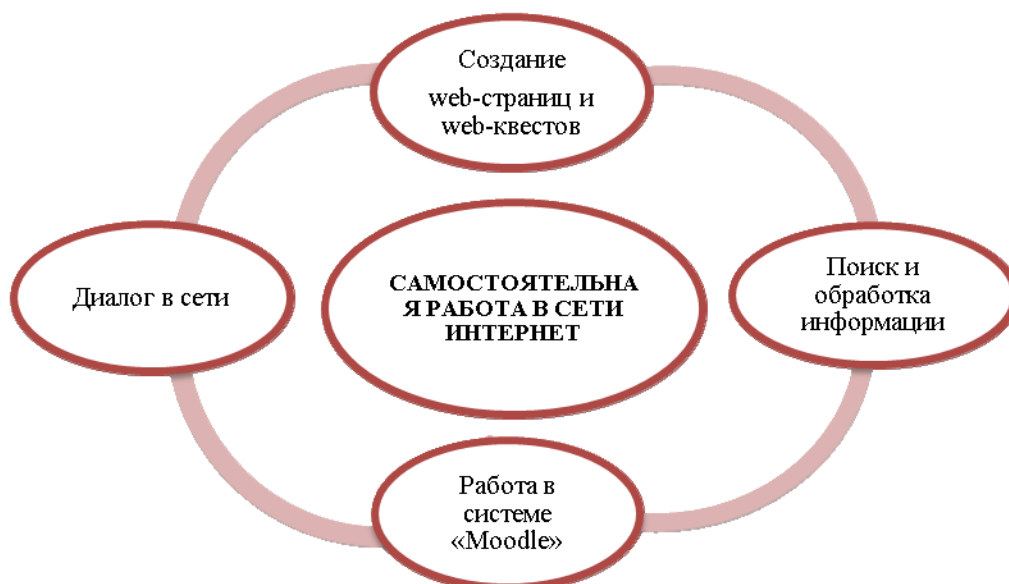


Рис. 4. Самостоятельная работа студентов в сети Интернет

По уровню мыслительной деятельности выделяют творческую, реконструктивную, репродуктивную самостоятельную работу студентов.

Процесс организации внеаудиторной самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

Первый этап – подготовительный. Составление учебной программы дисциплины с выделением тем и заданий для внеаудиторной самостоятельной работы студентов; подготовку учебно-методических материалов; диагностику уровня подготовленности студентов.

Второй этап – организационный. Определяются цели индивидуальной и групповой работы студентов; устанавливаются сроки и формы представления промежуточных результатов.

Третий этап – мотивационно-деятельностный. Преподаватель на этом этапе должен обеспечить положительную мотивацию индивидуальной и групповой деятельности.

Четвертый этап – контрольно-оценочный. Включает индивидуальные и групповые отчеты и их оценку.

Перед выполнением студентом самостоятельной работы преподавателю необходимо проводить инструктаж по выполнению задания, который включает цель задания, его содержание, сроки выполнения, ориентировочный объем работы, основные требования к результатам работы, критерии оценки.

Разработка комплекса методического обеспечения учебного процесса является важнейшим условием эффективности самостоятельной работы студентов. К такому комплексу следует отнести тексты лекций, учебные и методические пособия, рабочие тетради, опорные конспекты, практикумы, банки заданий и задач, банк расчетных, моделирующих, тренажерных программ и программ для самоконтроля, автоматизированные обучающие и контролирующие программы, информационные базы дисциплины и другие.

Результативность самостоятельной работы студентов во многом определяется наличием активных методов ее контроля.

В нашем колледже используются различные виды самостоятельной работы с учётом особенностей учебной дисциплины или профессионального модуля, включая информационные компьютерные технологии.

Одним из наиболее трудоемких видов деятельности при планировании и проектировании самостоятельной работы выступает конструирование учебно-познавательных и практических заданий. Поэтому в помощь преподавателям разрабатываются методические рекомендации, проводятся обучающие семинары, семинары-практикумы, индивидуальная работа с преподавателями.

Главное в организации самостоятельной работы студентов в образовательной организации СПО заключается не в оптимизации ее отдельных видов, а в создании условий высокой активности, самостоятельности и ответственности студентов в аудитории и вне ее в ходе всех видов учебной деятельности.

Литература:

1. Полуянов В.Б., Перминова Н.Б. Процессный подход к управлению внеаудиторной самостоятельной работой студентов // Вестник Учебно-методического объединения высших и средних профессиональных учебных заведений Российской Федерации по профессионально-педагогическому образованию. Екатеринбург: Изд-во Росс. гос. проф.-пед.ун-та, 2006. – № 1 (39). – С. 112-125.
2. Юшко Г.Н. Научно-дидактические основы организации самостоятельной работы студентов в условиях рейтинговой системы обучения: Автореф. дисс... канд. пед. наук: 13.00.08- теория и методика профессионального образования / Рост. гос. ун-т. - Ростов-н/Д, 2001. - 23 с.

НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАЦИОННОЙ ОТКРЫТОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

И.В. Боровский, Т.Л. Ерошенко

БОУ Омской области «Медицинский колледж», г. Омск

Технологические, экономические и социальные изменения, происходящие в последнее десятилетие, обусловили качественно новые требования к кадровому ресурсу нашей страны. Председателем Правительства Российской Федерации Д.А. Медведевым системе профессионального образования отведена «роль локомотива, движущей силы изменений» в решении задач перехода от антикризисных мер к комплексной модернизации российской экономики. Современное образование должно соответствовать стратегическому курсу страны, ориентированному на инновационную модель развития, требованиям конкурентоспособности на образовательном рынке ведущих государств мира.

Модернизация системы образования обуславливает особую значимость вопросов образовательной политики. Развитие цивилизованных рыночных отношений в нашей стране неразрывно связано, в том числе, с появлением и развитием рынка образовательных услуг. Восприятие в социуме образования как совокупности социальных услуг обуславливает включение в систему образования рыночных механизмов, в том числе, финансовых отношений между субъектами рынка образовательных услуг. В современных условиях рынка образовательных услуг меняется сущность взаимоотношений гражданина (потребителя образовательной услуги) и профессиональной образовательной организации (поставщика образовательной услуги). Таким образом, образование становится сферой социально-ориентированных услуг, а гражданин-налогоплательщик получает права заказчика и, следовательно, право на гарантию высокого качества предоставляемых услуг. При этом критерии «высокого качества образовательных услуг» должны соответствовать его собственным запросам и представлениям о желаемом результате полученной услуги. В послании Федеральному Собранию (12 декабря 2013г.) Президент Российской Федерации В.В. Путин обозначает в качестве «...важнейшей задачи - создание системы независимой оценки качества социальных учреждений. Этот механизм позволит увязать их финансирование с результатами работы, а значит провести эффективную оптимизацию бюджетной сети».

В условиях сложной демографической ситуации колледжи и техникумы конкурируют между собой в борьбе за абитуриентов, поскольку выбор выпускников и их родителей направлен на такие профессиональные образовательные организации, которые способны обеспечить условия подготовки конкурентоспособного специалиста, соответствующие федеральным государственным образовательным стандартам, и предоставить разнообразные и качественные образовательные услуги. После введения механизма нормативного подушевого финансирования ситуация конкуренции усилилась. Решение этой задачи в сложившихся условиях возможно лишь в рамках рыночной стратегии развития, когда образовательное учреждение ориентировано на результаты мониторинга для непрерывного повышения качества предлагаемых образовательных услуг.

Для того, чтобы эффективно работать с такой категорией как «образовательная услуга», необходимо, прежде всего, сформировать однозначное понимание её содержательного

контента. Под «**образованием**», как определенной социально-экономической категорией может пониматься следующее:

1) образование как совокупность знаний, умений, компетенций, которыми обладает человек. В данном контексте образование имеет огромное социальное значение, обеспечивая человеку, его получающему, определенный уровень жизни и определенное место в социуме;

2) образование как система общественных отношений по передаче этих знаний, информации, умений и компетенций (отношений по поводу оказания образовательных услуг), то есть некое пространство, в котором регулярно встречаются «продавцы» и «покупатели». Иными словами это рынок образовательных услуг.

Услуга - это любая деятельность или благо, которую одна сторона может предложить другой. При приобретении услуги (в отличие от товара, который можно непосредственно увидеть и потрогать) покупатель еще не знает, что в действительности получит, так как в момент покупки продукт труда еще не существует. В этом состоит сложность формирования содержания категории «качество» применительно к услуге. Это обуславливает значимость показа преимущества обучения в данной образовательной организации, рассказа о достижениях преподавателей и студентов, демонстрации профессиональных успехов своих выпускников. Таким образом, максимальная информационная открытость образовательных организаций позволяет потребителям, в т.ч. и потенциальным потребителям, судить о качестве образовательных услуг.

Рассмотрев такие понятия как «образование» и «услуга», конкретизируем понятие «**образовательные услуги**». В соответствии с общепринятой в маркетинге классификацией, образовательные услуги относятся к категории нематериальных услуг. На наш взгляд, наиболее полное определение **образовательной услуги** должно учитывать следующие аспекты:

1) с позиции потребителя - это процесс приобретения знаний, умений и навыков общеобразовательного и профессионального характера, необходимых для удовлетворения его личных потребностей в приобретении профессии, саморазвитии и самоутверждении, осуществляемый по эффективной форме и методически грамотно выстроенной программе;

2) с позиции работодателя - это процесс профессиональной подготовки (повышения квалификации, переподготовки) кадров, необходимой для обеспечения его работоспособности, поддержания конкурентоспособности и развития в постоянно изменяющихся рыночных условиях;

3) с позиции государства - это процесс, обеспечивающий расширенное воспроизводство совокупного личного, профессионального и интеллектуального потенциала общества.

Таким образом, все субъекты рынка, выражая заинтересованность в высоком качестве образования, определяют его по-разному. Поэтому оценка качества образования не может проводиться в интересах только одной из заинтересованных сторон, а должна представлять собой согласованность интересов всех участников рынка образовательных услуг и, следовательно, должна быть независимой. При этом независимость оценки качества образования не может пониматься как полная независимость от интересов государства, поскольку система образования является фундаментальным институтом общества и именно государство определяет направление развития системы образования (ст. 89 ФЗ от 29.12.2013г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации») Однако, если государственная регламентация образовательной деятельности четко описана в законе, едина для всех субъектов РФ и давно реализуется на практике, то вопросы независимой оценки качества в настоящее время окончательно не проработаны, несмотря на появление в последнее время нормативных актов разного уровня. До сих пор нет единых и четких критериев оценивания, показателей, подходов, механизма действий. Данная ситуация вызывает напряжение со стороны работников профессиональных образовательных организаций, не имеющих однозначного понимания о том, как и на основании каких показателей в обществе будут судить о результатах их деятельности. Невозможность ранжирования качества образовательных услуг в различных колледжах и техникумов (в силу отсутствия принятой системы оценки) не устраивает ни самих потребителей, ни работодателей.

Таким образом, чтобы заказчик (абитуриент, родитель, работодатель) смог определиться с выбором необходимой ему социальной услуги, образовательная организация должна сделать информацию о своей деятельности доступной, полной и актуальной. Самым удобным и эффективным способом донесения информации до потребителей является публикация сведений на официальном сайте. Кроме того, государством сегодня регламентирован минимум,

который должен быть беспрепятственно представлен для общественного изучения. Законодательные акты, регламентирующие требования к информационной открытости образовательной организации:

- ст.29 Федерального закона РФ от 29.12.12г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- п.3.3 ст.32 Федерального закона РФ от 12.01.1996г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»;
- Постановление Правительства РФ от 10.07.13г. № 582 «Об утверждении Правил размещения на официальном сайте образовательной организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и обновления информации об образовательной организации»;
- Письмо Министерства образования и науки РФ, департамента государственной политики в сфере воспитания детей и молодёжи от 22.07.13г. № 09-889 «О размещении на официальном сайте образовательной организации информации».

С точки зрения общественной оценки информационной открытости профессиональных образовательных организаций значимыми являются два аспекта:

1) полнота представленного на сайте информационного контента в соответствии с законодательством РФ;

2) доступность, логичность и однозначность представленной информации, соответствие содержания заявленным рубрикам и удобство при поиске запрашиваемой информации.

Эти составляющие и должны лечь в основу критериальной базы, разрабатываемой для проведения независимой оценки официальных сайтов профессиональных образовательных организаций.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.А. Васильева

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

Современный уровень развития общества, расширение и качество изменения характера международных связей делают английский язык реально востребованным в практической деятельности человека. Поэтому изучение английского языка в профессиональных образовательных организациях отражает заказ общества и является обязательным компонентом гуманитарной подготовки специалиста нового поколения. Современный специалист должен уметь общаться в разных стилях: разговорно-бытовом и официально-деловом.

Экономическое и социальное развитие общества определяется качеством подготовки специалистов профессиональных образовательных учреждений, успешным освоением студентами учебной программы, востребованностью в соответствии с полученным образованием и эффективностью их трудоустройства, быстрой производственной адаптацией. Образование должно содержать профессионально-ориентированный компонент, формирующий возможность использования приобретенных знаний и умений в практической деятельности.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

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

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

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

Для активизации познавательной деятельности студентов, для формирования выше перечисленных общих и профессиональных компетенций и лучшего усвоения учебного материала во время занятий используются методические разработки (сборник контрольных работ, учебное пособие для студентов по теме «Хирургия», рабочие программы для студентов первого, второго годов обучения очно-заочной и очной формы), раздаточный материал (упражнения, кроссворды, сканворды) разного уровня сложности, организуется просмотр и обсуждение видеофильмов. Также применяется дифференцированный подход в обучении, который позволяет дозировать степень сложности заданий на занятиях и индивидуально подходить к определению домашнего задания.

При изучении раздела «Хирургия» для организации учебной деятельности студентов на занятиях мной было разработано учебное пособие для студентов второго и третьего года обучения всех специальностей. Каждая тема начинается с лексического минимума. Затем представлены задания, направленные на формирование навыков активизации и систематизации лексических единиц по изучаемой теме, построения связных монологических и диалогических высказываний по определенной теме и умений соблюдать грамматически верное оформление предложений при компрессии текста, логическую последовательность изложения материала, вести диалог в ситуациях официального и неофициального общения в бытовой и учебно-трудовой сферах, используя аргументацию, эмоционально-оценочные средств. В теме «Обследование брюшной полости» вниманию студентов предложен кроссворд, включающий лексические единицы по всему разделу «Хирургия», который несет функцию подготовки к последующему контролю. В конце пособия предлагается текст контрольной работы, позволяющей выявить качество знаний и умений, усвоенных студентами.

Для измерения качества усвоенных знаний и приобретенных умений студентами в течение года мной был разработан сборник контрольных работ для студентов всех специальностей второго года обучения. Сборник содержит разноуровневые задания, направленные на различные виды деятельности, что позволяет узнать, насколько студенты владеют профессиональным языком, навыками перевода, понимания на слух английской речи с целью извлечения общей и конкретной информации знают медицинские термины на английском языке, умеют составлять диалоги, используя изученный грамматический материал.

Применение на занятиях речевых и языковых игр позволяет повысить эффективность обучения за счет активного включения всех студентов в данный процесс, помогает создать благоприятные условия для развития личности обучающихся и оценить уровень их подготовки по той или иной теме. Игровая технология помогает отойти от авторитарности в процессе образования, всегда ориентирована на самостоятельную работу в сочетании с групповой организацией деятельности, что позволяет приобретать коммуникативные навыки и умения. Одна из игр, применяемых мной на занятиях, называется «Цепочка». Она помогает в развитии внимания и мышления. Вниманию студентов представлена цепочка слов, в которой им необходимо выделить слово и перевести его на русский язык, последняя буква каждого слова

является первой буквой следующего, например: woundamagerosionursextensivexaminedressinggrossly – wound – рана, damage – повреждение, erosion – эрозия, nurse – медицинская сестра, extensive – обширный, examined – обследованный, dressing – повязка, grossly – грубо.

Игра «Жесты» помогает в раскрепощении обучающихся и развитии их творческих способностей. В нее легко играть студентам разного уровня владения иностранным языком, что способствует сплочению группы и направленно на формирование профессиональных компетенций. Одному из студентов предлагается с помощью жестов описать какое-либо действие, например, накладывать гипсовую повязку – to put a plaster cast, измерять пульс – to take a pulse, удалять швы пинцетом – to take out stitches with forceps, а другие студенты должны отгадать, какое действие представлено их вниманию. Студент, отгадавший зашифрованное выражение, занимает место оппонента. В нее легко играть студентам разного уровня владения иностранным языком, что способствует сплочению группы.

Ценность всех этих игр заключается в том, что их можно использовать на любом этапе занятия: оставшееся время в конце занятия, проверка домашнего задания или отделение одного этапа от другого. На занятиях с использованием элементов игровых технологий идет лучшее усвоение и закрепление полученных знаний и приобретенных умений и навыков.

Как было уже сказано выше, обучение иностранному языку в нашем медицинском колледже профессионально ориентировано. Для формирования специалистов нового поколения и минимально достаточного уровня коммуникативной компетенции с профессиональной направленностью, требуемого рабочими программами, студентам необходимо заниматься внеаудиторной самостоятельной работой на протяжении всего периода обучения данной дисциплине. С этой целью мной были разработаны методические рекомендации по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы студентов для всех специальностей. В них подробно расписан план внеаудиторной самостоятельной работы, содержание каждой темы (количество часов на ее выполнение, цель работы, общие указания к выполнению работы, форма отчетности и контроля), система оценивания внеаудиторной самостоятельной работы и перечень литературы.

Вопросы и задания для самостоятельной работы определяются с учётом выделенного на них времени в программах и охватывают учебный материал изучаемой тематики, не рассматривающийся на аудиторных занятиях.

Задания разнообразны: работа с профильно-ориентированными текстами, составление кроссвордов, опорных схем, планов, оформление таблиц, составление и оформление рассказов, подготовка и заучивание диалогов, кратких пересказов текстов, подготовка чтения и перевода текстов, подготовка к ролевой игре, подготовка слайд – презентаций, подбор дополнительной информации и подготовка проектов.

Контроль выполнения заданий осуществляется через устный опрос, устное сообщение, инсценировку диалога, реализацию мини-проекта, демонстрацию (предъявление) слайд-презентаций, таблиц, кроссвордов в письменном виде.

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

Также важным фактором для формирования нового поколения здравоохранения является установка обратной связи во время занятия. Педагогу необходимо знать, какое впечатление оставляет у студентов каждое занятие. Дело в том, что совместный поиск истины возможен лишь в условиях равнопартнерского сотрудничества. Плодотворный диалог основан на взаимном доверии, открытости, безбоязненном выражении взглядов, мыслей и чувств, поэтому огромное значение для наших преподавателей обрели актуальные вопросы: как действовать и вести себя, чтобы быть понятым обучающимися, и как помочь студентам понять друг друга, что способствует в дальнейшем их эффективному взаимодействию с коллегами и пациентами в профессиональной практической деятельности.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Л.Н. Горбунова

ГБОУВПО ОмГМА Минздрава России, структурное подразделение колледж, г. Омск

В настоящее время компетентностная ориентация программ подготовки специалистов среднего звена определяет необходимость изменений в содержании, технологий реализации образовательного процесса, а также переориентацию оценочных процедур, средств оценки качества подготовки обучающихся. Переход от знаниевого компонента содержания образования на компетентностно-ориентированную модель ставит перед образовательными организациями среднего профессионального образования ряд вопросов. Например, как стандартизировать оценку общих компетенций? Как сделать оценивание объективным и адекватным? На каких этапах обучения, по каким критериям и показателям осуществлять оценивание уровня сформированности профессиональных и общих компетенций? Как вывести интегральную оценку вида профессиональной деятельности?

Сложности с переходом на новую систему оценивания связаны с отсутствием нормативной базы; выбором форм и методов оценки уровня компетентности обучающегося.

В связи с чем, в колледже разработаны локальные акты, регламентирующие работу по нормативному обеспечению разработки оценочных средств, методические рекомендации, проведены обучающие семинары.

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» и требованиями ФГОС к оцениванию качества освоения программы подготовки специалистов среднего звена каждый выпускник должен подтвердить свой образовательный уровень и/или квалификацию. Идея о разделении этих двух оценок (по формату, требованиям и процедурам) и привела к разделению фонда оценочных средств на:

- контрольно-измерительные (КИМ);
- контрольно (компетентностно) - оценочные (КОМ).

Контрольно-измерительные материалы призваны дать оценку образовательному уровню обучающегося. Образовательный уровень по-прежнему оценивается количественно. Оценивание происходит по традиционной схеме «преподаватель-обучающийся».

Контрольно (компетентностно) – оценочные материалы оценивают уровень квалификации. Уровень квалификации оценивается качественно, оценка о соответствии предъявляемых компетенций квалификационным требованиям выносятся квалифицированными экспертами.

В настоящее время, в связи с вступлением в действие с 1 января 2014г приказа Минобрнауки России № 1186 от 25.10.2013г «Об утверждении Порядка заполнения, учета и выдачи дипломов о среднем профессиональном образовании и их дубликатов», обозначена проблема количественной оценки освоения обучающимися профессиональных и общих компетенций. Предложенные ФИРО макеты КОС не предусматривают количественную оценку освоения вида профессиональной деятельности.

В работе по проектированию средств оценивания результатов формирования общих и профессиональных компетенций мы используем следующие подходы:

1. разработка матрицы оценочных средств для проведения текущего, рубежного, промежуточного контроля и итоговой оценки компетенций выпускников;
2. разработка технологической карты занятия;
3. наличие блока самостоятельной работы обучающихся в группах, как наиболее эффективных способов обучения;
4. разработка портфолио обучающихся;
5. мониторинг процесса образования;
6. формирование фонда оценочных средств.

Положением о формировании фонда оценочных средств закреплено, что если объектом измерения служат знания, умения, навыки, то разрабатываются контрольно-измерительные материалы. При этом КИМ применяются при таких видах контроля по этапам обучения, как входной, текущий, рубежный контроль, а также при проведении промежуточной аттестации. КИМ для входного, текущего, рубежного контроля формируются как банк заданий в зависимости от формы контроля: банк тестовых заданий, вопросы для письменного, устного

опроса, ситуационные задачи, профессиональные задания и т.д. Такие контролирующие материалы рассматриваются на заседании цикловой методической комиссии и утверждаются в составе документов по методическому обеспечению тему начальником учебно-методического отдела колледжа. КИМ для проведения промежуточной аттестации, проводимой в форме зачета, дифференцированного зачета, экзамена, в т.ч. комплексного оформляются по определенному образцу, утвержденному методическим Советом колледжа.

Для обеспечения прозрачности процедуры экзамена (учитывая отсутствие в настоящий момент конкретных методических рекомендаций), в колледже было разработано положение о промежуточной аттестации, в котором регламентируются требования к организации и проведению экзамена (квалификационного). Также был разработан пакет документов по процедуре экзамена (квалификационного): комплект контрольно - оценочных средств, критерии выполнения заданий, образцы билетов, индивидуальные оценочные ведомости студентов.

Провести экзамен (квалификационный) без использования налаженного механизма взаимовыгодного партнерства колледжа с ведущими учреждениями здравоохранения региона просто невозможно. Работодатель участвует как в разработке программы экзамена (квалификационного) на стадии согласования процедуры экзамена и собственно оценочных материалов, так и в самой процедуре оценки. Особенно велика роль работодателя при оценке сформированности профессиональных компетенций, когда дается оценка навыкам и умениям, необходимым для быстрой адаптации к условиям реального профессионального пространства. Экзамен (квалификационный) – это внешняя оценка обучающегося работодателем-экспертом. Это форма развития доверия к аттестуемому работодателю: «Если я сам проверил уровень владения компетенций аттестуемого, я доверяю ему».

Таким образом, наш опыт работы по реализации программ профессиональных модулей, проведение экзамена (квалификационного), результаты анкетирования студентов, оценка социальных партнеров, показали, что технология модульно-компетентностного обучения принимается положительно как самими обучающимися, так и работодателями. Но реализация ФГОС на модульно-компетентностной основе требует от педагогического коллектива колледжа больших усилий по разработке комплексного методического обеспечения программ профессиональных модулей, освоению инновационных форм и методов организации образовательного процесса и формированию практикоориентированной образовательной среды.

Литература:

1. Алексеев Н.А. Личностно ориентированное обучение: вопросы теории и практики. Тюмень: Изд – во Тюм. гос. унив., 2006. - 216 с.
2. Болотов В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе. // Педагогика. – 2003. - №10. С. 8 – 14.
3. Зеер Э.Ф. Ключевые квалификации и компетенции в личностно – ориентированном профессиональном образовании. // Образование и наука. 2000. №3(5). С.90 – 102.
4. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно – целевая основа компетентностного подхода в образовании. М.2004.
5. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. // Высшее образование сегодня. - 2003. - № 5. - С.34 – 42.
6. Пузанков Д.В. и др. Проблема оценивания результатов обучения при компетентностном задании требований к выпускнику ВУЗа. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2006.
7. Проектирование оценочных средств компетентностно-ориентированных основных образовательных программ для реализации уровневого профессионально-педагогического образования: метод пособие / Авт. сост. И.В. Осипова, О.В. Тарасюк, А.М. Старкова. - Екатеринбург: ФГАОУ ВПО РГППУ, 2010. - 72с.

МЕХАНИЗМ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В СООТВЕТСТВИИ С MS ISO 9001:2008

Н.В. Данилина

*ГАОУСПО Тюменской области «Тобольский медицинский колледж им. В. Солдатова»,
г. Тобольск*

Любая организация имеет систему менеджмента, представляющую собой совокупность организационной структуры, полномочий и ответственности, существующих в ее рамках, процессов деятельности, трудовых, материальных и финансовых ресурсов и т.д. Все эти составляющие объединены и взаимодействуют между собой для достижения целей организации.

В современном менеджменте известны два принципиальных подхода к управлению - функциональный и процессный. Стандарты ИСО позволяют построить в организации систему эффективного управления, основанную на процессном подходе, нацеленную на достижение поставленных целей.

Стандарт ISO 9001 представляет собой общепризнанный вариант требований, предъявляемых к менеджменту организации. Международная организация по стандартизации (International Organisation of Standardization) - ISO (от греческого слова isos - равный) является неправительственной организацией и имеет консультативный статус ООН.

Сертификат ISO 9001, полученный при независимой оценке ряда специфических требований к системе менеджмента качества (СМК), признается во всем мире.

Построение СМК в организации - это многоэтапный процесс, каждый этап которого необходимо четко определить и выполнить. Для успешного внедрения СМК необходимо четко представлять всю последовательность этапов выполнения проекта: что должно быть на входе и на выходе этапа, какие ресурсы необходимы для выполнения этапа, что управляет работами этапа и т.д.

На подготовительном этапе (1 кв. 2008 г.) изучен опыт образовательных организаций по внедрению СМК, более 30 сотрудников колледжа (2008-2009 гг.) получили специальную подготовку по современным технологиям управления и изучили требования стандарта ISO 9001: 2008. Решение о внедрении СМК нашло поддержку учредителя – Департамента здравоохранения ТО, принято в июне 2008 г. на педсовете.

На первом этапе сформирована «Служба качества» - в сентябре 2008 г. введена должность заместителя директора по управлению качеством образовательного процесса, полномочия совета по качеству переданы учебно-методическому совету колледжа. Определены основные функции и задачи службы качества, взаимодействие с другими структурными подразделениями, права, обязанности и ответственность сотрудников, разработаны и утверждены должностные инструкции персонала.

В рамках второго этапа работ проведено детальное обследование организации и проанализированы результаты по следующим пунктам: общие сведения об организации и функциональный анализ кадров, текущее состояние процессов ответственности руководства, управления ресурсами, подразделения «Служба качества», планирования образовательного процесса, закупок, психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение участников образовательного процесса. Затем составлен план-график работ по созданию и внедрению СМК.

В марте 2009 года проведен диагностический аудит, устранены выявленные несоответствия, выбран сертификационный орган – независимый сертификационный орган систем менеджмента «Бюро Веритас Сертификейшен Русь», г. Москва, (головной офис Лондон).

В июле 2009 года получен сертификат. В 2010, 2011 гг. – проведены два надзорных аудита с целью подтверждения того, что СМК соответствует всем требованиям аудируемого стандарта.

В июле 2012 г. прошли ресертификацию, 2013 г. – надзорный аудит, второй надзорный аудит запланирован на октябрь 2014 г.

Система менеджмента качества в соответствии с требованиями стандартов ISO имеет:

- **политику**, в которой сформулированы ее цели и задачи, а также принципы их достижения.

- соответствующую политике систему взаимосвязанных и **взаимодополняющих процессов**;

- **нормативную основу**, соответствующую системе взаимосвязанных и взаимодополняющих процессов, и представляющую собой совокупность непротиворечивых нормативных документов;

Еще одно важное требование стандарта ISO 9001 заключается в необходимости иметь управляемую нормативную основу СМК в виде совокупности взаимосвязанных и взаимодополняющих непротиворечивых нормативных документов разного уровня.

- эффективный **механизм реализации** требований, регламентированных документами нормативной основы;

«Пирамида» документов СМК начинается с документально оформленного заявления о политике и целях в области качества. На его основе разрабатывается основной документ СМК – «Руководство по качеству». Этот документ является квинтэссенцией системы, содержит основные положения, регламентирующие деятельность в рамках СМК и ссылки на документы следующего уровня - общесистемные документированные процедуры. Согласно стандарту ISO 9001 в организации должны быть разработаны шесть обязательных общесистемных процедур, описывающих управление документами, данными (записями), внутренним аудитом СМК и ее составных частей, несоответствующей продукцией, корректирующими и предупреждающими мероприятиями.

Основание пирамиды составляют записи (данные), предоставляющие свидетельства соответствия требованиям и результативности функционирования системы менеджмента качества. Наличие объективных данных о деятельности СМК - требование седьмого принципа менеджмента качества: **принятие решений, основанное на фактах**: эффективные решения основываются на анализе данных и информации.

- Персонал колледжа **должен обладать знаниями** политики, нормативной основы, механизма реализации ее требований, а также умениями применять эти знания на практике. Требования, обусловленные политикой и нормативной основой системы, **должны уважаться и соблюдаться**.

Анализ требований стандартов ISO серии 9000 позволяет выделить **две первоочередные задачи** в отношении управления персоналом, решение которых позволит существенно повысить эффективность СМК:

1. Определение и формализация требований к персоналу.

2. Разработка систем мотивирования персонала – переход на систему эффективный контракт в сентябре 2014 г.

Обобщение и презентация опыта по внедрению СМК:

- 20-21.02.12г. - на базе колледжа проведен семинар-тренинг «Теория и практика создания и внедрения СМК в образовательном учреждении» для СПО Тюменской области;

- 17.12.12г. - участие во второй Всероссийской научно-практической конференции «Разработка и внедрение СМК на основе современных и международных стандартов» г. Тюмень, Западносибирский центр внедрения высоких профессиональных и международных стандартов;

- 10-11.10.13г. - участие в Всероссийской научно-практической конференции «Опыт образовательных учреждений СПО по внедрению систем мониторинга качества образования на основе стандарта ИСО 9001» г. Выкса, Нижегородская область.

При внедрении СМК колледж получил следующие выгоды:

- Высокую вероятность стабильного качества предоставляемых услуг – в 2014 г. выпускников с красным дипломом - 8%, трудоустройство выпускников – 90%.

- Демонстрация заказчикам возможностей колледжа, создание благоприятного имиджа (2014 г. - конкурс при поступлении 3 человека на место, среди поступивших 32% - север Тюменской области, 18% - другие области, республики).

- Сосредоточение деятельности персонала на достижении целей колледжа и ожиданиях клиентов.

- Достижение и сохранение желаемого качества образовательных услуг.

Результативность СМК

2011 г.

- Лауреат конкурса «100 лучших товаров России» в номинации «Услуги в системе образования»

- Лауреат конкурса «Лучшие товары и услуги Тюменской области». Золотая медаль Всероссийского конкурса «Мир молодости»

- Призер Всероссийского конкурса регионального этапа «Российская организация высокой социальной эффективности» в номинациях: «За участие в решении социальных проблем территорий и развитие корпоративной благотворительности», «За развитие кадрового потенциала», «За развитие социального партнерства в организациях непромышленной сферы»

- Победитель областного конкурса «Спортивная элита – 2011» в номинации "Лучшая постановка физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы"

- Победитель в областной олимпиаде среди студентов средних медицинских учебных заведений Тюменской области по специальности «Лечебное дело»

2012 г.

- Победитель Всероссийского конкурса средних профессиональных медицинских и фармацевтических образовательных учреждений РФ «Лучшее среднее медицинское (фармацевтическое) образовательное учреждение»

- 2 и 4 места преподавателей в окружном туре конкурса «Преподаватель года УрФО – 2012».

2013 г.

- Победитель областной олимпиады среди студентов средних медицинских учебных заведений Тюменской области по специальности «Сестринское дело»

- Диплом победителя окружного этапа Всероссийского конкурса в области педагогики, воспитания и работы с детьми и молодежью «За нравственный подвиг учителя» в номинации «Издательский проект»

- 1 место в областной медико-спортивно-туристической игре «Без права на ошибку»

- Золотая медаль по результатам Всероссийского конкурса «Управленческий ресурс»

2014 г.

- 1 место в областном конкурсе «Волонтер - 2014»

- 3 место в областном конкурсе «Символы региона».

Разработка и внедрение СМК, как и любой инновационный процесс сопровождался негативными моментами:

- необходимость расходов колледжа на разработку и внедрение СМК (финансовые затраты на сертификацию, надзорные аудиты);

- появление дополнительного объема работ, и как следствие значительные временные затраты;

- сопротивление персонала изменениям.

Над системой нужно продолжать работать, улучшать ее, ибо нет предела совершенству, мы ограничены лишь незнанием методов.

МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НОВОСИБИРСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

С.В. Домахина, С.В. Марченко, В.Н. Кононова

ГАОУСПО Новосибирской области «Новосибирский медицинский колледж», г. Новосибирск

Повышение качества образования в образовательной организации по подготовке специалистов среднего медицинского звена сместило ориентиры с суммы усвоенной информации на готовность специалиста действовать в различных ситуациях, способность быстро принимать решения и безупречно выполнять необходимые действия в своей профессиональной деятельности. Поэтому, моделирование обстановки рабочего места и наличие симуляторов, позволяющих отработать манипуляции, являются важным звеном в формировании психологической и моторной готовности обучающихся к работе с пациентом.

В настоящее время законодательно утверждено обязательное использование симуляционного обучения по программам среднего, высшего и послевузовского непрерывного образования, предшествующее практике. Используются нормативные документы:

- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.07 №30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в

оказании медицинской помощи гражданам» - «...к участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются студенты высших и средних медицинских учебных заведений, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку, имеющие практические навыки, приобретенные на тренажерах (фантомах)...»[2];

- Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - практическая подготовка специалистов обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности под контролем работников образовательных организаций. Пациент должен быть проинформирован, и он вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи.[1]

Создание в нашей образовательной организации Симуляционного центра 1 уровня, привело к необходимости разработки и внедрению симуляционных методик по основным кластерам практического тренинга: уходу за пациентами, акушерству и гинекологии, основам реаниматологии, пропедевтике внутренних болезней. Первоначально использование «гибридной симуляции» осуществлялось на специальности «Акушерское дело» по ПМ.01 Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному и семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода: МДК01.01. Физиологическое акушерство. Использование симуляционной методики «стандартизированный пациент» проводится на специальностях «Лечебное дело» - МДК01.01. Диагностическая деятельность, в разделах: акушерство и гинекология, пропедевтика клинических дисциплин и МДК 02.03. Оказание акушерско-гинекологической помощи; «Акушерское дело» - ПМ.01. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

На данном этапе активно проводится подготовка методического обеспечения направления медицинской симуляции «стандартизированный пациент»: сценарий, оценочная документация (контрольные листы для оценки деонтологических навыков работы с пациентом, для оценки профессиональных навыков).

На начальном этапе был проведён отбор практических умений и навыков, формируемых с использованием симуляционных методик. При проведении выбора умений мы руководствовались профессиональными и общими компетенциями, которые должны освоить обучающиеся и приказами Министерства здравоохранения РФ[2,3,4]. Следующим этапом симуляционного обучения является создание "Типовых матриц", структурно сведённых в таблицы списков умений с соответствующими учебными целями, симуляционными методиками и учебными пособиями [5].

Структура занятия симуляционного обучения в НМК состоит из пяти последовательных этапов [6]:

1 этап. Проведение исходного тестирования. Для входного тестирования предполагается самостоятельная подготовка студента по материалу теоретических и практических занятий с использованием рекомендованных источников информации. Преподавателями сформирован банк тестовых заданий для тестирования студентов в SWAP программе и составлен перечень дополнительной литературы, и других источников. Исходное тестирование выявляет уровень подготовки студентов и помогает скорректировать проведение предстоящего брифинга. Данный этап проводится в специально оборудованной аудитории.

2 этап. Брифинг. Преподавателями составлен курс мультимедийных презентаций с видеороликами и схематическими анатомическими моделями с использованием элементов активного и интерактивного обучения. Этот этап соответствует 1 уровню визуально-вербальной реалистичности. Брифинг проходит с разбором материала и фиксацией "ключевых" положений. Продолжительность брифинга зависит от уровня подготовки обучающихся и их активности.

3 этап. Работа с симуляторами. В первую очередь осваивается работа на симуляторах различных уровней реалистичности. Выбор симуляционной методики зависит от набора приёмов формируемого навыка, личного опыта преподавателя и уровня подготовки обучаемых. Используем основные три системы, учитывающие структурность знаний и навыка:

- предметная - обучаемый с самого начала выполняет все действия целиком, независимо от сложности;
- операционная - каждая операция отрабатывается отдельно до автоматизма, а потом учат выполнять действия целиком;

- предметно - операционная (комплексная) - отдельно отрабатываются только сложно поддающиеся обработке элементы, затем обучаемый тренируется в овладении операции в целом.

Преподавателем-мастером демонстрируется симуляционный элемент более эффективным по его мнению способом:

1. образцовое действие в медленном темпе с объяснениями (для понимания действия), направленная на правильность выполнения.
2. образцовое действие в реальном темпе, демонстрируя одновременно скорость и правильность.

Первый и второй способы можно поменять местами в зависимости от предпочтения. В последующем осуществляется отработка надёжности выполнения умения при сохранении правильности и скорости. Все эти действия проводятся в условиях, в которых навык должен проявляться в наилучшем виде. Заканчивается данный этап отработкой обучающимися навыка до автоматизма. Возможно использование других методологических приёмов разработанных преподавателем: например, дается возможность выполнить действие обучаемому, а затем совместно довести выполнение до совершенства. В этом методе есть положительные моменты:

- позволяет выявить среди группы лидера вызвавшегося на эксперимент. Это является важным аспектом для достижения учебной цели при работе командой;
- помогает разобрать возможные ошибки при первом действии экспериментатора.

Отрицательные моменты: дорогостоящее оборудование, необходимо бережное отношение более подготовленных к отработке действия обучаемых

После закрепления доведённых до автоматизма приобретённых умений предлагается усложнение обстоятельств, необходимых для реализации отработанного элемента. Данный аспект возможен при помощи разработки преподавателями задач с наиболее вероятными профессиональными ситуациями. Для решения ситуационных задач обучаемому приходится менять последовательность каких-то действий, исключать одни способы и заменять их другими. Он вынужден наблюдать, мыслить и оценивать, проявлять находчивость, достигать нужного результата и наилучшего решения. Данный приём повышает надёжность формирования умений.

4этап. Дебрифинг – начинается с разбора результатов, полученных при работе на симуляторах. Обучаемые сосредотачиваются на важных вопросах и обсуждают причинно-следственные связи при серии наводящих вопросов преподавателя. При проведении дебрифинга продолжается обучающий процесс, помогающий участникам размышлять о пережитом опыте, делать полезные для себя выводы и открытия. Каждый преподаватель использует свою методику проведения данного этапа в зависимости от индивидуальных характерологических особенностей личности.

5этап. Подведение итогов. На заключительном этапе осуществляется индивидуальное оценивание работы обучаемого с проведением итогового тестирования и заполнения "Оценочного листа". "Оценочный лист" включает в себя перечень разработанных параметров профессиональной деятельности по освоению определённого умения.

Во время прохождения производственной практики по «Оказанию акушерско-гинекологической помощи» для повышения качества усвоения практических и деонтологических навыков на специальности «Лечебное дело» для обучающихся третьего курса составлен график симуляционных тренингов. Тренинги проводятся в соответствии с принципами проведения симуляционных методик, включающие: входной контроль, брифинг, работа на симуляторах («гибридная симуляция»), дебрифинг и выходной контроль. Анализ проведения входного контроля показал: «выживаемость знаний» обучающихся составляет от 35% до 60%. При проведении работ на симуляторах обучаемые стремились выполнить манипуляции по алгоритму, но испытывали затруднения при одновременном общении со «стандартизированным пациентом». Дебрифинг позволил провести анализ замечаний преподавателя-эксперта самому обучаемому. Выходной контроль определяет комплексный уровень усвоения сложных действий, обеспечиваемых совокупностью знаний и навыков.

Таким образом, симуляционное обучение предоставляет возможность каждому обучающемуся неоднократно осуществить профессиональную деятельность или её элемент в соответствии с профессиональными стандартами и порядками оказания медицинской помощи в условиях, максимально приближенных к реальной производственной среде.

Литература:

1. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.07 №30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам».
3. Приказ Министерства здравоохранения и соц.развития РФ от 04 Мая 2012 г. N 477н "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи".
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01 ноября 2012г.№572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
5. Симуляционное обучение в медицине /Под ред. Свистунова А.А. - Москва.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013 – 288 с.
6. Горшков М.Д. Федоров А.В. Симуляционный тренинг базовых медицинских и хирургических навыков.// Виртуальные технологии в медицине. - № 1 (11). – 2014. - С. 34-39.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЁМОВ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИТИЯ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА»

И. Ю. Лебедева

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Современное поколение обучающихся развивается при постоянном взаимодействии с информационным пространством. При этом при организации образовательного процесса преподавателю очень важно уделять большое внимание процессу определенных мыслительных компетенций.

Мыслительные компетенции, как правило, слабо развиты у обучающихся первого курса, и задача преподавателя – способствовать формированию у них критического мышления. Актуальным является использование в процессе обучения приёмов технологии развития критического мышления, формирующих умение самостоятельно добывать новые знания, собирать необходимую информацию, умение выдвигать гипотезы, делать выводы и умозаключения. Важной задачей ФГОС нового поколения является формирование профессиональных и общих компетенций у обучающихся на уроках «Анатомии и физиологии человека». Применение данной технологии в изучении дисциплины дает обучающемуся: повышение эффективности восприятия информации, повышение интереса к профессии. Одной из технологий, способствующей формированию у обучающихся мыслительных компетенций относится технология «Критического мышления». Данная технология, сориентированная на сотрудничество преподавателя и обучающегося, создание комфортных условий, снимающих психологическое напряжение на занятиях, умение решать проблемы обучающимися самостоятельно. На уроках «Анатомии и физиологии человека» развивается личность обучающегося в первую очередь при непосредственном обучении анатомии и физиологии человека, в результате чего происходит формирование коммуникативной компетенции, обеспечивающей комфортные условия для познавательной деятельности и самосовершенствования.

Критическое мышление (англ. critical thinking) — система суждений, которая используется для анализа вещей и событий с формулированием обоснованных выводов и позволяет выносить обоснованные оценки, интерпретации, а также корректно применять полученные результаты к ситуациям и проблемам [1]. Необходимо отметить, что критическое мышление - это такой тип мышления – о любом предмете,

содержании или проблеме, в котором думающий улучшает качество его мышления при помощи умелого использования структур и интеллектуальных стандартов, присущих мышлению.

Часто критическое мышление используется как метод познания, который отличается контролируемостью, обоснованностью и целенаправленностью, увеличивает вероятность получения желаемого конечного результата. Критическое мышление используется при решении задач, формулировании выводов, вероятностной оценке и принятии решений и требуют навыков, которые обоснованы и эффективны для конкретной ситуации и типа решаемой задачи [5]. Для критического мышления характерно построение логических умозаключений, создание согласованных между собой логических моделей и принятие обоснованных решений, касающихся того, отклонить какое-либо суждение, согласиться с ним или временно отложить его рассмотрение. Все эти определения подразумевают психическую активность, которая должна быть направлена на решение конкретной когнитивной задачи [4].

Технология помогает обучающемуся:

- поднимать жесткие вопросы и проблемы, формулируя их ясно и четко;
- собирать, и допуская относящуюся к делу информацию, используя абстрактные идеи, чтобы эффективно их интерпретировать;
- приходить к обоснованным заключениям и решениям, проверяя их по критериям и стандартам;
- думать непредубежденно в пределах альтернативных систем мышления, распознавая и допуская, по необходимости, их предположения, причастность и практическое соответствие (умение критически мыслить);
- эффективно общаться с другими при выработке решения;
- ответственно относиться к собственному образованию;
- работать в сотрудничестве с другими.

Технология помогает преподавателю:

- создать в аудитории атмосферу открытости и ответственного сотрудничества;
- использовать модель обучения и систему эффективных методик, которые способствуют развитию критического мышления и самостоятельности в процессе обучения обучающихся;
- стать практиками, которые умеют грамотно анализировать свою деятельность;
- стать источником ценной профессиональной информации для других преподавателей.

В течение трех лет на практических занятиях дисциплины «Анатомия и физиология человека» использую приемы технологии развития критического мышления.

До проведения практических занятий с использованием приемов технологии развития критического мышления у студентов наблюдалось низкое качество сбора информации, неумение выбрать главное, неумение выстроить логические связи теории с практикой при решении ситуационных задач, ребята неохотно работали в группах. Работая над данной темой, я разработала методические рекомендации практических занятий для преподавателей и студентов с использованием приемов технологии развития критического мышления по темам, относящимся к физиологии человека.

Основными этапами практического занятия при использовании технологии «Критическое мышление» являются: стадия вызова, стадия осмысления и стадия рефлексии.

На первом этапе преподаватель ставит перед обучающимися, цель изучения нового материала и пробуждает интерес к рассматриваемой проблеме, а также выявляет уже имеющиеся знания и отношение студентов к изучаемой теме. Стадия вызов предусматривает работу обучающихся с входным тест-контролем. Каждый обучающийся получает закрытый тест с 10 заданиями, где необходимо выбрать один правильный ответ. Таким образом, полученные ранее знания выводятся на уровень

осознания. Теперь они могут стать базой для усвоения новых знаний, что дает обучающимся возможность эффективнее связывать новую информацию с ранее известной и сознательно, критически подходить к пониманию новой информации.

На стадии осмысления, когда обучаемый вступает в контакт с новой информацией, читая текст, он учится отслеживать свое понимание и не игнорировать пробелы, а записывать в виде вопросов или маркировки предложенного текста то, что не понял для выяснения в будущем. Каждый высказывается о том, как он догадался о значении слов, какие ориентиры помогли ему в этом, что, наоборот, сбило его с толку. Такому самоанализу нужно обязательно учить наших студентов. Дальнейшая отработка и закрепление знаний происходит в других формах работы. В групповой работе должны присутствовать два элемента - индивидуальный поиск и обмен идеями, причем личный поиск непременно предшествует обмену мнениями. Стадия реализации (осмысления) подразумевает деление одной подгруппы обучающихся на четыре небольшие группы. Каждая группа получает задания: первая и вторая группы работают с предложенным текстом для маркировки по системе I.N.S.E.R.T. с инструкцией по выполнению задания; третья и четвертая группы получают по три ситуационные задачи с инструкцией по выполнению задания. После отведенного времени на работу с предложенным заданием отводится время на обсуждение в подгруппе правильных ответов. Первая группа представляет текст, комментирует его, дает свои предположения, отстаивает свою точку зрения. Преподаватель выводит на экран интерактивной доски текст для первой группы. Совместно все обучающиеся подгруппы заслушивают ответ, задают вопросы, обсуждают. Также происходит действие со второй группой обучающихся. Третья подгруппа зачитывает ситуационные задачи, дает ответы, комментирует. Преподаватель выводит на экран интерактивной доски ситуационные задачи для третьей группы обучающихся. Вся группа активно вступает в обсуждение. Четвертая группа обучающихся аналогично третьей группе представляет результаты проделанной работы. Воздействие на зрительный анализатор активизирует эмоциональную сферу обучающихся, положительно влияет на активность мыслительных процессов. В заключение стадия реализации заканчивается терминологическим диктантом, где каждый обучающийся получает по пять терминов. Следует признать, что обучающиеся не сразу прониклись идеями новой технологии, некоторые поначалу сопротивлялись непривычной организации обучения, так как традиционно они привыкли получать знания из объяснений преподавателя и к индивидуальному опросу. Но постепенно обучающиеся пришли к единому заключению, что так занятия проходят интереснее и надолго откладывается полученная информация в памяти.

На стадии рефлексии обучающиеся размышляют о связи с тем, что они узнали на занятии, закрепляя новые знания, активно перестраивают свои представления с тем, чтобы включить в них новые понятия. Живой обмен идеями между обучающимися дает возможность ребятам познакомиться с разными точками зрения, учит внимательно слушать товарищей, работать в команде и аргументировано защищать свое мнение. Последняя стадия подразумевает именно творческое применение полученных знаний, навыков и умений. Стадия рефлексии представлена терминологией и оценением знаний каждого обучающегося. Каждому обучающемуся дается по 5 терминов, для которых он пишет формулировку. Оценки озвучиваются и обосновываются. В конце занятия все обучающиеся отмечают важность и пользу подобных уроков и выражают желание к дальнейшей работе в данном направлении. Таким образом, реализуется еще один критерий эффективности инновационного процесса. Мы формируем личность, способную к непрерывному обучению и самообразованию, что так необходимо конкурентоспособному специалисту.

Необходимо отметить, что использование приемов технологии развития критического мышления позволило использовать накопленный опыт и созданные

научные теории, объединить все в одну систему, выработать алгоритм построения занятия, значительно повысить результативность уроков, сэкономить время.

Использование на практических занятиях приемов технологии развития критического мышления позволяет обучающимся, работать активнее. Эффективно воспринимать информацию, вырабатывать умение работать в группе, умение слушать и дополнять товарищей, умение выделить главное в получаемой информации, повышение интереса к изучаемой дисциплине.

Литература:

1. Генике, Е. Как преподавать студентам, которые не хотят учиться? [текст]: журнал/Е. Генике. // «ALMA MATER» - №10. - 1999. - С. 17-28.
2. Загашев, И.О. Критическое мышление: технология развития [текст]: учебное пособие/ И.О. Загашев, С.И. Заир-бек. – Спб.: Изд-во «Альянс Дельта», 2003. – 284 с.
3. Стал, Д. Критическое мышление – углубленная методика: подготовлено в рамках проекта «Чтение и письмо для Критического мышления». [текст]: учебное пособие/ сост. Дженни Стал, Курт Мередит, Чарльз Темп.
4. Татьянушкин, Д.В. Методологические аспекты обучения студентов критическому анализу источников информации. [текст]: // «Среднее профессиональное образование». - №8. - 2013. – С. 13-15.
5. Халперн, Д. Психология критического мышления: учебное пособие/ Диана Халперн. – Спб, Изд-во «Питер», 2000. – 250 с.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЦЕНТРА СОДЕЙСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Н.В. Моисеенко, Г.М. Тараскина

БОУ Омской области «Медицинский колледж», г. Омск

Происходящие преобразования в нашей стране во всех сферах ее жизнедеятельности закономерно вызывают потребность внесения определенных изменений в систему здравоохранения, направленных на дальнейшее совершенствование медицинского обслуживания населения.

В современных условиях среди неотложных задач на первый план выдвигается совершенствование кадровой политики, направленной на развитие кадрового планирования, наращивание и рациональное использование человеческих ресурсов, совершенствование системы оплаты и улучшения охраны труда работников здравоохранения, их социальной защиты, совершенствование системы подготовки персонала.

Качество медицинской помощи определяется не только оптимальностью организационных форм, состоянием материально-технической базы здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов. Медицинские кадры являются главной, наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения.

В настоящее время остается актуальной проблема подготовки конкурентоспособных выпускников, их трудоустройство и закрепление на рабочем месте.

Качественная подготовка специалистов возможна при тесном сотрудничестве образовательного учреждения и учреждений практического здравоохранения.

В течение многих лет осуществляется сотрудничество колледжа и учреждений здравоохранения, цель которого – повышение качества профессиональной подготовки специалистов медицинского профиля, удовлетворение текущих и перспективных потребностей регионального здравоохранения в квалифицированных средних медицинских работниках.

Бюджетное образовательное учреждение Омской области «Медицинский колледж» (далее - БОУ ОО «МК») ведет подготовку специалистов среднего медицинского звена по 5-ти специальностям базового уровня образования и углубленной подготовки.

На современном этапе реформирования системы здравоохранения и образования, в том числе и в Омской области наметился ряд вопросов, требующих комплексного решения, а именно:

- в учреждениях здравоохранения Омской области и г. Омска имеется большая потребность в медицинских кадрах, связанная, с одной стороны, с открытием новых структурных подразделений больниц, с другой – их оттоком;
 - возникла потребность в углубленной подготовке специалистов сестринского дела;
- сохраняется проблема адаптации молодых специалистов в коллективе, их социальной защите и закреплении на рабочих местах.

Для решения этих вопросов перед колледжем поставлены задачи:

- определение плана и структуры набора в соответствии с потребностями регионального здравоохранения в средних медицинских работниках;
- целевая подготовка специалистов для конкретных учреждений здравоохранения;
- улучшение практической подготовки студентов, смещение требований к выпускникам колледжа в область повышения компетенции и квалификации;
- обеспечение выпускников работой по специальности, их профессиональная адаптация, закрепление на рабочем месте и социальная защита.

С 2004 г. возобновлена работа комиссии по трудоустройству выпускников колледжа.

В 2007 г. была унифицирована работа комиссии по трудоустройству выпускников колледжа, в том числе был разработан ряд документов:

- программа по трудоустройству выпускников БОУ ОО «МК»;
- информационные письма и запросы главным врачам учреждений здравоохранения;
- уведомления о трудоустройстве выпускников;
- унифицированная форма списков студентов по специальностям для работы комиссии по трудоустройству;
- анкета обратной связи с учреждениями здравоохранения.

В 2009 году комиссия по трудоустройству выпускников реорганизована в Центр содействия трудоустройству выпускников колледжа, работа которого в соответствии с планом строится в течение всего года.

Учитывая, что с юридической точки зрения вопрос фактического трудоустройства выпускников является добровольным делом и механизмы обязательного трудоустройства в то или иное лечебное учреждение не разработаны, нашим основным инструментом является индивидуальная работа с каждым выпускником.

Одной из форм работы по повышению заинтересованности у выпускников в будущем месте работы является углубленное изучение дисциплин по заказу региональных учреждений здравоохранения. Возможность такой целенаправленной подготовки предусматривалась за счет регионального компонента государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования на выпускном курсе. Во время обучения студенты имели возможность лучше ознакомиться с лечебным учреждением, персоналом, условиями работы. Происходил естественный «отсев» студентов связанный с их неготовностью работать в данном учреждении, кроме того, и медицинский персонал имел возможность присмотреться и лучше узнать студента - будущего молодого специалиста.

У нас имеется опыт такого сотрудничества с ведущими учреждениями здравоохранения региона: областной клинической больницей, областным онкологическим диспансером, областной детской клинической больницей и клинической психиатрической больницей.

Преподавателями колледжа были разработаны программы углубленного изучения дисциплин:

- «Сестринское дело в психиатрии»
- «Сестринское дело в онкологии»
- «Медицинская сестра палаты интенсивной терапии»
- «Медицинская сестра терапевтического отделения»
- «Медицинская сестра хирургического отделения»
- «Медицинская сестра с углубленной подготовкой по неонатологии»

Так в результате сотрудничества с клинической психиатрической больницей в течение 3-х лет колледжем подготовлено - 43 специалиста сестринского дела с углубленным изучением

дисциплины «Сестринское дело в психиатрии». Из них трудоустроились в данное учреждение - 36, что составило (84%).

Другой формой работы является профориентация студентов, как выпускных, так 2-3 курсов. С этой целью колледжем и больницей проводятся акции «День выпускника», конференции, встречи, где руководители сестринских служб выступают с информацией о своих учреждениях, что также повышает у студентов интерес к данному учреждению. При таком общении студенты имеют возможность задать интересующие их вопросы и получить ответы.

В течение многих лет осуществляется сотрудничество колледжа и бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Областная клиническая больница» (далее - БУЗ ОО «ОКБ»).

Была разработана Программа «Создания единого профессионального образовательного пространства БОУ ОО «Медицинский колледж» и БУЗ ОО «Областная клиническая больница» на 2009 – 2013 гг. Основная цель программы: повышение качества профессиональной подготовки специалистов, удовлетворение текущих и перспективных потребностей в квалифицированных медицинских работниках со средним образованием БУЗ ОО «ОКБ».

На базе больницы организована учебная и производственная практики. Учебные занятия проводятся по 14 профессиональным модулям для 5 специальностей реализуемых в колледже, в среднем в течение года проходят обучение 20 групп (510 студентов).

На производственную практику ежегодно выходят 18 групп (440 студентов), в том числе:

- по профилю специальности - 14 групп (350 студентов);
- преддипломную практику – 4 группы (110 студентов).

Колледж внес необходимые изменения в учебные планы по подготовке выпускников: увеличил объем часов, выделяемых на изучение разделов профессиональных модулей, и привлек специалистов больницы к процессу обучения студентов.

Руководители сестринской службы больницы провели маркетинговые исследования по выявлению студентов, желающих трудоустроиться в БУЗ ОО «ОКБ».

В рамках реализации программы было подготовлено 256 специалистов, из которых 195 выпускников колледжа пришли работать в больницу, в том числе по специальностям: Лечебное дело - 8чел., Сестринское дело-152 чел. и Акушерское дело – 35человек.

Показатели трудоустройства выпускников БОУ Омской области «Медицинский колледж» за 2009-2013 гг.

Специальность	Всего закончили обучение (количество выпускников)	Из всех выпускников - призывники, лица, находящиеся в отпуске по беременности и родам или по уходу за ребенком (чел., %)	Всего трудоустроились после окончания обучения (за искл. гр. 3, 5, 6 чел., %)	Продолжат обучение в ВУЗе (чел., %)	Не трудоустроились или работают не по специальности (чел., %)
1	2	3	4	5	6
Лечебное дело	456	54/11,9	374/82,0	23/5,0	5/1,1
Сестринское дело	601	43/7,2	515/85,7	20/3,3	23/3,8
Акушерское дело	243	19/7,8	217/89,3	7/2,9	-
Стоматология профилактическая*	23	2/8,7	18/78,3	2/8,7	1/4,3
Стоматология ортопедическая	190	17/8,9	150/79,0	9/4,7	14/7,4
ИТОГО	1513	135/9,0	1274/84,2	61/4,0	43/2,8

*по специальности Стоматология профилактическая выпуск состоялся в 2012 и 2013 годах в соответствии с проводимым набором.

В результате проведенного мониторинга можно говорить, что трудоустройство выпускников в течение 5 лет составляет от 78% до 89%, как студентов обучающихся на бюджетной основе, так и студентов обучающихся с полным возмещением затрат на обучение.

Литература:

1. Бершадская М. Б. Как найти хорошую работу по специальности [Текст] /М. Б. Бершадская // Старшая мед. сестра.– 2014. – № 2. –С. 3–11.
2. Иванова Н. В. О работе в колледже службы содействия выпускников [Текст] /Н. В. Иванова // Среднее проф. образование. Прил. – 2013. – № 9. –С.13–17.
3. Кичатова Е. Ю. Трудовая адаптация молодых специалистов [Текст] / Е. Ю. Кичатова // Сестр. дело.–2010. – № 3. – С. 44– 46.
4. Мнение студентов медицинского колледжа о проблемах среднего профессионального образования и перспективах трудоустройства [Текст] / Е. Е. Глубоковская [и др.] // Глав. мед. сестра. –2012. – № 12. – С. 102–109.
5. О взаимодействии профессиональных образовательных учреждений и работодателей по подготовке и трудоустройству специалистов [Текст] // Официальные документы в образовании. – 2008. – № 36. – С. 86– 95.
6. Сулимова Т. В. Организация работы по трудоустройству выпускников колледжа в условиях социального партнерства [Текст] / Т. В. Сулимова // Среднее проф. образование. Прил.– 2014. –№ 8. – С. 3– 13.

ОПЫТ РУКОВОДСТВА ДИПЛОМНЫМИ РАБОТАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

И. П. Овчинникова

ГБОУ СПО Кемеровский областной медицинский колледж, г. Кемерово

Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности Лабораторная диагностика определил в качестве Государственной (итоговой) аттестации подготовку и защиту выпускной квалификационной работы. Обязательное требование – соответствие её тематики содержанию одного или нескольких профессиональных модулей. В 2014 году в Кемеровском областном медицинском колледже состоялся первый выпуск медицинских лабораторных техников, которые в завершение обучения по основной образовательной программе выполнили и защитили выпускные квалификационные работы. Выпускная квалификационная работа выполнялась в медицинском колледже в форме дипломной работы.

Область профессиональной деятельности выпускников этой специальности – клинические, микробиологические, иммунологические и санитарно-гигиенические лабораторные исследования в учреждениях здравоохранения и научно-исследовательских институтах [1]. Выполнение выпускной квалификационной работы призвано способствовать систематизации и закреплению полученных студентом знаний, умений, навыков, общих и профессиональных компетенций. В числе профессиональных компетенций, соответствующих основным видам профессиональной деятельности – проведение лабораторных санитарно-гигиенических исследований. По данному профессиональному модулю студентам были предложены различные темы квалификационных работ, которые включали изучение обеспеченности рационов студентов макро- и микронутриентами, загрязнения чужеродными химическими веществами различных объектов внешней среды и влияние этих факторов на здоровье людей, проживающих в условиях экологического неблагополучия, чем отличается Кузбасс, влияние излучения мобильных телефонов и компьютеров на здоровье населения.

В соответствии с Положением «О выпускной квалификационной работе» [2], принятом в нашем колледже, целями выпускной квалификационной работы являются систематизация и углубление теоретических и практических знаний по избранной специальности, их применение при решении конкретных профессиональных задач, а также развитие и демонстрация навыков самостоятельной работы. Студент должен показать знания по избранной теме и умение проблемно излагать теоретический материал; умение анализировать и обобщать литературные источники, решать практические задачи, формулировать выводы и предложения;

продемонстрировать навыки проведения анализа и расчётов, экспериментирования и владения современной вычислительной техникой; умение грамотно применять методы оценки эффективности предлагаемых мероприятий. Студентам предоставляется право выбора темы исследования, которые разработаны преподавателями колледжа, но они могут предложить и свою тему выпускной квалификационной работы, обосновав целесообразность её выполнения. После утверждения темы работы студент вместе с научным руководителем составляет план выполнения квалификационной работы. Для эффективного управления выполнением работы составляется «Карта руководства выпускной квалификационной работой» [2]. В начале учебного года предлагаются темы работ, происходит закрепление студентов за руководителями, разрабатывается календарный график на весь период выполнения работы; в октябре окончательно формулируется тема, намечается структура работы. Далее студент собирает теоретический и первичный практический материал в процессе проведения исследования, обрабатывает и анализирует его, готовит черновик работы по главам, формулирует совместно с руководителем положения, выносимые на защиту. Руководитель в соответствии с картой руководства регулярно проверяет ход выполнения работы, даёт свои замечания, которые студент в определённые сроки должен устранить. В мае студент дорабатывает текст дипломной работы в соответствии с замечаниями и передаёт окончательный вариант работы руководителю. Руководитель готовит отзыв, и работа направляется на рецензирование. В июне готовится текст выступления, презентационный материал, ответы на замечания, отражённые в рецензии, при необходимости – раздаточный материал.

Одна из дипломных работ, выполненных по ПМ.06 Проведение лабораторных санитарно-гигиенических исследований – «Гигиенические аспекты применения пестицидов в Кузбассе». В структуре химических загрязнителей окружающей среды, способных оказывать существенное влияние на состояние здоровья населения, включая детское население, особое место занимают пестициды. Это связано с их стойкостью в объектах среды (почва, вода, растения), выраженной биологической активностью и способностью мигрировать, а в ряде случаев и циркулировать в природных биоценозах, загрязнять продукты питания. Это определило актуальность исследования. Целью работы было изучение гигиенических аспектов применения пестицидов в Кузбассе. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. познакомиться с общей характеристикой пестицидов и их гигиенической классификацией;
2. изучить группы пестицидов по химической структуре, их токсикологическое действие и формы применения;
3. ознакомиться с санитарно-гигиеническим контролем применения пестицидов;
4. освоить методы исследования пестицидов в лабораторных условиях;
5. проанализировать применение пестицидов на территории Кемеровской области.

Структура работы включала введение, 3 главы, заключение и список использованной литературы. В первой главе дан литературный обзор, освещающий гигиеническую характеристику пестицидов. Раскрыта история применения пестицидов, дана их общая характеристика и гигиеническая классификация, изучены группы пестицидов по действию и химической структуре, форме применения, а также представлена система санитарно-гигиенического контроля применения пестицидов.

Вторая глава посвящена исследованию пестицидов в лабораторных условиях. За время прохождения производственной практики по профилю специальности по профессиональному модулю «Проведение лабораторных санитарно-гигиенических исследований», студенты работали в санитарно-гигиенических лабораториях ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области». Они участвовали в работе испытательного лабораторного центра, который включает в себя 15 лабораторных подразделений: бактериологическая, лаборатория особо опасных инфекций, вирусологическая, санитарной бактериологии, эпидемиологической бактериологии, лаборатория радиационного контроля, паразитологическая лаборатория, отделение метрологии, стандартизации и аккредитации, отделения исследования воздушной среды, воды, пищевых продуктов, физико-химических методов исследования, отделение неионизирующих излучений, отделение профилактической токсикологии.

В лаборатории отделения профилактической токсикологии проводится контроль за пестицидами в различных объектах окружающей среды и биологическом материале. В этом

отделении студенты участвовали в качественном и количественном определении пестицидов. Для исследования зерновой продукции, кормов и продуктов питания в отделении профилактической токсикологии применяются современные методы исследований: физико-химические, биохимические, электрохимические хроматографические, спектрометрические, органолептические, биотестирование и другие. В дипломной работе подробно описаны современные методы обнаружения пестицидов в пищевых продуктах, продовольственном сырье и объектах окружающей среды, приведены фотографии использованных в исследовании приборов и этапов собственно исследовательской работы.

В третьей главе обобщены материалы об использовании пестицидов на территории Кемеровской области, дан сравнительный анализ объёмов использованных препаратов за последние годы. Приведены и проанализированы данные государственного санитарно-эпидемиологического контроля за состоянием объектов окружающей среды: результаты лабораторного контроля воды хозяйственно-питьевого водоснабжения и почвы на содержание остаточных количеств пестицидов в 2011–2013 годах. Собраны материалы по оценке качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов, рассчитан удельный вес проб продуктов, не отвечающих требованиям гигиенических нормативов по санитарно-химическим показателям в Кемеровской области и в сравнении с Российской Федерацией по годам. Рассмотрены результаты лабораторного контроля проб продовольственного сырья и пищевых продуктов по городам Кузбасса, выявлены наиболее часто загрязняемые пестицидами продукты в области. Изучены возможности утилизации непригодных и запрещённых для применения пестицидов, а также обезвреживание и утилизация тары из-под пестицидов.

В разделе «Заключение» изложены основные положения дипломной работы, полученные результаты, правильно и обоснованно определены выводы, которые соответствуют поставленным задачам. Список литературы включает 31 отечественный источник, справочные правовые системы «Консультант Плюс» и «Гарант», а также профильные сайты сети Интернет: Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ФГУЗ Федерального центра гигиены и эпидемиологии.

В процессе выполнения выпускных квалификационных работ по профессиональному модулю «Проведение лабораторных санитарно-гигиенических исследований» все студенты проявили большой интерес работе, дипломы были успешно защищены, члены Государственной аттестационной комиссии отметили высокий уровень выполнения исследований и подготовки студентов.

Выпускники уверенно продемонстрировали хороший уровень владения теоретическими знаниями, практическими умениями и навыками, профессиональными компетенциями, которые получили в течение всего срока обучения, и которые в дальнейшем позволят им самостоятельно решать профессиональные задачи.

Литература:

1. Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060604 Лабораторная диагностика [Электронный ресурс] : приказ [принят 10 ноября 2009 г. N 578] // <http://www.dagminobr.ru/>. – 22 октября 2014 г. - Заглавие с экрана.
2. О выпускной квалификационной работе [Текст] : Положение: [принято на методическом совете ГБОУ СПО «КОМК» от 27.12.2011 № 60]. – Кемерово [б.и], 2011. – 8 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ КАК АСПЕКТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ю.С. Печникова

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

В рамках Городского семинара «Пропаганда здорового образа жизни» (13-14 октября 2014 г.), проводимого в г. Новокузнецке Кемеровской области в МБУ «ГМЦ «Социум» для

студентов учреждений среднего профессионального образования была представлена тема: «Эмоциональное самочувствие и умение справляться с собственными эмоциями в сложных или конфликтных ситуациях».

На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние, которое зависит, в свою очередь, от его ментальных установок. В качестве одного из аспектов здорового образа жизни выделяется эмоциональное самочувствие: психогигиена, умение справляться с собственными эмоциями, проблемами.

Вопросы, связанные с эмоциями, стрессовыми ситуациями и их влиянием на общее психологическое здоровье человека всегда будут актуальными в современном обществе. Социальная нестабильность и высокий динамизм развития жизни требуют от человека определенного уровня внутренней эмоциональной устойчивости. Однако многие из нас не умеют регулировать свое эмоциональное состояние, связанное с внешними факторами и внутренней оценкой личности на определенные условия окружающей действительности.

Современная культура активно вторгается в эмоциональный мир человека. При этом наблюдаются два, на первый взгляд, противоположных, но по сути взаимосвязанных процесса — повышение эмоциональной возбудимости и распространение апатии, утрата способности эмоционально реагировать на реальные события. Эти процессы обнаруживаются в последнее время в связи с массовым проникновением компьютеров во все сферы жизни. Подобные явления, когда эмоциональные состояния человека начинают приближаться к полюсам, когда утрачивается контроль над эмоциями и умеренные их проявления все чаще сменяются крайностями, — свидетельство явного неблагополучия в эмоциональной сфере. В результате возрастает напряжение в человеческих взаимоотношениях.

Эмоции изучали такие ученые как: Н. Д. Левитова, Б. Г. Ананьев, В. Н. Мясищев, А. Г. Ковалев, А. Ц. Пуни, К.К. Платонов, В. С. Мерлин, Ю. Е. Сосновикова.

Эмоция как процесс есть деятельность оценивания поступающей в мозг информации о внешнем и внутреннем мире. Эмоция оценивает действительность и доводит свою оценку до сведения организма на языке переживаний. Эмоции плохо поддаются волевой регулировке, их трудно вызвать по своему желанию [4].

Эмоциональный процесс включает три основных компонента:

1. Эмоциональное возбуждение, определяющее мобилизационные сдвиги в организме. Во всех случаях, когда происходит событие, имеющее значение для индивида, и такое событие констатируется в форме эмоционального процесса, происходит нарастание возбудимости, скорости и интенсивности протекания психических, моторных и вегетативных процессов. В отдельных случаях под влиянием таких событий возбудимость может, напротив, уменьшаться [6].

2. Знак эмоции: положительная эмоция возникает тогда, когда событие оценивается как позитивное, отрицательная – когда оно оценивается как негативное. Положительная эмоция побуждает действия поддержки позитивного события, отрицательная - побуждает действия, направленные на устранение контакта с негативным событием [3].

3. Степень контроля эмоции. Следует различать два состояния сильного эмоционального возбуждения: аффекты (страх, гнев, радость), при которых еще сохраняется ориентация и контроль, и крайние возбуждения (паника, ужас, бешенство, экстаз, полное отчаяние), когда ориентация и контроль практически невозможны [9].

Английский философ и социолог Герберт Спенсер говорил, что самообладание, как и все важные качества личности, развивается с помощью упражнений, поэтому человек, который хочет управлять собой должен учиться этому с юных лет. Стрессы, неурядицы, обычные бытовые хлопоты ежедневно тревожат каждого человека, вызывая бурю негативных эмоций, которые сложно контролировать [1].

Неумение регулировать свои эмоциональные состояния, справляться со своими эмоциями служит препятствием для эффективной деятельности, нарушает межличностные отношения, мешает достижению поставленных целей и осуществлению намерений, нарушает здоровье человека.

"Эмоциональная регуляция – способность или умение контролировать собственные эмоции социально приемлемыми способами" [2].

Эффективными способами саморегуляции являются следующие приемы:

- Управление дыханием.

- Приемы воображения (визуализация) – создание внутренних образов в сознании человека, то есть активизация воображения с помощью слуховых, зрительных, вкусовых, обонятельных, осязательных ощущений, а также их комбинаций.

- Управление тонусом мышц (скелетные мышцы, мимическая мускулатура).
- Самовнушение (самоприказы, самопрограммирование, самоодобрение).

Формулировки самовнушений строятся в виде простых и кратких утверждений, с позитивной направленностью (без частицы «не»).

- Управление вниманием (переключение с одного объекта на другой). Необходимо сосредоточивать внимание на положительных моментах своей жизни, чаще вспоминать приятные минуты прошлого, планировать действия, которые могут улучшить положение. Способность находить радость в жизненных мелочах присуща долгожителям.

Французский врач Г. Рубинштейн обосновал биологическую природу полезности смеха. Смех вызывает не очень резкую, но глубокую встряску всего организма, что приводит к расслаблению мышц и позволяет снять напряжение, вызываемое стрессом. При смехе углубляется дыхание, легкие поглощают воздуха втрое больше и кровь обогащается кислородом улучшается циркуляция крови, успокаивается ритм сердца, снижается артериальное давление. При смехе усиливается выделение эндоморфина, противострессорного вещества, происходит освобождение организма от гормона стресса — адреналина. Примерно тем же механизмом воздействия обладают танцы, музыка, пение и т.д.

Однако постоянное веселье — такой же уход от жизни, как и погруженность в мрачные переживания. И дело не только в том, что эмоциональные крайности могут ухудшить самочувствие и состояние здоровья. Неуравновешенность положительных и отрицательных эмоций препятствует полноценному общению и взаимопониманию. Необходимо достичь эмоционального равновесия (баланса) [1].

В психологии существуют разные методы и техники, с помощью которых можно научиться подавлять, или сдерживать, а также отключить их в нужный момент. Но все эти приемы касаются экстренных ситуаций, где просто необходимо действовать правильно во избежание негативных последствий для себя или других людей. Но владеть своими эмоциями не обязательно означает подавлять их или сдерживать.

Лучший выход – это профилактика. Ваша психика так же, как и тело, требует тщательной гигиены, способной предупредить негативные последствия для вашего здоровья. Прежде всего, нужно стать хозяином собственной жизни и внутреннего мира, постоянно работать над собой. Чтобы контролировать свои эмоции, нужно контролировать все аспекты собственной жизни.

Также необходимо учитывать, что эмоциональность рассматривается как устойчивая черта личности, связанная с ее темпераментом. Советский психофизиолог В. Д. Небылицын считал эмоциональность одним из основных компонентов темперамента человека и выделял в ней такие характеристики, как впечатлительность (чуткость к эмоциогенным воздействиям), импульсивность (быстрота и необдуманность эмоциональных реакций), лабильность (динамичность эмоциональных состояний). В зависимости от темперамента человек с большей или меньшей интенсивностью эмоционально включается в различные ситуации. Современные психологи склонны отождествлять эмоциональность с неуравновешенностью, неустойчивостью, высокой возбудимостью [1].

Особенности темперамента обязательно необходимо учитывать в различных ситуациях общения. Например, не стоит обижаться на бурную реакцию холерика, которая чаще свидетельствует о его импульсивности, чем о сознательном намерении обидеть собеседника. Ему можно ответить тем же, не рискуя вызвать длительный конфликт. Но даже одно резкое слово может надолго вывести из равновесия меланхолика — ранимого и впечатлительного человека с обостренным чувством собственного достоинства.

Чтобы научиться разумно относиться к особенностям эмоционального склада других людей, мало знать эти особенности, нужно еще и владеть собой, сохранять уравновешенность независимо от того, насколько интенсивны собственные эмоциональные реакции.

В работе со студентами по формированию навыков саморегуляции необходимо работать над развитием самосознания (знания своих внутренних состояний, предпочтений, возможностей), личной компетентности (умения справляться с собой), саморегуляции (умения справляться со своими внутренними состояниями и побуждениями), мотивации (эмоциональной склонности, которая направляет или облегчает достижение целей), эмпатии (осознания чувств, потребностей и забот других людей), социальных навыков (способности

вызывать у других желательную для вас реакцию) (Структура эмоциональной регуляции по Гоулману) [5].

Работа психолога строится с учетом выше приведенных критериев работы, а также с учетом индивидуальных особенностей студентов. Также предполагается постоянный контроль, выявление «группы риска» (повышенная тревожность, агрессивность, враждебность и т.д.). Для этого необходимо сотрудничество психолога с педагогами, заведующими, медицинским работником, социальным педагогом.

Литература:

1. Головаха, Е.И. Психология человеческого взаимопонимания / Е.Н. Головаха, Н.В. Панина. — Киев, 1989.
2. Жмуров, В.А. Большая энциклопедия по психиатрии / В.А. Жмуров. - 2-е изд. – М., 2012.
3. Кураев, Г.А. Психология человека / Г.А. Кураев, Е.Н. Пожарская. – М., 2002.
4. Маклаков, А.Г. Общая психология / А.Г. Маклаков. - СПб.: Питер, 2006. - 582 с.
5. Мананикова, Е.Н. Психология личности / Е.Н. Мананикова. - 2-е изд. - М.: Дашков и К, 2009. - 218 с.
6. Немов, Р.С. Общая психология: [крат. курс] / Р.С. Немов. - СПб.: Питер, 2008. - 304 с.
7. Психологический словарь. / Под ред. А.В. Петровского. - Ростов-на-Дону, 1999. - 364 с.
8. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. - СПб.: Питер, 2007. - 712 с.
9. Саблин, В.С. Психология человека: учебник / В.С. Саблин, С.П. Славка. - М.: Дашков и К, 2006. - 741 с.
10. Столяренко, Л.Д. Основы психологии / Л.Д. Столяренко. - 8-е изд., перераб. и доп. - Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 671 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОСОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА НА ЗАНЯТИЯХ ПСИХОЛОГИЕЙ

О.Б. Раева

БОУ Омской области «Медицинский колледж», г. Омск

Одной из центральных задач, стоящих перед здравоохранением, является задача оказания качественной медицинской помощи, в центре которой должен быть человек, а не его болезни. Такой подход требует, с одной стороны, осмысления тех психологических и личностных характеристик, которыми должны обладать медицинские работники, а с другой стороны, форм и методов их профессиональной подготовки.

Выбирая профессию, человек не всегда задумывается о соответствии своих личностных особенностей требованиям будущей профессиональной деятельности. Опрос показал, что среди студентов первого года обучения таких немало - 32,6%. Кроме того, известно, что старшеклассники, находясь на этапе выбора профессии, вообще имеют о себе довольно поверхностное представление и при этом, либо завышают, либо занижают свои личностные возможности.

Таким образом, в процессе профессионального обучения необходимо:

1. Сформировать адекватное, т.е. реальное, представление студентов о себе.
2. Систематизировать представление о требованиях, предъявляемых к личности медицинского работника.
3. Создать условия для самостоятельной осознанной коррекции студентами своих индивидуальных, профессионально значимых качеств.

Весь процесс профессиональной подготовки медицинских кадров в нашем учебном заведении призван выполнять эти задачи. Но именно на занятиях по дисциплине «Психология» у студентов есть возможность глубже познать себя как личность, осмыслить и обсудить сложности работы с людьми, понять механизм саморегуляции своих эмоций и поведения.

Зачастую в качестве основы или стержня профессии выделяют процесс становления *профессионального самосознания*, где рассматривают условия и способы его формирования, движущие силы его развития, факторы, влияющие на качество его сформированности. Эта задача может довольно успешно решаться в процессе занятий психологией.

Программа по учебной дисциплине «Психология» для всех специальностей включает в себя три взаимосвязанных раздела: «Общая психология», «Социальная психология», «Медицинская психология». Изучаемый материал построен довольно логично, т.е. от осмысления своего «Образа - Я» до осознания своей роли в мире людей и, в частности, в построении профессионально-направленной личности.

Мною было проведено исследование с *целью*: выявить динамику формирования и развития профессионального самосознания студентов в процессе занятий психологией. В связи с данной целью были поставлены следующие *задачи*:

1. Выявить представления студентов первого года обучения о своей личности, их готовность к работе над собой, к самосовершенствованию.

2. Активизировать и мотивировать процесс самопознания, способствовать личностному росту будущих специалистов.

3. Помочь студентам в самостоятельной, осознанной коррекции своих личностных характеристик, необходимых для профессиональной деятельности.

4. Получить оценку личностной готовности выпускников к работе в медицине и выявить роль психологической грамотности в этой подготовке.

В работе использовала *анкетный метод опроса* студентов отделений «Лечебное дело» и «Сестринское дело». Для того, чтобы в дальнейшем оценить результаты проделанной работы и изменения в личностной сфере студентов составила две анкеты. Одну - для опроса студентов первого года обучения. Включила в неё вопросы, ответы на которые показали представление обучающихся о себе и их готовность к профессиональному саморазвитию. Кроме того, эти данные помогли мне расставить акценты в процессе преподавания дисциплины. На четвёртом курсе, предложила другую анкету, в которую, среди прочих, повторно включила несколько вопросов из первой. Это позволило сравнить результаты и увидеть динамику изменений.

Начиная занятия со студентами нового набора, всегда интересуюсь, что они знают о психологии, каково практическое применение психологических знаний, зачем, на их взгляд, эта дисциплина включена в программу обучения. Редко приходится слышать о роли психологии в процессах самопознания, саморазвития, саморегуляции. Так, на вопрос «Готовы ли Вы к работе над собой, к самоизменению, к самосовершенствованию?», первокурсники ответили:

- *готов* – 74,8 %;

- *нет, не готов* – 8,5 %;

- *считаю, что мне нечего в себе менять* – 16,6 %.

Как видим, работать над собой готовы далеко не все. Эта установка порой меняется, когда приступаем к рассмотрению индивидуально-психологических характеристик личности. Полученную информацию каждый невольно примеряет на себя. На практических занятиях, выполняя упражнения, решая проблемные задачи, обсуждая результаты заданий-самоисследований, у студентов появляется возможность взглянуть на себя другими глазами, ещё раз оценить свои качества, самостоятельно обдумать и составить свой «Образ-Я».

Для личностного развития студентов важно и необходимо создавать благоприятный климат на занятиях, безопасную и доброжелательную атмосферу взаимодействия в процессе обучения. Для этого *следует таким принципам*:

- позитивное и уважительное отношение к самостоятельным суждениям и выводам студентов;
- активное использование личного опыта обучающихся;
- поощрение проявлений инициативы и активности;
- создание положительного эмоционального настроения, как на индивидуальную, так и на совместную работу в ходе занятия;
- формирование собственного отношения к событиям, людям.

Нередки на занятиях дискуссии, как спровоцированные преподавателем, так и возникающие спонтанно. Они демонстрируют студентам сложный внутренний мир человека, убеждают в необходимости познавать его, наблюдать за ним, уважать его.

Одну из профессионально важных проблем мы обсуждаем на практическом занятии по теме «Эмоционально-волевая сфера личности». Здесь студенты узнают не только об особенностях эмоциональных и волевых процессов, но и о возможностях контроля и управления ими. Не секрет, что работа в медицине сопряжена с эмоциональной нестабильностью, как пациентов, так и самого медперсонала. Но если пациенту, в связи с его

состоянием, простительна неуравновешенность, то медицинскому работнику «распускаться» не должно, это непрофессионально. Опрос студентов первых и выпускных курсов показал, что эта проблема актуальна и для тех, и для других. На вопрос «Сформированы ли у Вас личностные качества, необходимые для успешной профессиональной деятельности в медицине?», больше всего отрицательных ответов получили:

- «*стрессоустойчивость*» (2 курс - 39,3%; выпускники - 37,3 %);
- «*волевые качества*» (2 курс - 18,1%; выпускники - 16,3%).

Студенты единодушно признаются, что сложнее всего справиться с отрицательными эмоциями. После совместного обсуждения, выполнения предложенных упражнений и ситуационных задач, приходим к выводу - справиться с эмоциями, не значит подавить их! Подводя итоги этой темы, подчёркиваю: *«Когда Вы научитесь сами себе оказывать психологическую помощь, разрешать свои внутренние противоречия, осуществлять эмоциональный самоконтроль, только тогда сможете помочь другим!»*

Медицинская деятельность насыщена человеческими отношениями. Поэтому коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой медицинского работника. Сформированной эту компетентность считают 74,2 % опрошенных первокурсников. Этот показатель, думаю, не соответствует реальности. Начиная студенты имеют слабое представление о том, что такое «коммуникативная компетентность», или уравнивают это понятие с понятием «общительность». Понять эту разницу помогают практические задания, которые предлагается выполнить студентам в период пребывания в лечебных учреждениях. Студенты наблюдают различные ситуации общения и взаимодействия медперсонала с пациентами, коллегами, кратко фиксируют, а затем анализируют. Безусловно, это весьма кропотливая работа, и не все студенты способны сразу справиться с ней, сделать глубокий анализ. Поэтому с уважением выслушиваем любую точку зрения, деликатно и аргументировано подводим друг друга к истине.

Хороший эффект для осознания этой темы, даёт использование на занятиях элементов тренинга общения. Например, одно из упражнений «Комплимент» нацелено на умение видеть сильные стороны, положительные качества у любого человека и, главное, найти нужные слова, чтобы сказать ему об этом. Рефлексия участников упражнения помогает осознать всем, что принимать человека таким, какой он есть, и замечать в нём, прежде всего, достоинства - это мудро, это продуктивно, это приятно, причём, обеим сторонам. Студенты-выпускники значительно осознаннее принимают такую установку и отмечают, что, применяя выше указанные принципы общения на практике, получают лучший результат взаимодействия. Об этом заявили 96% опрошенных выпускников.

Ещё одна форма работы по этой и другим темам - это самостоятельная работа студентов. Кроме привычных форм - изучение дополнительной литературы, конспектирование, составление задач, таблиц, схем, использую такие как, мини-сочинение, самонаблюдение и самоанализ.

Одной из ключевых тем раздела «Медицинская психология», является тема «Психология медицинской деятельности». Здесь есть возможность сделать акцент на следующих проблемах: специфика медицинской деятельности; функции медицинского работника; требования к личности медицинского работника; психологические трудности адаптации в медицине; профилактика профессиональной деформации личности.

Выстраивать образ личности медицинского работника, хоть и косвенно, мы начинаем уже на первом курсе, но на четвёртом - образ рисуется осознаннее, реалистичнее, профессиональнее. Он увязывается с собственными «Я-концепциями» студентов и особенностями профессиональных функций. Анализ ответов по этой теме, позволяет сказать что, в целом будущие медицинские работники осознают ответственность, которую возлагает на специалиста практическая медицина. А 86,6 % опрошенных выпускников говорят о себе как о психологически грамотных людях, но добавляют, что ещё есть чему поучиться. Не скрывают они и своих затруднений. Например: «Мне пока не удаётся спокойно реагировать на замечания окружающих. Я либо обижаюсь, либо начинаю злиться»; «Сложнее мне работать с пожилыми людьми, я их не понимаю»; «Когда я попадаю в сложную ситуацию, начинаю торопиться, суетиться, это мешает принимать решение». Вот такие высказывания - это ли не свидетельство осознанного отношения к себе, ответственного подхода к профессиональной подготовке, а значит, можно сказать, что *движущие силы профессионального самосознания и саморазвития работают.*

Проведённое исследование позволяет сделать *вывод*. «Психология» - это базовая дисциплина, в процессе изучения которой формируются личностные качества будущего специалиста в области медицины. «Психология» - это, пожалуй, единственная дисциплина, изучая которую, студенты имеют возможность обратиться к самому себе, заглянуть в свой внутренний мир, заняться анализом и осознанием своего «Образа-Я», а через понимание себя понять мир других людей, без чего невозможно становление медицинского работника. Анализ проделанной работы позволил убедиться, что использование форм и методов личностно-ориентированной технологии даёт отличный эффект в формировании профессионального самосознания студентов.

Литература:

1. Карпеня Г.В. Социально-психологический портрет современного студента-медика// Профессиональное образование. Столица - 2007. - №1. - С. 22-23.
2. Ковелина Т.А., Боженкина С.А. Психологические аспекты развития профессионального самосознания будущих врачей как условие реализации компетентностного подхода в медицинском образовании // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. № 4 – С. 101-103.
3. Лебедев О.Е. Компетентностный подход в образовании // Школьные технологии. – 2004. - № 5. – С. 3-12.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ

Е. В. Скопич

*ГАОУСПО Тюменской области «Тобольский медицинский колледж им. В. Солдатова»,
г. Тобольск*

Практическое обучение студентов является составной частью образовательного процесса. Практика имеет целью комплексное освоение студентами всех видов профессиональной деятельностью по специальности, формирования общих и профессиональных компетенций, а также приобретение необходимых умений и опыта практической работы студентами по специальности.

На современном этапе в сфере медицинского образования возрастает необходимость значительного усиления практической подготовки медицинских кадров при сохранении должного уровня теоретических знаний.

Структурные изменения системы здравоохранения, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре и повышение интенсивности лечебно – диагностических мероприятий означает, что увеличивается нагрузка на специалиста и персональная ответственность каждого за свой участок работы. Потребность во владении широким спектром практических умений, жесткие требования к выполнению стандарта медицинской помощи отдают преимущества медсестре, владеющей профессиональными компетенциями, от развитости которых зависит скорость и качество оказываемой медицинской помощи.

Одним из методов повышения качества практической подготовки является использование симуляционной техники: фантомов, тренажеров, имитаторов. Симуляционный тренинг имеет ряд преимуществ перед традиционной системой подготовки обучающихся:

- пациент не страдает от действий начинающего медицинского работника;
- манипуляции отрабатываются многократно;
- работа в команде;
- выработка безопасных норм профессионального поведения.

Конечно, симуляционный тренинг не заменит в полной мере клиническую практику, однако значительно повысит уровень практической подготовки студентов, что отразится на качестве учебной и производственной практики, сократит число ошибок при диагностике, лечении и выполнении простых сестринских вмешательств.

Тобольский медицинский колледж является первым в области многопрофильным мультидисциплинарным симуляционным центром, который создан как виртуальная модель мини - клиники и включает в свою структуру:

кабинет приема больных, процедурную, перевязочную, палату интенсивной терапии, кабинет женской консультации, родовой зал, кабинет здорового ребенка, клизменную, кабинет забора анализов. Все кабинеты симуляционного центра организованы в соответствии с требованиями ФГОС нового поколения и САНПиНа. Симуляционный центр оснащен мультимедийной техникой, элементарными симуляторами, на которых можно тренироваться без компьютеров (фантомы, муляжи) и высокотехнологичными электронными симуляторами (имитирующий человек с различными заболеваниями и состояниями), на которых можно отработать тот или иной сценарий.

В центре достаточно медицинского оборудования и медицинской техники.

В симуляционном центре работают творческие, квалифицированные преподаватели, доступно доносящие информацию внедрения инноваций в работу.

Симуляционное обучение - один из активных методов обучения, который позволяет обучающемуся развивать клиническое мышление, формировать профессиональные умения и навыки, отрабатывать взаимодействия в команде, усваивать правила эффективного общения, готовить себя к самостоятельной работе.

Используя ресурсы симуляционного центра, в Тобольском медицинском колледже успешно реализуются профессиональные модули: «Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих», «Диагностическая деятельность», «Лечение пациентов различного профиля», «Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе», «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях».

На практических занятиях студенты многократно выполняют манипуляции, предусмотренные рабочими программами профессиональных модулей, формируют общие и профессиональные компетенции.

Например, в кабинете приема больных студенты формируют навыки приема и регистрации поступившего пациента, осмотра и санитарной обработки, транспортировки пациента в лечебное отделение. В процедурном кабинете студентами приобретается первичный опыт соблюдения инфекционной безопасности на рабочем месте, приобретаются навыки парентерального введения лекарственных средств. В палате интенсивной терапии студенты отрабатывают практические навыки по уходу за тяжелобольным пациентом. В палате интенсивной терапии для новорожденных и детей раннего возраста студенты осуществляют манипуляции при различных заболеваниях и неотложных состояниях, отрабатывают сердечно-легочную реанимацию. В кабинете здорового ребенка у студентов формируются профессиональные компетенции по уходу, пеленанию, кормлению, закаливанию детей. В клизменной и кабинете забора анализов отрабатываются навыки по зондированию, подготовке пациентов к эндоскопическим, рентгенологическим исследованиям, постановке различных видов клизм; изучение хирургического инструментария и формирования навыков по хирургическому профилю проводится в перевязочной.

Формирование навыков по планированию семьи, отработка акушерско - гинекологических манипуляций осуществляется в кабинете женской консультации и родильном зале. Отработка профессиональных навыков по оказанию неотложной медицинской помощи проводится в кабинете реанимации и медицины катастроф, практические умения по аускультации и перкуссии приобретаются в кабинете пропедевтики клинических дисциплин.

Одним из направлений достижения цели обучения в центре является наличие видеонаблюдения и видеорегистрации, что дает возможность преподавателям анализировать ход занятия, эффективность применяемых педагогических приемов и методов работы со студентами, оценить качество практического занятия. Преподаватель может взглянуть на себя со стороны, осуществить самокоррекцию своей деятельности.

В центре созданы условия для самостоятельной работы студентов, где они могут отрабатывать практические умения и навыки в течении всего периода обучения.

В подготовленных кабинетах симуляционного центра проводятся дифференцированные зачеты по учебной и производственной практике с участием работодателей.

Наличие симуляционного центра позволяет проводить учебную практику в имитационных кабинетах согласно рабочих программ учебной практики профессиональных модулей.

Анализируя итоги учебной практики, преподаватели профессиональных модулей отметили, что студенты, многократно отрабатывая алгоритмы практических манипуляций,

совершенствуют приобретённые умения и навыки. Это создает предпосылки для формирования практического опыта на производственной практике.

Общие и непосредственные руководители производственной практики отмечают, что студенты, приходя на производственную практику после работы в симуляционном центре, более адаптированы и психологически готовы к работе с пациентами в условиях стационара.

По результатам анкетирования студентов 100% опрошенных отметили высокую удовлетворенность созданными условиями для практического обучения в симуляционном центре, приближенными к реальному практическому здравоохранению. Повысился интерес студентов к практическим занятиям. Высокую степень удовлетворенности условиями симуляционного центра для организации образовательного процесса выразили преподаватели колледжа.

Необходимость учиться в течение всей жизни – реальная ситуация времени. Симуляционное обучение эффективно используется на обучении повышения квалификации. Реалистичное моделирование клинической ситуации обеспечивает совершенствование профессиональных и общих компетенций слушателей.

Таким образом, практическая деятельность в условиях симуляционного центра позволяет выработать способность и готовность как студентов, так и преподавателей к решению профессиональных задач.

Симуляционный центр - это эффективная практическая база для подготовки квалифицированных специалистов, владеющих профессиональными компетенциями.

РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ В РАМКАХ ДОДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ»

Н.Л. Суздалева

БОУ Омской области «Медицинский колледж», г. Омск

Психически здоровым человеком является тот, кто способен чувствовать себя достаточно счастливым со всеми находящимися рядом людьми и кто в полную силу может реализовать свои замыслы и желания.

Устав ВОЗ, 1946г.

На протяжении последнего десятилетия в городе Омске осуществляется социальное партнерство между бюджетным образовательным учреждением Омской области «Медицинский колледж» и учреждениями здравоохранения города. Так бюджетным образовательным учреждением Омской области «Медицинский колледж» и социальным партнером Омской клинической психиатрической больницы имени Н.Н.Солодникова с 2006 года была внедрена додипломная специализация «Сестринское дело в психиатрии». Нами была разработана авторская программа дисциплины «Сестринское дело в детской психиатрии», согласно которой предусмотрено чтение лекций, проведение практических занятий, итоговая аттестация в форме экзамена. Для разработки методического обеспечения додипломной специализации было использовано пособие, разработанное Омской клинической психиатрической больницей имени Н.Н.Солодникова - «Справочник медицинской сестры психиатрической клиники». Это пособие явилось фундаментальным, в нем показаны основные принципы ухода и наблюдения за различными контингентами психически больных.

Определенное место в изучении данной дисциплины было отведено самостоятельной работе студентов (СРС), как важнейшей составной части учебного процесса. Для организации СРС необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность необходимого учебно-методического и справочного материала как печатного, так и электронного, методических рекомендаций по выполнению СРС, возможность доступа в сеть Интернет;
- система регулярного контроля качества выполненной самостоятельной работы.

Итоги проделанной инновационной работы были подведены и представлены в форме обобщения опыта на цикловой комиссии «Сестринское дело» в 2014 году.

Цель данной работы - выявить творческий потенциал студентов во время выполнения СРС, подчеркнуть и продемонстрировать на примерах важность СРС и показать наиболее интересные работы.

С учетом содержания разработанной авторской программы были предложены следующие формы внеаудиторной самостоятельной работы:

- подготовка индивидуальных сообщений и рефератов;
- составление таблиц, глоссариев;
- создание альбомов с иллюстрациями, фотографиями;
- обзор периодических печатных изданий по теме занятия;
- составление конспектов: сестринский процесс при различных психических заболеваниях.
- выполнение выпускной работы во время профессиональной практики (заполнение 10-дневного листа наблюдения за пациентом с описанием психического статуса).

В последние годы с целью оптимизации методов обучения, внедрения в учебный процесс современных информационных и образовательных технологий, проведены коррективы и предложены новые формы СРС:

- создание электронных презентаций по темам занятий,
- создание на электронных носителях методических пособий для работы на занятиях,
- анализ изучаемых медицинских ситуаций, представленных в классических литературных произведениях и оформление видео фрагментов.

Виды заданий СРС, которые были использованы в работе со студентами, имели вариативный дифференцированный характер с учетом индивидуальных особенностей обучающегося. Нами были созданы методические разработки для самостоятельной работы студентов во внеаудиторное время.

Активная самостоятельная работа студентов возможна только при наличии серьезной и устойчивой мотивации. Самый сильный мотивирующий фактор - подготовка к дальнейшей эффективной профессиональной деятельности.

За 9 лет изучения додипломной специализации по 3-4 студента из группы ежегодно выбирали местом работы психиатрическую клинику. Еще одним мотивирующим фактором является высокая оценка, похвала педагога, что действительно приносит удовлетворение и является хорошей наградой за труд. Проверая и оценивая работы студентов, мы учитывали необходимость поддержания психологического благополучия личности, что включает положительный эмоциональный настрой и желание продолжать работу. Среди внутренних факторов, способствующих активизации самостоятельной работы студентов следует выделить: полезность приобретенных знаний для адаптации в социуме, для укрепления своего психического здоровья.

Так у студентов отмечался повышенный интерес при изучении таких тем как: особенности психики подросткового периода, девиантное поведение детей и подростков. Было желание пройти тестирование по определению типа своего темперамента, наличия акцентуаций характера.

Критерии оценки результатов внеаудиторной СРС были следующие:

- уровень усвоения студентом учебного материала;
- умение ориентироваться в потоке информации и выделять главное;
- обоснованность и четкость изложения материала;
- умение активно использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение сформировать свою позицию и аргументировать ее.

Наиболее креативные и грамотные студенческие работы (проекты) были полезны при проведении классных часов в нашем колледже и школах города с целью укрепления психического здоровья студентов, школьников и членов их семей.

Литература:

1. Виноградова А.М. Роль самостоятельной учебно-исследовательской деятельности в профессиональном становлении студентов медицинского колледжа [Текст] / А. М. Виноградова // Среднее профессиональное образование. – 2010. – №5. - С. 17-19.
2. Гусева О.Ю. Изучение влияния познавательной мотивации студентов на их психологическое благополучие [Текст] / О.Ю. Гусева, А.Д. Микуш // Среднее профессиональное образование.-2013.- №5. – С. 72-80.

3. Киек О.В. Проблемы психического здоровья учащихся профессиональных училищ [Текст] / О.В. Киек, Г.А. Лещева // Здоровье населения и среда обитания. - 2013. №1. – С. 46-48.

СТРАТЕГИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАДРАМИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА)

З. А. Хисамутдинова

ГАОУСПО «Казанский медицинский колледж», г. Казань

К характерным чертам Казанского медицинского колледжа относятся реализация инновационного менеджмента, поддержка и поощрение непрерывных нововведений, проведение эффективной кадровой политики, в которой большое внимание уделяется развитию кадровых ресурсов колледжа, предоставлению достаточной свободы деятельности каждого сотрудника во имя достижения общих целей.

Эффективное управление кадрами позволило создать в Казанском медицинском колледже благоприятную среду, в которой реализуется трудовой потенциал, развиваются личные способности, сотрудники получают моральное и материальное удовлетворение от выполненной работы и общественного признания своих достижений.

Одной из проблем, которая всегда стоит перед руководителем любого учреждения, является проблема создания экономических и моральных стимулов труда путем совершенствования системы оплаты. Необходимо связать количество и качество труда с его материальным стимулированием и тем самым дифференцировать заработную плату каждого конкретного работника в зависимости от уровня достижения качественных конечных результатов.

Нами разработана и успешно реализуется рейтинговая система оценки профессиональных качеств работников, которая позволяет учитывать индивидуальные различия в производительности и качестве труда у лиц, получающих одинаковый должностной оклад. На основе рейтинговой системы критериев оценки работы сотрудника определяется суммарный показатель баллов, в соответствии с которым устанавливаются размеры доплат и надбавок к его заработной плате. Доплаты и надбавки максимальными размерами не ограничиваются и определяются размерами поощрительного фонда оплаты труда. Такая система оплаты труда заметно повлияла на качество труда коллектива: каждый сотрудник стремится добиться максимальных результатов, внести личный вклад в успех своего учреждения. Индивидуальные размеры доплат и надбавок стимулирующего характера сотрудникам устанавливаются ежемесячно на основе внутреннего нормативного документа (локального акта) «Положение о порядке установления доплат и надбавок к заработной плате согласно рейтинговой оценке профессиональных качеств работников Казанского медицинского колледжа».

Основной целью деятельности преподавателей колледжа является формирование личности каждого студента как нравственного, активного, самостоятельно и рационально мыслящего человека, владеющего профессиональными знаниями, умениями и навыками. В колледже разработана форма индивидуального плана работы преподавателя, которая позволяет четко осуществлять оценку его учебно-воспитательной и методической работы по рейтинговой системе. В индивидуальных планах работы преподаватели ежемесячно отражают свою педагогическую инновационную деятельность.

В настоящее время менеджмент конкурентоспособного образовательного учреждения немислим без создания и развития системы менеджмента качества (СМК), разработки соответствующих нормативных документов, проведения в жизнь политики и стратегии в области качества. В колледже реализуется модель СМК на основе

международных стандартов качества ИСО 9001:2008, которая может быть использована в любом среднем профессиональном образовательном учреждении. В настоящее время в колледже создается модель интегрированной системы менеджмента, объединяющая в себе положения следующих документов: Межгосударственный стандарт ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», Межгосударственный стандарт ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования», Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества», Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52614.2-2006 «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования», Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента», Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 51897-2011/ Руководство ИСО 73:2009 Менеджмент риска. Термины и определения», Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 31000-2010 «Менеджмент риска. Принципы и руководство», Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО/МЭК 31010-2011 «Менеджмент риска. Методы оценки риска», стандарт SA8000:2008 «Социальная ответственность».

Преимущества создания и внедрения интегрированной системы менеджмента:

- улучшение менеджмента колледжа, в том числе в области качества;
- улучшение кадрового состава, повышение производительности труда работников, изменение менталитета персонала в сторону качества;
- соответствующее материальное вознаграждение за свой труд;
- получение персоналом удовольствия от работы;
- создание образца гуманного труда, закрепление понятия нового мышления, направленного на достижение общечеловеческих ценностей;
- улучшение имиджа колледжа, его репутации среди общества и потребителей.

Считаем, что организации должны стимулировать осуществление улучшений и инноваций за счет обучения. Обучение позволяет объединить знания, модели мышления и модели поведения персонала с ценностями организации. Обучение содействует повышению способности организации управлять своим устойчивым успехом.

В колледже разработан и успешно используется на протяжении многих лет пакет прикладных программ «Информационно-аналитическая система управления колледжем». Начиная с 1993 г. практически вся учебно-методическая, организационно-управленческая и финансовая деятельности автоматизированы. Главная цель данного проекта – оперативное координирование и управление деятельностью структурных подразделений колледжа в едином информационном пространстве. Данный пакет прикладных программ позволяет принципиально изменить подходы к проблеме управления всеми ресурсами образовательного учреждения (кадровыми, финансовыми, материально-техническими и другими).

Разработанные в колледже компьютерные технологии объединены между собой в локальную вычислительную сеть и охватывают деятельность следующих структурных подразделений колледжа: отделов основного и дополнительного профессионального образования, методического отдела, отделения комплектации, аттестационной и сертификационной комиссий, отдела кадров, приемной комиссии, библиотеки, бухгалтерии.

Информационно-аналитическая система управления колледжем содержит множество прикладных функций, делающих этот пакет удобным и производительным инструментом для решения всех задач, стоящих перед любым образовательным учреждением. Разработанные в колледже компьютерные программы создают уникальную возможность работать легче и интереснее всем сотрудникам колледжа.

В Казанском медицинском колледже разработана и, начиная с 1993 г., успешно используется информационно-поисковая система «Учет и анализ персональных данных о средних медицинских работниках», которая содержит основные данные на каждого специалиста среднего медицинского звена, работающего в системе Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Позднее аналогичная база данных была сформирована и на врачебный персонал региона. Данная информационно-поисковая система (ИПС), получившая затем название «Медицинский персонал», позволяет целостно формировать работу Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Республиканского медицинского информационно-аналитического центра, а также средних медицинских образовательных учреждений региона. По сути, она позволяет осуществлять постоянный мониторинг текущих и перспективных потребностей рынка труда здравоохранения в медицинских кадрах.

ИПС используется для анализа кадрового обеспечения как по региону в целом, так и по каждому муниципальному образованию, каждой медицинской организации, для перспективного и текущего планирования подготовки медицинских работников на додипломном и последипломном уровнях образования, а также для оперативного решения вопросов трудоустройства в соответствии с уровнем полученного образования и реальной потребностью медицинских организаций. Таким образом, ИПС позволяет поднять на качественно новый уровень планирование, прогнозирование и мониторинг подготовки и занятости специалистов, ибо есть реальная возможность проследить развитие профессиональной карьеры каждого специалиста среднего медицинского звена, начиная с момента подачи им документов в приемную комиссию среднего медицинского образовательного учреждения, освоения соответствующих основных и дополнительных образовательных программ на протяжении трудовой деятельности вплоть до его выхода на пенсию.

В колледже разработана и успешно реализуется информационно-образовательная система, представляющая собой интеграцию технической и дидактической информационно-образовательной среды, направленной на достижение гарантированных результатов обучения. Составными информационно-образовательной системы колледжа являются учебно-методические пособия управляющего типа, обучающе-контролирующие программы, электронные учебно-методические комплексы, электронные учебные пособия и иные электронные образовательные ресурсы.

Благодаря созданию и развитию информационно-образовательной системы в колледже достигается более эффективное использование учебного времени преподавателями и обучающимися, обеспечивается рациональная организация их совместной творческой деятельности, совершенствуется в целом учебный процесс, реально повышается качество образования на всех уровнях подготовки специалистов.

В колледже продолжается активное развитие здоровьесберегающего образовательного пространства в соответствии с Концепцией и программой формирования здоровьесберегающего образовательного пространства в средних медицинских образовательных учреждениях Республики Татарстан, разработанной в Казанском медицинском колледже в 2000 г.

Согласно данной концепции формирование и развитие здоровьесберегающего образовательного пространства проводится по двум интегральным направлениям:

- создание обоснованных санитарно-гигиенических условий и соответствующей материально-технической базы образовательного учреждения;
- формирование осознанного отношения каждого субъекта образовательного процесса к приоритету здоровья в жизни человека, привитие навыков здорового образа жизни.

Руководство этим процессом позволяет изменить менталитет субъектов образовательного процесса (обучающихся и сотрудников) в сторону здорового образа

жизни, приоритету здоровья и заботы о своем здоровье. Изменение сознания субъектов образовательного процесса осуществляется путем умелого применения методов психокоррекции личности каждого. Непосредственными организаторами формирования и развития здоровьесберегающего образовательного пространства в соответствии с должностными обязанностями являются высшее руководство колледжа, руководители структурных подразделений, а также преподаватели.

Все успехи Казанского медицинского колледжа достигнуты благодаря эффективному управлению персоналом, созданию сплоченного трудового коллектива, реализации таких фундаментальных принципов, как уважение к личности и таланту каждого работника, продвижение и развитие кадров, поощрение экспериментирования, справедливое вознаграждение за хорошую работу, активная ориентация на новые идеи самосовершенствования деятельности колледжа на основе базовых технологий.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ю.А. Кнни¹, З.А. Хисамутдинова²

¹Министерство здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань

²ГАОУСПО «Казанский медицинский колледж», г. Казань

Безусловно, в достижении основной стратегической цели здравоохранения — сохранении и укреплении физического и психического здоровья каждого человека, поддержании его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи — исключительно важна роль сестринского дела как важнейшей составной части системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для участия в достижении данной цели.

Основными задачами современного этапа развития отрасли здравоохранения считаем:

- создание нормативно-правовой и информационной базы для систематизации кадровых ресурсов с возможностью доступа к информации отделов кадров региональных министерств и всех медицинских организаций страны;
- разработка четких профессиональных стандартов, в том числе квалификационных требований к персоналу;
- создание условий для непрерывного профессионального развития всех специалистов здравоохранения, формирование у них инновационной ориентированности, стремления к саморазвитию и самосовершенствованию;
- материальное и моральное стимулирование качества труда и роста профессионального мастерства работников;
- проведение оценки эффективности управления кадровыми ресурсами в медицинских организациях.

Перспективы развития здравоохранения в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских работников, поэтому в республике предпринимаются целенаправленные меры по укомплектованию медицинских организаций квалифицированными кадрами с разным уровнем образования, совершенствованию качества профессиональной подготовки специалистов.

Для укомплектования государственных медицинских организаций квалифицированными кадрами в Республике Татарстан третий год заключаются 4-сторонние договора, сторонами этих договоров являются Министерство здравоохранения РТ, медицинская организация, средняя медицинская образовательная организация и сам студент или его законный представитель.

В Республике Татарстан создана система постоянного мониторинга текущих и перспективных потребностей рынка труда здравоохранения в кадрах различной квалификации с учетом перспектив развития отрасли. Благодаря использованию информационно-поисковой системы «Медицинский персонал» в регионе осуществляется планирование подготовки специалистов не только на последипломном, но и на додипломном уровнях, а также оперативно решаются вопросы трудоустройства в соответствии с уровнем полученного образования и реальной потребностью

медицинских организаций, прослеживается развитие профессиональной карьеры каждого работника здравоохранения вплоть до его выхода на пенсию.

Таким образом, регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для системы здравоохранения успешно достигается с помощью мониторинга кадров.

Для обеспечения отрасли здравоохранения кадрами, обладающими профессионально значимыми качествами, в 2014 г. в медицинских училищах и колледжах страны проведены дополнительные вступительные испытания в форме психологического тестирования для установления соответствия личности абитуриента требованиям медицинской профессии. Проведение вступительных испытаний регламентировано Приказом Министерства образования и науки РФ от 23 января 2014 г. N 36 "Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования", а также Приказом Министерства образования и науки РФ от 30 декабря 2013 г. N 1422 "Об утверждении Перечня вступительных испытаний при приеме на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования по профессиям и специальностям, требующим у поступающих наличия определенных творческих способностей, физических и (или) психологических качеств", на основании которого предусмотрены вступительные испытания при приеме на обучение по специальностям 31.02.01 Лечебное дело, 31.02.02 Акушерское дело, 34.02.01 Сестринское дело, требующим у поступающих наличия определенных психологических качеств.

Задачи профессиональной деятельности среднего медицинского персонала требуют наличия комплекса личностных свойств, включающих гуманистическую направленность личности медицинского работника (человечное, гуманистическое отношение к людям, желание им помочь), нравственно-этический стержень, а также наличие коммуникативных и организационно-волевых способностей будущих абитуриентов. Наличие совокупности предложенных качеств позволяет медперсоналу быть высокоэффективными работниками с неформальным гуманным отношением к нуждающимся в медицинской помощи людям, выполнять свой нравственный долг в обществе, а также возродит уважение и высокий социально-моральный статус медицинской профессии в России.

В работе фельдшера, акушерки (акушера), медсестры (медбрата) основным предметом труда являются люди (медицинское обслуживание), а также природа (человек как биологический объект), в связи с чем наиболее желательной является принадлежность будущего медицинского персонала к типу «человек - человек», а также к типу «человек – природа».

По результатам психологического тестирования даны рекомендации о соответствии или несоответствии абитуриентов к обучению по основным профессиональным образовательным программам среднего профессионального образования по специальностям «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и последующей работе на соответствующих должностях.

Для успешного решения задач, стоящих перед отраслью здравоохранения, требуется осуществление деятельности по следующим направлениям:

- полное укомплектование медицинских организаций персоналом;
- обеспечение рационального использования имеющихся специалистов;
- модернизация дополнительного профессионального образования специалистов;
- максимальная координация деятельности органов управления здравоохранения и медицинских организаций в части управления кадровыми ресурсами;
- управление качеством медицинской помощи на основе утвержденных критериев оценки качества работы.

Министерством здравоохранения Республики Татарстан сформирована система управления кадровым потенциалом здравоохранения с учетом структуры региональной потребности в медицинских кадрах, их оптимального размещения и эффективного использования. Следует отметить, что в регионе достаточно высок показатель трудоустройства выпускников медицинских училищ и колледжей. Так, по итогам последних пяти лет из общего числа лиц, окончивших средние медицинские образовательные организации, 81,8% успешно работают в государственных медицинских организациях Республики Татарстан. В 2013 году в государственные медицинские организации республики были трудоустроены 86,7% выпускников медицинских училищ и колледжей, что значительно выше по сравнению с

трудоустройством выпускников в других отраслях социальной сферы и реального сектора экономики Республики Татарстан.

В настоящее время в Российской Федерации осуществляется пересмотр функциональной нагрузки врачей и средних медицинских работников с различным уровнем образования, наметилась тенденция передачи отдельных трудовых функций от врачей к среднему медицинскому персоналу. Осуществлен пересмотр специальностей и далее предстоит пересмотр должностей, которые могут занимать в медицинских организациях лица с различным уровнем образования.

Актуальной проблемой в медицинских организациях является рациональность использования рабочего времени персонала. Предстоит большая работа по конкретизации трудовых функций специалистов здравоохранения, их освобождение от несвойственного им труда. В рамках осуществления максимальной координации деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций в части управления кадровыми ресурсами предусмотрено планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников с использованием современных технологий кадрового менеджмента, эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские организации квалифицированными кадрами, способными улучшить качество оказываемых медицинских услуг населению.

В современных условиях чрезвычайно важно вырабатывать у специалистов рефлексивные и акмеологические умения, потребность к постоянному самообразованию, саморазвитию и самосовершенствованию. Руководство Казанского медицинского колледжа уделяет пристальное внимание формированию и развитию не только грамотного профессионального поведения и творческого характера личности работников и обучающихся, их общей и профессиональной компетентности, но и формированию и развитию у них рефлексивных и акмеологических умений.

Устойчивое развитие колледжа сопряжено с формированием и развитием рефлексивных и акмеологических умений административно-управленческого, педагогического, учебно-вспомогательного и иного персонала. Ретроспективная рефлексия используется персоналом колледжа для анализа уже выполненной деятельности и поиска областей для улучшения. Проспективная рефлексия используется при планировании, выборе наиболее эффективных способов достижения поставленных целей, а также при прогнозировании результатов деятельности. Ситуативная рефлексия используется при осмыслении возникающих производственных ситуаций, анализе происходящего, включает в себя умение соотносить собственные мысли и действия с конкретной ситуацией, а также координировать и контролировать элементы деятельности в соответствии с меняющимися условиями.

Развитие акмеологических умений обеспечивает возможность достижения высшей ступени индивидуального развития каждому субъекту образовательного процесса посредством самоорганизации, состоящей из процессов самообразования (самообучения и самовоспитания) и самореализации (самовыражения и самоутверждения). У большинства сотрудников колледжа отмечается максимум самовыражения (профессиональное акме) и максимум самоутверждения (социальное акме), благодаря внедрению принципов системы менеджмента качества, в первую очередь, принципов лидерства руководства и вовлеченности персонала.

Обучающимся в колледже даются рекомендации, касающиеся их профессионального поведения и социальной ответственности, а именно: мотивация к непрерывному профессиональному развитию на протяжении всей трудовой биографии, развитие рефлексивных и акмеологических умений, ответственное выполнение должностных обязанностей с соблюдением принципов этики и деонтологии, уважение прав пациентов и т.п.

Развитая рефлексия у специалистов, способность принимать на себя ответственность за принимаемые решения, активная жизненная позиция и направленность личности на решение возложенных задач является проявлением профессиональной компетентности их личности, что в свою очередь связано с уровнем оптимальности принимаемых решений и достижением запланированных результатов на профессиональном поприще.

Все вышеуказанное позволяет специалистам правильно определять приоритеты в жизни, позволяет каждому добиваться устойчивых успехов во всех направлениях деятельности.

КОМПЛЕКСНЫЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ КАК СРЕДСТВО УПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЕМ

О.П. Чернакова

ГБОУВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, структурное подразделение колледж, г. Омск

Социальные и экономические изменения, произошедшие в нашей стране за последнее десятилетие, привели к конкуренции на рынке труда, которая предъявляет к специалистам все более высокие требования. В данных условиях возрастает ответственность учреждений профессионального образования за качество подготовки выпускников, причем не только перед государством, но и перед молодыми специалистами. Закон РФ «Об образовании» предоставляет образовательным учреждениям большие полномочия в выборе стратегии своего развития, педагогических концепций и технологий, организационных методов работы и формировании содержания образования. Это возлагает на учебные заведения дополнительную ответственность за результаты своей образовательной деятельности.

В связи с этим при рассмотрении вопросов современного функционирования и развития профессионального образования больше выдвигаются проблемы качества образования, управления качеством в образовательных учреждениях.

Качество образования – социальная категория, определяющая состояние и результативность процесса образования в обществе, его соответствие потребностям и ожиданиям общества (различных социальных групп) в развитии и формировании гражданских, бытовых и профессиональных компетенций личности.

Управление качеством образования – комплексный целенаправленный, скоординированный процесс воздействия как на образование в целом, так на его основные элементы с целью достижения наибольшего соответствия параметров его функционирования, развития, их результатов соответствующим требованиям, нормам и стандартам.

Мониторинговая деятельность управления качеством образования выступает специфическим компонентом по выработке долгосрочной стратегии образовательной безопасности на региональном рынке труда.

В качестве гипотезы нами выдвинуто предложение о том, что успешность стратегии управления развитием колледжа обеспечит комплексный мониторинг качества подготовки специалистов в том случае, если он включает в себя:

Мониторинг внешних ресурсов (способ образовательных услуг, маркетинг, отношение общества к образовательным услугам и т.д.);

Мониторинг внутренних ресурсов (кадровые ресурсы, материально-технические, программно- методические ресурсы, входные и выходные данные).

Таким образом, комплексный мониторинг задает стратегию развития от миссии до развернутого планирования деятельности колледжа, обеспечивающих динамику качества подготовки специалистов, удовлетворяющих запросам потребителей.

Проводя анализ, мы выявили, что понятие «мониторинг в образовании» трактуется по-разному. Позиции А.Н. Майорова, М.М. Поташника более точно отражают наше видение. Мониторинг в образовании – это система сбора, обработки, хранения и распространения информации об образовательной системе или отдельных ее компонентах, ориентированная на информационное обеспечение управления, позволяющая судить о состоянии объекта в любой момент времени и дающая прогноз ее развития (А.Н. Майоров). Его можно определить как «постоянное наблюдение, за каким-либо процессом с целью выявления его соответствия желаемому результату или первоначальным предложениям – наблюдение, оценка и прогноз состояния окружающей среды в связи с деятельностью человека». Изучение сущности понятия «мониторинг» позволило нам конкретизировать сферы его применения и, тем самым, приблизиться к более точному и полному пониманию сути этого явления:

- Основные сферы, где мониторинг как способ научного исследования получил распространение - экология, биология, социология, педагогика, экономика, психология и теория управления;

- Сфера практического применения мониторинга – управление, а точнее информационное обслуживание управления в различных областях деятельности.

Для формирования мониторинга, в процессе которого осуществляется опосредованное измерение многомерных показателей качества, значительной проблемой является обеспечение высокой валидности и продуктивности инструментария, разработка критериев оценивания, индикаторов и показателей, сам процесс измерения, статистическая обработка результатов и их адекватная интерпретация. В рамках управленческого мониторинга данный

процесс усложняется также сложностью процессов отслеживания и оценки эффективности, последствий и вторичных эффектов, принятых в области управленческих решений. Мы пришли к убеждению, что в системе образования этот вид мониторинга может быть расширен за счет констатации проблемы и определения эффектов ее влияния, построения адекватных систем оценок для определения динамики ее разрешения и возможностей эффекты внешних или внутренних факторов.

В условиях нестабильности становится актуальным обращение к стратегическому управлению, которое получило распространение с 60-70 гг. 20 века в менеджменте.

Авторы известного американского учебника “Основы менеджмента” М. Мескон, М. Альберт, Д. Хедоури используют термин “стратегическое планирование” и понимают под ним “набор действий и решений, предпринятых руководством, которые ведут к разработке специфических стратегий, предназначенных для того, чтобы помочь организации достичь своих целей”. При различии терминологии российских и американских авторов, по сути, под стратегическим управлением понимается специфика управления организацией в условиях рыночных социально-экономических отношений. Следовательно, при стратегическом управлении образовательное учреждение должно планировать и осуществлять свою деятельность, исходя из того, что условия жизни постоянно меняются (А.А. Танцев).

Сопоставив все указанные позиции, мы пришли к убеждению, что стратегическое управление предполагает, прежде всего:

- Анализ внешней среды;
- Определение миссии и целей организации;
- Выбор стратегии развития;
- Оценку и контроль выполнения.

Причем, внешняя среда, в нашем случае – образовательное и социально-педагогическое пространство региона, является источником, питающим организацию ресурсами, необходимыми для поддержания ее внутреннего потенциала на должном уровне.

Таким образом, с многоаспектностью и многофактностью стратегического управления трудно свести к набору процедур и схем, у него нет строгой описательной теории. Мы не только полагаем, но пришли к твердой уверенности, что стратегическое управление организацией и особенно медицинским колледжем как компонента в региональной системе образования – это скорее всего философия, идеология работы менеджеров в условиях рыночных социально-экономических отношений. В этой связи особое значение для нас приобретает формирование маркетингового подхода в управлении образовательным учреждением.

Литература:

1. Третьяков П.И. Технологии управления образованием.
2. Галеева Н.Л. Результаты личностно-ориентированного образования.
3. Кишеев В.А. Управление качеством образования.
4. Диагностика и мониторинг в управлении образовательным процессом: Метод. пособие. Под ред. Т.Ф. Есенковой, С.Н. Митина, В.В. Елисеева. - Ульяновск: ИПК ПРО, 1997г.
5. Третьяков П.И. Управление по результатам. Практика педагогического менеджмента. - М., Новая школа, 1997.
6. Рыжаков М.В. О качестве образования: постановка вопроса / Научно-практические аспекты оценки качества в образовании: (материалы к научно-практической конференции "Качество образования: поиски и подходы"). Сост.: С.С. Кравцов, Г.И. Алексеева, С.М. Бразгалова. / Под ред. М.В. Рыжакова - Якутск: ИРО МО РС (Я), 2001.
7. Макарова Т.Д. О массовых исследованиях качества обучения // Стандарты и мониторинг. - 2001.
8. Грабарь М.И. Проблема измерений и проверка гипотез при мониторинге результатов обучения // Стандарты и мониторинг. - 2001.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА С УЧЁТОМ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЗАКАЗЧИКА

Е.А. Глазкова, Е.Г. Таткина, Л.В. Литвинова
ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Целью организации образовательного процесса в системе последипломной подготовки медицинских работников среднего звена является удовлетворение потребностей практического здравоохранения в высококвалифицированных специалистах, владеющих необходимым набором общих и профессиональных компетенций и способных выполнять свои должностные обязанности на высоком профессиональном уровне. Сам образовательный процесс осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных образовательных программ (далее - программ), а «образовательные программы определяют содержание образования» [1]. Содержание профессионального образования обеспечивает, в свою очередь, получение должной квалификации.

Отдел дополнительного профессионального образования (далее ОДПО) Томского базового медицинского колледжа (далее ТБМК) осуществляет образовательную деятельность по двум видам программ - повышения квалификации (ПК) и профессиональной переподготовки (ПП) - в соответствии с Приказом Минобрнауки от 01.07.2013 N 499. Реализация программы ПК направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. Реализация программы ПП направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации [2].

В результате освоения образовательной программы у слушателя должны сформироваться конкретные компетенции, соответствующие выбранной им специальности и вида деятельности. Перечень знаний, необходимых медицинскому работнику, занимающему конкретную должность, регламентирован в соответствующем разделе Приказа МЗ и СР РФ от 23.07.2010 N 541н. Данный справочник призван способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями, специалистами, а также служат основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда работников медицинских организаций [3].

Однако бывает так, что в должностные инструкции некоторых сотрудников входит гораздо больше обязанностей по сравнению с теми, которые предусмотрены квалификационными характеристиками вышеупомянутого приказа. Обучаясь по своей специальности на «классических» циклах ПК и ПП, данная категория медицинских работников не дополучает знаний, необходимых для выполнения своих профессиональных обязанностей в полном объеме и в соответствии с должностным предназначением.

В настоящее время ТБМК реализует возможность самостоятельного создания учебных программ, отражающих запросы в соответствующих образовательных услугах, в том числе с учетом отраслевых и региональных особенностей, а также потребностей заказчика. Однако, перечень и названия этих программ должны четко соответствовать Приказу от 05.06.1998 № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием». Опять же содержание (тематика) программ не должно выходить за рамки определённого вида деятельности и соответствовать требованиям к квалификационным характеристикам, а срок освоения программы должен обеспечивать возможность достижения планируемых результатов и получение новой компетенции (квалификации), заявленных в программе. В основном он составляет 144 часа (4 недели), 216 часов (6 недель) или 288 часов (8 недель).

Несоответствие между набором компетенций, формирование которых происходит в процессе обучения на циклах ПК и ПП в рамках имеющейся квалификации и набором компетенций, необходимых для выполнения своих должностных обязанностей в полном объеме, можно проследить на примере медицинских сестёр приёмных отделений. В содержание образовательной программы по данному виду деятельности не включены темы по иммунопрофилактике, однако, в должностные обязанности входит постановка столбнячного

анатоксина, сыворотки против змеиных укусов, прививки от бешенства. Ещё один пример – фельдшера и медсестры ФАП, ОВП, ДДУ, школ и других образовательных учреждений - в их обязанности входит проведение иммунопрофилактики гораздо в большем объёме, чем в предыдущем случае, однако в содержании образовательной программы на формирование компетенций по этому разделу работы отведено минимальное количество времени.

Не стоит упоминать о том, какой ажиотаж в настоящее время происходит вокруг вакцинации (достаточно зайти на различные форумы, где молодые мамочки обмениваются «полезными советами»), об увеличивающемся количестве отказов от прививок, о том, что поствакцинальные осложнения чаще всего возникают вследствие программных ошибок медицинских работников. Поэтому специальная подготовка данного контингента медиков по вопросам иммунопрофилактики чрезвычайно важна.

Но потребности наших заказчиков не ограничиваются только вопросами иммунопрофилактики. В условиях конкуренции ведётся постоянная борьба за качество предоставляемых медицинских услуг, а для этого каждая лечебно-профилактическая организация (далее - ЛПО) стремится иметь в своём штате наиболее ответственных и компетентных сотрудников, имеющих специальную подготовку не по одному, а по нескольким направлениям и выполняющих свою работу на высоком профессиональном уровне. В результате увеличиваются запросы на соответствующие образовательные услуги. ТБМК, постоянно сотрудничая с ЛПО города и области, в полной мере выполняет требования заказчика, создавая необходимые образовательные программы и организуя обучение медицинских работников по данным программам на циклах повышения квалификации. Таким образом, в 2013-2014 учебном году для медицинских сестёр приёмных отделений впервые был проведён цикл «Отдельные вопросы экстренной вакцинопрофилактики».

Для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских сестёр детских образовательных учреждений и общих врачебных практик проведены 4 цикла «Отдельные вопросы организации прививочного дела в педиатрии». Данный цикл с 2014-2015 уч. года включён в календарно-тематический план проведения циклов ОДПО.

Рост заболеваемости населения по ряду инфекционных заболеваний, в числе которых состояния, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), стал в последнее время причиной востребованности проведения цикла ПК «ВИЧ-инфекция», образовательная программа для которого создана ещё в 2012 году.

Для исполнения приказа МЗ РФ от 01.11.2012 № 572н и по распоряжению Департамента здравоохранения на территории ТО утверждён алгоритм оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями. В связи с чем, преподавателями ТБМК создана программа ПК «Основные аспекты оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями» и запланировано проведение обучения медицинских сестёр по данному виду деятельности.

В последнее время большое внимание уделяется борьбе с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП). ИСМП являются острой проблемой, прежде всего, здравоохранения в связи с причиняемым ими значительным социально-экономическим ущербом, который обусловлен высоким уровнем заболеваемости и летальности. Одной из наиболее частых причин возникновения ИСМП является нарушение санитарно-противоэпидемического режима. Например, гигиена рук, являясь простой процедурой, остается главной мерой по снижению нозокомиальных инфекций и распространению антимикробной устойчивости, обеспечивая безопасность во всех медучреждениях. Тем не менее, медработники нередко нарушают правила деконтаминации.

С 2014-2015 учебного года по рекомендации МЗ и СР России, Департамент ЗО ТО, ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» и ТБМК в рамках сетевого взаимодействия будет проводиться обучение всего медицинского персонала правилам обработки рук, и в настоящее время работа над соответствующей образовательной программой «Обработка рук медицинского персонала в системе профилактики внутрибольничных инфекций» уже закончена. С прошлого года, также учитывая требования заказчика, проводится обучение специалистов всех специальностей на цикле «Инфекционный контроль и инфекционная безопасность».

В настоящее время в Томске и области наиболее актуальна проблема роста онкологических заболеваний. В рамках региональной программы совершенствования онкологической помощи населению и учитывая потребности практического здравоохранения,

Департамент ЗО ТО, ТБМК и ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер», также в рамках сетевого взаимодействия, запланировал регулярное проведение 3-х дневных (16 ч.) циклов ПК по онкологии с целью оптимизации работы по раннему выявлению больных с онкологической патологией на уровне первичного звена.

Продолжая работать в том же направлении, коллектив ОДПО начал сотрудничество с ОГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Томской области» по созданию образовательных программ для специалистов по медицинскому массажу, лечебной физкультуре и физиотерапии с целью формирования у них профессиональных компетенций, необходимых для комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом.

Образовательные программы содержат всю необходимую информацию, имеющую чёткую практико-ориентированную направленность. Освоение программ завершается итоговой аттестацией слушателей, которая проходит в форме итогового зачёта. Для оценки степени усвоения слушателями учебного материала по темам циклов используются различные контрольно-оценочные средства, представленные в виде тестов, задач, билетов, содержащих теоретические и практические задания (в зависимости от вида деятельности). Слушателям, успешно освоившим программы и выдержавшим итоговый зачёт, выдаются соответствующие документы об образовании и квалификации. Квалификация, указанная в документе, даёт его обладателю право выполнять конкретные трудовые функции.

Литература:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 21.12.2012 № 273
2. Приказ Минобрнауки от 01.07.2013 N 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»
3. Приказ МЗ и СР РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"

ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОГБОУ «ТОМСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Дудченко Т.Ю., Лебедева И.Ю.

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Внедрение ФГОС нового поколения в учреждениях среднего профессионального образования стало основой изменения результата обучения. Модель подготовки специалиста ориентирована на овладение как общими, так и профессиональными компетенциями.

Формирование общих и профессиональных компетенций у студентов является многогранным, этапным и ответственным процессом. При формировании компетенций задействуются мотивации к получению новых знаний, социальные установки, волевая регуляция, самоорганизация, ответственность. Обучение в общеобразовательных школах направлено на подготовку сдачи ЕГЭ, решение тестовых заданий, ориентировано на знание теоретического материала. При подготовке будущего специалиста, необходимо преподавателям акцентировать внимание на приобретение специальных профессиональных навыков и умений обучающимися. [2]

В процессе обучения общие и профессиональные компетенции формируются преподавателями общих гуманитарных и социально-экономических дисциплин, математических и общих естественнонаучных дисциплин, общепрофессиональных дисциплин и профессиональных модулей, делая образовательный процесс интегрированным. На первых этапах обучения происходит освоение преимущественно общих компетенций, вхождение в профессию, осознание своей роли в лечебном

процессе. По мере накопления специальных знаний, возрастает значимость профессиональных компетенций, формирование квалифицированного специалиста.

Реализация компетентного подхода, заложенного в новых профессиональных образовательных стандартах, предполагает получение специальных знаний и навыков, а также воспитание определенных личностных качеств, продиктованных особенностями получаемой профессии.

Профессиональные знания являются результатом освоения фактов, явлений профессиональной деятельности, их связей, свойств и отношений. Каждый обучающийся должен обладать готовностью к немедленному и правильному использованию полученной информации при выполнении задач профессиональной деятельности [1]. Качество профессиональных знаний должно отвечать современным требованиям его будущей специальности и функциональным обязанностям. С самого начала обучения знания не являются отвлеченным теоретическим материалом, а носят прикладной характер.

Навык – это совершенное владение действием, автоматизированный компонент сознательной деятельности [1]. Успех профессиональной деятельности зависит от приобретенных навыков. Специалист, в совершенстве овладевший основами профессии, имеет возможность сосредоточиться на главном. Обучающийся до автоматизма осваивает максимальное количество специальных манипуляций, необходимых для выполнения потенциальных функциональных обязанностей по будущей специальности. Совершенствование навыков зависит от их сложности, индивидуальных особенностей и психического состояния обучающегося, методики обучения и приближение его к условиям выполнения профессиональных обязанностей.

Умение предполагает четкий самоконтроль, активность сознания, овладение обобщенными способами выполнения разных задач [1]. Многократное повторение материала, постоянная отработка практических навыков, приводит к постепенному углублению знаний и умений обучающегося.

Особенность получаемых в колледже специальностей обязывает воспитание у обучающихся высоконравственных личностных качеств (сострадание, отзывчивость, гуманность), формирование корпоративной культуры, овладение коммуникативными навыками. Это отражено в перечне общих компетенций и формируется на протяжении всего учебного процесса.

Практическое здравоохранение Российской Федерации подвергается глубокому реформированию, внедрению наукоёмких технологий, поэтому предъявляет высокие требования к специалистам разного уровня, в том числе и со средним специальным образованием. Профессиональные знания, навыки, умения и личностные качества должны составлять единое целое в системе подготовки конкурентоспособного специалиста. Для достижения заявленного результата преподавателям необходимо воздействовать не только на познавательные процессы, но и на направленность, чувства, волю, интересы, психические состояния обучающихся. При этом решающее значение имеет организация учебной деятельности в колледже в соответствии с ФГОС нового поколения.

Литература:

1. Бодалева, А.А. Активные методы обучения педагогическому общению и его оптимизация [текст]: учебное пособие /А.А. Бодалева. – М.: Педагогика, 1983. - 120 с.
2. Сидорова Ю.В. Формирование общих и профессиональных компетенций студентов среднего профессионального образования / Ю.В. Сидорова. // Педагогическое образование в России. - №6. - 2012. – С. 131-135.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ПО ХИМИИ

Ю.Ю. Зайцева

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Сначала неизбежно идет мысль, фантазия, сказка. За ними шествует научный расчет, и уже, в конце концов, исполнение венчает мысль.

К. Э. Циолковский

Новые социально-экономические условия развития России предъявляют высокие требования к подготовке специалиста. Сегодня обществу нужен инициативный, самостоятельный человек, способный постоянно совершенствовать свою личность и деятельность. Именно такая личность может адекватно выполнять свои функции, отличаясь высокой восприимчивостью, социально – профессиональной мобильностью, готовностью к быстрому обновлению знаний, расширению арсенала навыков и умений, освоению новых сфер деятельности.

Несмотря на большое разнообразие методов и технологий обучения, рекомендуемых для формирования профессиональных компетенций студентов, на сегодняшний день, пока не решен вопрос оптимизации их применения в образовательной практике, адекватно компетентностному подходу к подготовке специалистов.

Потребность в выявлении талантливых людей существует в любом обществе, а поиск и поддержка юных талантов позволяет сохранять интеллектуальную элиту государства.

Важным условием выживания и работы человека в информационном мире становится овладением методом научного познания мира и исследовательским стилем мышления.

В связи с этим, возникает насущная необходимость увеличить долю самостоятельной работы в образовательном процессе за счет использования новых источники информации на занятиях и внеурочной деятельности.

Одной из форм такой работы является учебно–исследовательская работа (УИР) студентов, которая гармонично дополняет традиционную систему обучения и имеет свои преимущества:

- помогает создавать условия для получения навыков самостоятельной поиска и обработки необходимой информации;
- процесс обучения становится индивидуализированным и самомотивируемым, выходит за рамки урока по мере повышения интереса ученика к исследовательской работе;
- повышается самооценка учеников, занимающихся исследованиями, развиваются их творческие способности;
- учащиеся коллективно осуществляют мыслительную деятельность и получают навыки презентации себя и своей работы в различных формах — устной, письменной, с использованием современных технических средств.

Кроме того, работа учащихся над исследовательскими проектами в области химии помогает им не только знакомиться с теоретическим материалом, самостоятельно определять содержание и структуру проекта, но и приобретать навыки работы с химическими реактивами и лабораторной посудой, участвовать в планировании экспериментов.

Я стараюсь активно привлекать студентов нашего колледжа к исследовательской работе, в прошлом году мы со студентами фармацевтического отделения проводили исследование анализа химических показателей готовых майонезов. Студенты самостоятельно выбрали тему и проявили к ней большой интерес, так как для студентов ведущих активный образ жизни и отдающих предпочтение «быстрой еде» эта тема является актуальной. Используя сравнительный анализ различных майонезов, мы решили определить майонезы обладающими наилучшими свойствами.

Объект исследования: готовые майонезы

Цель работы: провести сравнительный анализ майонезов различных производителей в лабораторных условиях.

Для выполнения работы были определены следующие **задачи:**

1. Выявление популярности различных марок майонеза среди учащихся на основе социологического опроса;

2. Определение химических показателей готовых майонезов;
3. Сравнение химических показателей различных майонезов, выявление майонезов, обладающими лучшими качествами.

Методы исследования: эксперимент, сравнение, анализ и социологический опрос.

При проведение социологического опроса среди студентов колледжа, было выявлено, что 86% учащихся используют в своем рационе майонез, 22% употребляют каждый день а 42% несколько раз в неделю.

Для экспериментальной части работы нами были взяты образцы 8 популярных марок майонеза, которые мы купили в магазинах рядом со общежитием. Для исследования определялись органолептические показатели (вкус, запах, консистенция), кислотность и содержание поваренной соли. Срок годности майонеза и качественный состав определяли по информации на упаковке.

Из исследованных образцов нами было выявлено что, майонез «Слобода» не содержит в своем составе компонентов ненатурального происхождения, майонез «Махеев» не содержит уксусной кислоты. Лучшими органолептическими качествами обладает майонез «Ряба» и «Кальве». Хуже других проявил себя майонезы «Моя семья» и «Махеев». Наименьшей кислотностью обладает майонез «Ряба», а наименьшим содержанием поваренной соли обладает майонез «Кальве» и «Ряба». Наименьшей срок хранения майонеза «Слобода», что говорит о большей натуральности продукта.

Таким образом, мы установили, что наиболее качественным являются майонезы «Ряба» и «Мечта хозяйки», хуже других – «Махеев».

Так же мы самостоятельно приготовили полезный майонез по, рецептам, которые мы нашли в литературе.

Проведенное исследование мы представили на областном конкурсе студенческих проектов по химии и биологии «Химия в моей жизни». В результате наша работа заняла 3 место, мы были награждены грамотами и благодарственными письмами.

Актуальность вопроса организации самостоятельной учебно-исследовательской деятельности учащихся в том что:

- Самостоятельная учебно-исследовательская деятельность обладает развивающем потенциалом и может выступать средством самореализации, самообразования, развития учащихся.
- Организация самостоятельной учебно-исследовательской деятельности предполагает создание условий для освоения учащимися не только фактологических знаний, но и способов познавательной деятельности, которые могут быть перенесены в будущую учебную и профессиональную деятельность.
- Самостоятельная учебно-исследовательская деятельность предполагает раскрытие и учет индивидуальных возможностей и особенностей учащегося, использование учебного и жизненного опыта студента.
- Самостоятельная учебно-исследовательская деятельность оказывает определенное влияние на интеллектуальную и на эмоционально – волевую сферу личности учащегося. Это проявляется в установлении психологически комфортных отношений между преподавателем и студентом, заинтересованности предметом, ценностном отношении к познанию, формировании личностных качеств – ответственности, трудолюбия и самостоятельности.

Литература:

1. Башкирова О. Б., Пуплевская Т. П. Влияние учебно-исследовательской деятельности на профессиональный уровень будущего специалиста. / О. Б. Башкирова, Т. П. Пуплевская. // Специалист. — 2009. — № 4. — С. 16–17.
2. Иванова Л. В. Проектная деятельность как способ формирования УУД. / Л. В. Иванова. // Химия в школе. — 2013. — № — С. 25–27.
3. Клименко М. Е. Метод проектов в образовательном пространстве школы. / М. Е. Клименко. // Химия в школе. — 2013. — № 10. С. 12–15.
4. Потапова Ю. И. Исследовательская работа. / Ю. И. Потапова. // Специалист. — 2008. — № 12. — С. 17–18.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.Ф. Зеленин

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Сегодняшний день показывает ряд проблем сложившихся в системе здравоохранения:

- дегуманизация медицины;
- практически отсутствует профилактическая направленность;
- на первое место выдвинулись рыночные отношения между больным и медицинским персоналом;
- лечение по стандарту;
- дороговизна лекарственных средств для пациентов и населения;
- технизм поставлен во главу угла;
- унижительная зарплата врачей и среднего медицинского персонала;
- неоправданная ходьба больного по специалистам;
- постоянные очереди, чтобы попасть к нужному специалисту;
- неоправданно большое количество анализов и диагностических исследований;
- во многих случаях пациенты сталкиваются с бездушием врачей и среднего медицинского персонала и др.

Одной из основных причин сложившейся ситуации, по нашему мнению, является недостаточное изучение истории медицины в образовательном процессе врачей и среднего медицинского персонала.

Дегуманизация медицины. Здесь неоправданно забыты или игнорируются медицинская этика и деонтология медицинская. Но центральным вопросом медицинской деонтологии являются взаимоотношения врача и пациента, где ответственность за пациента и его здоровье – главная черта нравственного долга, а разговор врача с больным - искусство. Примером нам служат представители отечественной медицины.

М.Я. Мудров (1776 – 1831) предложил в своё время клиническое обследование и индивидуальный подход к больному, а его метод опроса больного Г.А. Захарьин (1829 - 1897) довёл позже до высоты искусства. М.Я. Мудров один из первых в России применил методы объективного внешнего осмотра (аускультация, перкуссия, пальпация). Сегодня пациент на приёме у врача не всегда сталкивается с этими методами. В ряде случаев ему сразу же рекомендуют сдать неоправданно большое количество анализов, провести массу диагностических исследований (как правило, платных), посетить консультации нескольких узких специалистов.

Практическое отсутствие профилактической направленности. Ещё Н.И. Пирогов (1810 – 1881 гг.) – выдающийся представитель русской и мировой медицины, основоположник многих направлений и дисциплин говорил: «Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предохранительной».

Позже из земской медицины были взяты почти все основные принципы в созданном советском здравоохранении: профилактическое направление, общедоступность, бесплатность, участие общественности и самого населения в охране здоровья, единство науки и практики, а в 1918 году был добавлен один важнейший принцип – государственный характер.

Этика ставит требования к личности, в данном случае – к врачу, среднему медицинскому персоналу, но одновременно и перед государством и обществом о создании им таких условий работы и жизни (достойная заработная плата, жильё и др. социальные блага) при которых они могут соответствовать высоким социальным требованиям к ним как к профессионалам. С другой стороны, ссылки на имеющиеся объективные факторы – трудности в развитии здравоохранения в нашей стране (слабая материально-техническая база в отдельных лечебных учреждениях, некомплектованность медицинскими кадрами и др.) не должны заслонять самостоятельного значения субъективного, морального фактора в работе медиков, которые оказывают мощное воздействие на морально-психологический климат в лечебных учреждениях (отрицательные явления).

Для формирования врача и среднего медицинского персонала необходимы 3 момента: знания, умения и навыки; особый медицинский характер, стиль мышления и поведения, морально-деонтологический потенциал.

Переход на ФГОС СПО медицинского профиля нового поколения не предусматривает в стандартах учебные часы (аудиторные занятия) на изучение истории медицины, как основы для получения медицинских знаний самого широкого профиля. Внеаудиторные занятия (самостоятельная подготовка, кружки, рефераты, олимпиады) не смогут дать целостную картину истории медицины. Следовательно, нивелирует мотивационный фактор, снижает учебно-воспитательный процесс, где мы должны прививать уважение и любовь к избранной профессии, добросовестное отношение к работе, высокие моральные качества, воспитывать на благородных традициях отечественной и мировой медицины.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ПО ТЕХНОЛОГИИ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ

И.В. Каралова, Э.З. Шмиголь

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Удовлетворённость человека своей жизнью зависит от осознания уровня собственной успешности. Опрос, проведённый среди наших студентов, показал, что 98% из них желают быть успешными.

Россия, являясь частью мирового сообщества, ориентируется на его ценности. К ним можно отнести такие базовые качества личности, как критическое мышление, рефлексивность, коммуникативность, мобильность, самостоятельность, ответственность за результаты своей деятельности. Эти качества необходимы выпускнику-медику для его самоутверждения как успешного и компетентного специалиста. Быть признанным в обществе – естественная потребность каждого человека.

Образовательный процесс требует иного подхода, нового стиля мышления, характеризующегося открытостью, гибкостью, осознанием внутренней многозначности, альтернативностью принимаемых решений. Главной задачей преподавателя становится стимулирование самостоятельной поисковой творческой деятельности студентов, активизации процесса самообразования и самоорганизации. Среди преподавателей нашего колледжа идёт поиск и разработка педагогических технологий, позволяющих обеспечить высокий уровень образовательной деятельности.

На наш взгляд высокий потенциал в формировании общих и профессиональных компетенций заложен в технологии «Развитие критического мышления через чтение и письмо» (РКМЧП). Технология позволяет решить большой спектр проблем в образовательной сфере, является системой стратегий и методических приемов, предназначенных для использования в различных предметных областях. Она позволяет добиваться таких образовательных результатов, как умение эффективно работать с информацией в разных областях знаний; умение вырабатывать собственное мнение на основе её анализа; умение выражать свои мысли ясно, уверенно и корректно по отношению к окружающим; умение решать проблемы; способность самостоятельно заниматься своим обучением; умение работать в группе и выстраивать конструктивные взаимоотношения с людьми.

Способ «погружения» на практических занятиях – ощущение себя в роли студентов, проживание урока от постановки целей до рефлексии результатов – является сильным мотивом к её применению.

В основу технологии положен базовый дидактический цикл, состоящий из трех этапов (стадий). Каждая стадия имеет свои цели и задачи, а также набор характерных приемов. Использование всех приёмов подчиняется определённым правилам, которые обеспечивают эффективность их применения.

Первый этап работы в технологии называется стадия «вызова». Ее основное назначение активизировать имеющиеся ранее знания, пробудить интерес к теме. Преподаватель дает возможность студентам самим ставить цели обучения, что создает необходимый внутренний мотив к процессу учения. Это является альтернативой такому подходу, когда преподаватель сам конструирует процесс обучения, исходя из поставленных им целей, подразумевая, что эти цели изначально приняты студентами, как собственные. Следствие - низкая результативность обучения.

Вторая стадия – «осмысление содержания», в ходе которой идет направленная, осмысленная работа студента с текстом. Процесс чтения всегда сопровождается действиями студента (маркировка, составление таблиц, ведение дневника), которые позволяют отслеживать собственное понимание.

Третья стадия – «рефлексия» - размышления. На этом этапе студент формирует личностное отношение к информации и выражает его либо с помощью собственного текста, либо своей позиции в дискуссии. Именно здесь происходит активное переосмысление собственных представлений с учетом вновь приобретенных знаний.

Открытость наших студентов к данной технологии выявлена в ходе исследования, которое проведено с помощью разработанной нами анкеты в форме незаконченных предложений, указанных ниже.

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | а занятии мне больше всего нравится, когда преподаватель ... | Н |
| 2. | лучше понимаю новую тему, если ... | Я |
| 3. | чувствую себя более уверенно, когда ... | Я |
| 4. | становлюсь активным на занятии по акушерству, если ... | Я |
| 5. | зучаемый материал легче понять, если ... | И |
| 6. | изучаю материал с желанием, когда ... | Я |
| 7. | ухожу с занятия по акушерству в хорошем настроении, если ... | Я |

В ответах отразилось стремление студентов быть активными участниками процесса познания, их не устраивает роль пассивных слушателей. Они выразили готовность к равноправному сотрудничеству с преподавателями в поиске решений проблем. На вопрос № 1 получены ответы: «относится к нам, как к коллегам», «разбирает тему совместно с нами», «беседует», «организует работу в группах». Привлекательность групповой работы для студентов проявилась в ответах практически на все вопросы. По их мнению, такая форма деятельности снимает напряжение, повышает активность, способствует лучшему усвоению учебного материала. Вот некоторые ответы: «работать легче и спокойнее, чем одному», «это объединяет», «интересно и продуктивно», «повышает настроение», «появляется материал для раздумья», «могу рассчитывать на помощь».

Напрашивается вывод: актуален не преподаватель, а руководитель, координатор, менеджер образовательного процесса. Наша задача не поправлять, критиковать, по поводу действий студентов, а выступать в роли терпеливых слушателей. Такая позиция служит пусковым механизмом развития критического мышления учащихся.

Для этого на стадии вызова нами используются следующие приёмы: ключевые слова, дерево предсказаний, вопросительные слова, тонкие и толстые вопросы, незавершенные предложения, игра «как вы думаете?», создание кластера, перепутанные логические цепочки, прогнозирование по названию. При этом на данном этапе нет «правильных» или «неправильных» высказываний.

Обеспечивая на стадии вызова осознание нехватки имеющегося опыта и знаний, наличия противоречий, появившихся вследствие высказывания различных точек зрения, стимулируем потребность узнать нечто новое для решения возникших проблем. Приходит время знакомиться с новой информацией, т.е. стадия «осмысление содержания».

Организация работы на данном этапе может быть различной. Это может быть рассказ, лекция, индивидуальное, парное или групповое чтение или просмотр видеоматериала. В любом случае это будет индивидуальное принятие и отслеживание информации. В процессе реализации смысловой стадии главная задача состоит в том, чтобы поддерживать активность студентов, их интерес, созданную во время фазы вызова. В этом смысле важное значение имеет качество отобранного материала. Эта стадия сопровождается графическим отражением процесса мышления.

Студентам предлагается во время чтения или изложения лекции делать карандашные заметки на полях («+» - я это знал до прочтения текста, «V» - это новая для меня информация,

«?» - это мне не понятно), записывать в одну колонку основные слова, подтверждающие высказанные на этапе мотивации версии, в другую - позволяющие разрешить возникшие противоречия. Кроме этого они могут выписывать ключевые слова, причинно-следственные связи, характеризующие новую для каждого студента информацию и вопросы, которые у них возникают.

Разбор темы сопровождается и заканчивается рефлексией. На данной стадии у студентов идёт активное переосмысление собственных представлений с учётом вновь приобретённых знаний, формируется личностное отношение к информации, которое они облекают в словесную или письменную форму.

Организуя диалог на стадии рефлексии, преподаватель даёт возможность увидеть и рассмотреть различные варианты мнений по одному и тому же вопросу. Студенты помнят лучше всего то, что имело личностный характер, выражая это своими собственными словами. Это остаётся в памяти надолго. Когда учащийся перефразирует материал с использованием собственного словаря, то создается яркий, выразительный, окрашенный эмоциями образ.

Преподавателям клинических дисциплин можно предложить студентам отразить изученный материал в форме репортажа из процедурного кабинета, памятки по оказанию неотложной помощи, сказки, опорных сигналов по теме, санитарных бюллетеней, клинических задач, беседы по профилактике заболеваний, компьютерных презентаций.

Указанные возможности для медицинского работника являются и ключевыми, и профессиональными. Их наличие может стать основанием для успешного старта и эффективного функционирования на современном рынке труда.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЛОВЫХ ИГР НА ЗАНЯТИЯХ ПО ХИРУРГИИ

Т.Р. Ковалевская

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Психологический словарь даёт следующее определение деловой игре: «форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности моделирования систем отношений, характерных для данного вида практики». Самым близким предшественником деловых игр является зародившаяся в 17-18 веках военная игра. Первое упоминание деловой игры значилось как «военные шахматы», потом как «манёвры на карте». В 19 веке «военные игры должны были служить для того, чтобы разбудить внимание молодых военнослужащих и уменьшить трудности при обучении». Первая деловая игра, названная организационно-производственным испытанием, была разработана и проведена в 1932г. в городе Ленинграде. В игре участвовали как студенты, так и руководители предприятий, по ряду причин она была забыта в СССР и возродилась в 1957г. в США. Сегодня деловые игры широко используются как в России, так и за рубежом.

Деловая игра. Это модное веяние или перспективная форма обучения, так необходимая современному образованию? Конечно, современное образование неотделимо от игры. Игра является методом эффективного обучения, т.к. снимает противоречия между абстрактным характером учебного предмета и реальным характером профессиональной деятельности. Играя, студенты лучше усваивают пройденный материал. Применение деловой игры позволяет отрабатывать профессиональные навыки учащихся. Кроме того, даёт возможность оценить: уровень владения этими навыками, особенности мыслительных процессов студентов (умение принимать решения, анализировать), личные качества участников, умение работать в команде. Наблюдая за ходом игры можно сделать вывод: кто в игре лидер, в дальнейшем может стать руководящим работником. Участники игры, уделяющие большое внимание мелким деталям, подробностям могут стать хорошими исполнителями. Деловая игра – это средство моделирования разнообразных условий профессиональной деятельности, имитация рабочего процесса (производственной ситуации). Объектом имитации обычно выбирается наиболее типичный фрагмент профессиональной деятельности, требующий применения разнообразных приёмов и навыков, которыми должен овладеть учащийся за период, предшествующей игре.

На уроках хирургии, проводимых в кабинете доклинической практики, деловая игра очень хорошо подходит для итогового занятия по разделу. Преподаватели хирургической комиссии Томского базового медицинского колледжа разработали деловую игру по теме

«Диагностика острых хирургических заболеваний брюшной полости» для студентов 2 курса, специальности «Лечебное дело». При подготовке квалифицированных фельдшеров, большое внимание следует уделять умению студентов быстро ориентироваться в сложившейся ситуации, ставить правильный диагноз, оказывать неотложную помощь. Для игровой модели занятия необходимо разработать следующие компоненты игры: цели, комплекс ролей и функций игроков, сценарий, правила игры.

Методические указания к проведению игры адресованы преподавателю и включают:

- учебные, игровые задачи;
- количество участников, их роли, обязанности;
- основные этапы организации и проведения игры;
- указания по осуществлению каждого этапа;
- объяснение цели игры;
- ознакомление участников со сценарием и с исходными материалами;
- распределение ролей;
- формирование групп;
- организацию хода игры;
- подведение итогов игры;
- анализ результатов игры и решения учебных задач;

Сценарий (содержание) игры адресован студентам и включает:

- описание исходной ситуации;
- игровые задачи и последовательность их решения;
- роли и обязанности участников;
- порядок определения победителей;

Существует 4 этапа деловой игры, которым предшествует предварительная подготовка студентов.

1 этап (организационный). Включает в себя инструктаж преподавателя о проведении игры (цель, содержание, конечный результат, информирование участников об условиях игры, формирование мини-групп (по 4-5 человек) и распределение ролей), создание арбитража (4-5 человек), вручение игровых документов.

2 этап (подготовительный). Включает в себя самостоятельную работу мини-групп изучение ситуаций, инструкций, сбор дополнительной информации, заполнение сводных таблиц, оценку письменных ответов арбитражем.

3 этап (игровой). Мини-группы имитируют подготовленные задания, другие мини-группы дополняют или опровергают их действия; арбитры вводят импровизации, которые должны быть решены в режиме сжатого времени. Арбитраж фиксирует все выступления, оценивает их.

4 этап (подведение итогов). Арбитрами анализируется процесс игры, активность слушателей, обращается внимание на ошибки и правильные решения, подводятся итоги игры.

По теме «Диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости» необходимо разобрать со студентами диагностику ряда заболеваний, входящих в симптомокомплекс «Острый живот». Острый холецистит - наиболее часто встречающееся заболевание, входящее в симптомокомплекс. Для проведения «Деловой игры» разработана ситуационная задача по теме «Острой холецистит».

Согласно этой задаче разыгрывается 3 игровых ситуации.

Ситуация №1. Станция скорой медицинской помощи, оперативный отдел.

Действующие лица: фельдшер по приёму вызовов, ведёт диалог с родственником пациента.

Ситуация №2. Квартира пациента.

Действующие лица: фельдшер скорой помощи, пациент.

Ситуация №3. Дежурный стационар, приёмный покой.

Действующие лица: фельдшер станции скорой помощи, фельдшер приёмного покоя, дежурный хирург, пациент.

Студенты под руководством преподавателя разбиваются на мини-группы, распределяют роли. Преподаватель проводит инструктаж и вручает игровые документы (историю болезни, карту вызова).

Затем второй этап – студенты готовятся, разбирают ситуации. 3 этап – мини-группы имитируют 3 различные игровые ситуации, арбитраж оценивает их. 4 этап – арбитры подводят итоги, анализируют, заполняют игровые документы.

Для этого разработан оценочный лист.

ФИО студента	Знание теоретического материала	Речь студента, умение общаться	Умение провести субъективное обследование пациента	Умение провести объективное обследование пациента	Умение провести дифференциальную диагностику заболевания

Оценка проводится по пятибалльной школе.

По окончании игры студенты довольны проведённым занятием, возбуждённо обмениваются информацией. Это занятие им запомнится надолго.

Конечно, чтобы провести урок в виде деловой игры необходимо долго и кропотливо готовиться. Но в результате вы получите большое удовлетворение от проделанной работы, студенты будут вам благодарны. Данная технология, как никакая другая, способствует формированию у обучающихся компетенций, необходимых в будущей профессиональной деятельности.

Литература:

1. Буянова - Торопкова М.В. Педагогика и психология высшей школы; Учебное пособие. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2002-544 с.
2. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход; Методическое пособие, - М., Высшая школа, 1991-207 с.
3. Смолкин А.М. Методы активного обучения; Научно-методическое пособие. – М.; Высшая школа, 1991- 176 с.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ФАКТОР ДИФФУЗИИ ИННОВАЦИЙ

В.Н. Куровский, Г.Н. Пяткина

*ФГБНУ «Институт развития образовательных систем» Российская академия образования,
г. Томск*

В современном обществе сфера науки и технологии играет важнейшую роль. Благосостояние страны связывается с наличием у неё достаточного количества информационных ресурсов, с её научно-технологическим потенциалом. От степени развития научно-технического потенциала страны зависит её способность обеспечить достаточную конкурентоспособность своей продукции и предоставляемых услуг, а следовательно - и занимаемое страной место в мировом разделении труда. Иначе говоря, место, занимаемое страной в современном мире, непосредственно зависит не только от обладания этой страной научными знаниями, отражающими последние достижения научно-технического прогресса, но и от её способности использовать эти знания на практике. Использование же накопленного научного потенциала, его практическое воплощение происходит в результате внедрения инноваций, т.е. введения в практическое пользование каких-либо новшеств технического, организационного или иного плана, создающих условия для расширения производства, повышения эффективности технических либо социальных процессов.

Теория инновационных процессов в качестве предмета исследования рассматривает диффузию нововведений. Диффузия нововведений понимается как процесс передачи новшества по коммуникационным каналам между членами социальной системы во времени.

Новшество может представлять собой идею, предмет, технологию и все другое, что является новым для соответствующих хозяйствующих субъектов. Форма и скорость диффузии нововведений зависят от мощности коммуникационных каналов, по которым осуществляется процесс диффузии и от особенностей восприятия информации хозяйствующими субъектами и т.д. [1].

Диффузию нововведений рассматривают как имитацию хозяйственными субъектами (во взаимодействии друг с другом) удачных новых решений в процессе социального обучения (там же, Дж. Траде). Поэтому важным фактором распространения нововведения является его взаимодействие с соответствующим социально-экономическим окружением, существенным элементом которого являются конкурирующие технологии [1]. Диффузия новых технологий (и всего технологического уклада) происходит за счет вытеснения старых. А моделирование процессов замещения технологий представляет большой практический интерес для продвижения инноваций и ускорения социально-экономического развития.

Для выявления механизмов взаимодействия социума и экономики необходимо учитывать, что всякое общество функционирует и развивается в двух основных подсистемах: экономической и социальной.

Экономическая подсистема общества включает в себя производство (хозяйственные предприятия различных форм собственности), различные типы экономической деятельности (производственная, финансовая, торговая и т.д.), различные типы экономических отношений между индивидами, сообществами (коллективами, объединениями, регионами, государствами и т.д.), распределение, обмен и потребление материальных благ и услуг, необходимых для жизнедеятельности людей.

Она решает следующие взаимосвязанные задачи:

- какие виды товаров и услуг производить и в каком количестве;
- какие виды ресурсов и технологий будут для этого задействованы;
- кому адресованы произведенные товары и услуги, как они будут распределены между различными группами людей в обществе.

Социальная подсистема (сфера) – включает отношения и взаимодействие сообществ, социальных групп и индивидов, с их различным отношением к собственности (предприниматели и наемные работники), к организации труда (руководители и подчиненные), к источникам доходов (прибыль, заработная плата, гонорар, пенсия), с разным уровнем доходов (богатые, бедные, нищие), с их различным социально-экономическим статусом в обществе.

В результате взаимодействия экономической и социальной сфер возникают социально-экономические процессы, ядром и субъектом которых является человек. В этом взаимодействии человек, как личность и как элемент социальных общностей (профессиональных, демографических, территориальных, этнических и др.), включен в систему экономических и социальных отношений (деятельность по производству, распределению, обмену материальных ценностей), а также вступает в межгрупповые социальные взаимодействия, сочетающие в себе этнические, политические, культурные и другие аспекты, проявляющиеся в его рациональном и иррациональном поведении. Таким образом, политические, социальные, культурные и другие факторы воздействуют на процессы, протекающие в ядре экономической системы.

В свою очередь, экономическая система порождается обществом, влияет на него и развивается вместе с ним, непрерывно формируя новые совокупности базовых потребностей, ценностей и ценностных ориентаций личности, тем самым воздействуя на социализацию индивидов, сохраняя относительную целостность общества. А, производя средства для дальнейшего развития общественной и индивидуальной жизни, предопределяет новые социальные процессы:

- развития и поддержания форм общественного разделения труда (воспроизводство трудовых ресурсов, распределение рабочих мест и перераспределение кадров; формирование новых профессиональных групп, прежде всего в частном секторе, сфере обслуживания, торговли);
- усиления стимулов к труду и экономической заинтересованности в ее результатах;
- обновления форм организации производства, систем стимулирования, поиска новых типов экономического поведения.

Этим самым, экономика, как значимый социальный институт общества, стимулирует социальные изменения в нем, открывая простор для новых социальных ролей его членам, существенно влияя на социальные отношения, социальные связи и особенности взаимодействующих, направляя социальные процессы, представляющие основу жизнедеятельности общества. Движущей силой этих процессов являются социальные механизмы.

В связи с этим, для нашего исследования значительный интерес представляют ряд категорий экономической социологии: социальный механизм развития экономики, экономическое поведение, экономическая культура и институты. Именно они способствуют диффузии нововведений и обеспечивают взаимосвязь и взаимодействие экономической и социальной подсистем (сфер) общества.

Социальный механизм развития экономики представляет собой устойчивую систему, благодаря которой в сферах производства, распределения, обмена и потребления материальных благ и услуг, взаимодействуют социально-экономические группы. За счет этого механизма приводится в движение вся социальная структура общества: классы и социальные слои (предприниматели, менеджеры, рабочие, крестьяне и др.); компоненты и уровни территориального деления (страны, регионы, отдельные их поселения и т.д.); организация и управление экономическими субъектами (ведомства, объединения, предприятия, подразделения). А социально-экономические потребности и интересы социальных групп, регулируя их поведение в сфере экономики, являются движущей силой этого механизма.

Однако функционирование специфических социальных групп, в каждом компоненте упомянутых структур, за счет их особых видов деятельности и поведения, приводит к разным качественным и количественным результатам. Это говорит о том, что в обществе, кроме основного, действуют и другие социальные механизмы, которые взаимодействуя, влияют на содержание, особенности, направленность экономического поведения индивидов и групп, регулируя их экономическую деятельность за счет мотивационного, статусного, культурного, управленческого регулятора, превращая развитие экономики в единый социально-экономический процесс с горизонтальным и вертикальным строением.

По вертикали социально-экономическое развитие реализуется через взаимодействие специфических социально-экономических групп, осуществляющих особые виды деятельности на разных уровнях территориальной структуры общества (страны, регионы, области, города, районы, сельские поселения), в конкретной организационной структуре производства (ведомстве, объединении, предприятии, подразделении).

На горизонтальном уровне социально-экономическое развитие реализуется за счет взаимодействия специфических социальных групп предприятий и организаций отдельных отраслей производства, конкретных регионов, областей, районов, поселений.

Особенностью социальных механизмов, является их способность принимать и передавать импульсы действия и развития из сферы социальных отношений в экономическую и наоборот, создавая социальные условия для эффективного использования ресурсов производства (природных, финансовых, человеческих и др.) Передача этих импульсов реализуется в творческой активности социальных групп, с их определенным положением в социальной структуре общества, действующих в системе экономических и социальных отношений с упорядоченным взаимодействием субъектов хозяйственной деятельности.

Упорядоченность хозяйственного устройства общества обеспечивается целостной и взаимозависимой системой социальных и экономических институтов, которые определяют степень и особенности всей социально-экономической деятельности общества и формируют элементы новой хозяйственной системы за счет государственной экономической политики.

А выбранная модель развития экономики поддерживается этими институтами, устанавливающими правила экономического поведения, вводя необходимые ограничения в форме законов и других норм для отношений собственности, денежной и кредитной систем, налогового законодательства и т.п., в соответствии с принципами экономики существующего хозяйственного уклада (рыночной, планово-централизованной, смешанной) [2].

Действие социального механизма развития экономики наиболее конкретно проявляется в экономическом поведении индивидуума или социальной группы в виде системы социальных действий, которая регулируется различными по функциям и назначению экономическими ценностями (ресурсами) и ориентировано на получение пользы (выгоды, вознаграждения, прибыли). В экономическом поведении людей проявляются их многочисленные, разнообразные по содержанию индивидуальные, групповые и массовые действия с целью удовлетворения своих потребностей за счет оборота экономических ценностей (благ, услуг, информации). Эти действия в конкретных социально-экономических условиях выступают в виде типовых форм поведения.

Благодаря экономическому поведению социальные субъекты в экономической сфере, оценивая конкретные товары, отстаивают личные хозяйственные интересы, стремясь

предвидеть вероятную выгоду или убытки. Порядок и допустимые пределы социального поведения субъектов в их экономической деятельности определяются, как нормами и правилами, закрепленными законодательно на государственном уровне, так и различными соглашениями между людьми в их традициях повседневной жизни, во многом завися от имеющихся экономических ресурсов.

Человеческое общество и его составляющие (индивидуумы, социальные группы с их вечными общечеловеческими ценностями, ментальностью и т.д.), развиваясь, непрерывно стремятся к удовлетворению своих растущих материальных потребностей. И это позволяет прогнозировать их экономическое поведение, на стадии трансформации, формировать новые экономические взгляды, утверждать новые экономические роли и нормы взаимодействия в социально-экономической структуре за счет диффузии нововведений.

Литература:

1. Глазьев С. Ю. Теория долгосрочного технико-экономического развития. - М.: ВладДар, 1993. – 310 с.
2. Баранчев, В.П. Управление инновациями: учебник / В.П. Баранчев, Н.П. Масленников, В.М. Мишин. – М.: Высшее образование, Юрайт-Издат, 2012. – 711 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ТОМСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

М.Ю. Мамонтова

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года определила новые требования к модернизации и развитию здравоохранения. От системы здравоохранения общество ожидает результативного противостояния тенденции роста смертности, особенно в трудоспособном возрасте, обеспечение доступа к медицинским услугам для неимущих и социально уязвимых групп, обеспечение безопасности и качества обслуживания пациентов, содействия реализации принципов здорового образа жизни. Важная роль в развитии здравоохранения, обеспечении отрасли высококвалифицированными кадрами, усилении профилактической направленности, решении задач медико-социальной помощи принадлежит специалистам со средним медицинским образованием.

В сложившихся экономических условиях на российском рынке труда возросла и продолжает расти потребность в высококвалифицированных медицинских специалистах среднего звена. В тоже время, в рамках Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» практическая подготовка специалистов обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности под контролем работников образовательных организаций, и получить согласие пациента на участие в оказании ему медицинской помощи студентам становится все труднее. Кроме того современные условия развития общества всё больше указывают на то, что социальная активность молодого специалиста, его правовая культура, способность к общению и сотрудничеству, умение получать и технологично обрабатывать информацию, принимать решения, действовать оперативно становятся все более актуальными.

Ориентация образования на новый результат требует иного подхода к обеспечению качества подготовки специалистов, критериям его оценки, нового подхода к организации образовательного процесса и управления им. Поэтому особое место среди видов деятельности, организуемых в учебном заведении на этапе перехода на компетентностную модель обучения, занимает симуляционный, связанный с созданием новой практики образования.

Для подготовки выпускника, отвечающего современным требованиям, стало необходимым, учитывая требования работодателя, разрабатывать квалификационные характеристики выпускаемых специалистов, внедрять в процесс обучения новые формы организации учебного процесса и педагогические технологии с применением тренажеро-симуляторов, современных компьютерных и мультимедийных средств.

Переход СПО на стандарты третьего поколения стал переходом от традиционной системы образования к системе профессиональных компетенций. Основным критерием качества обучения студентов становится их компетентность в различных сферах будущей деятельности: профессиональной, коммуникативной, социально-экономической и

общекультурной. Формирование профессионально-коммуникативной и информационной компетентности обучающихся - один из основных приоритетов современного среднего профессионального образования. Однако, ФГОС не определяют методику обучения и место симуляционных технологий в учебном процессе.

Обязательное прохождение обучения на моделях (симуляторах) определяется в России такими нормативными документами как:

✓ Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», который определяет создание центров независимой экспертизы качества образования.

✓ Приказ МЗ РФ от 22.08.2013г №585н, утверждающий порядок участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности.

Для обеспечения системно-деятельностного подхода в обучении ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж» последовательно решает следующие задачи:

1. в соответствии с ФГОС СПО, опираясь на потребности регионального рынка труда и специфику учреждения, формулируется адекватная модель результата образования в компетентностном формате – т. е. в рамках системы менеджмента качества определяются квалификационные (сертификационные) характеристики выпускника;

2. определяются технологии, формы и методы достижения новых образовательных целей;

3. разрабатывается комплекс новых учебно-методических средств в компетентностном формате (учебные и методические пособия для студентов и преподавателей, электронные образовательные ресурсы, КОСы);

4. организуются рабочие симуляционные площадки по видам деятельности, позволяющие обеспечить единые подходы к организации практической подготовки и повышению квалификации;

Сегодня в колледже созданы условия для начала работ по формированию симуляционного центра в рамках деятельности Ресурсного центра медицинского профиля.

Симуляционный центр своей деятельностью будет способствовать успешному прохождению образовательной организацией процедуры независимой экспертизы и обеспечит участие колледжа в предстоящей аккредитации медицинских и фармацевтических работников.

Реализация инновационной образовательной программы в 2010 году позволила усилить материально-техническую базу образовательного процесса. Тренажеры-симуляторы разной сложности предоставляют возможность отрабатывать не только отдельные практические навыки и манипуляции, но и осуществлять учебно-методическую работу, экспериментирование в технологиях преподавания. Важнейшим преимуществом симуляционных технологий является обучение без вреда пациенту и объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки. Кроме того, студенты смогут приобретать клинический опыт в виртуальной среде без риска для пациента, проводить неограниченное количество повторов отработки навыка, отрабатывать действия при редких и жизнеугрожающих патологиях. Симуляционные тренинги позволяют снизить стресс при первых самостоятельных манипуляциях в условиях лечебно-профилактического учреждения.

В настоящее время в колледже ведется работа по формированию рабочих симуляционных площадок по таким направлениям деятельности: Кабинет женской консультации, Физиологические и патологические роды, Технологии и стандарты сестринской деятельности, Общий уход за больным, Косметология, Медицинский массаж. Учитываются нормативные требования к оснащению кабинетов, санитарные нормы.

Формирование рабочих симуляционных площадок – это начало большой работы по методическому оснащению практических занятий, согласованию расписания для обеспечения каждой студенческой группы возможностью пройти обучение в условиях, приближенных к практике, организации индивидуальных консультаций со студентами, обучения преподавателей-инструкторов. В связи с этим преподавателям и сотрудникам Томского базового медицинского колледжа предстоит направить свой педагогический потенциал на реализацию проекта Ресурсного центра медицинского профиля.

Литература:

1. Симуляционное обучение в медицине / под ред. А.А. Свистунова – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013 – 288 с.

2. Горшков М.Д. Классификация симуляционного оборудования // Виртуальные технологии в медицине. – 2012. - №2. - С. 21

О ПЕДАГОГИЧЕСКОМ АРТИСТИЧЕСКОМ МАСТЕРСТВЕ

Н. Р. Николаева

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Гуманистическая педагогика повышает роль педагога как высоконравственной, творческой, духовной и артистичной личности. Педагогический артистизм на фоне использования многочисленных инноваций, связанных с применением технических средств, выглядит очень привлекательно. Понятие «артистичный педагог» мы слышим редко, далеко не всегда представляя себе, каков он педагог, владеющий высоким артистическим мастерством. Какие это качества, как их развивать, у кого учиться преподавателям владению артистическими умениями?

Артист – это художник, творческая личность, который постоянно стремится обогатить свою жизнь яркими впечатлениями. Артистом может быть любой человек, который достиг в своём труде высокого мастерства. Им может стать художник, музыкант, певец, учитель. Артистизм – это особое трепетное психическое состояние педагога, его живое участие, вдохновенный голос, богатая мимика, выразительные жесты.

Каков он, артистичный педагог? Ученик в аудитории видит уверенного в себе, но доброжелательного преподавателя, его приветливость, искренние эмоции. Если преподаватель почти не двигается, выглядит застывшим, он выглядит не очень привлекательно. В тоже время свободно и легко передвигающийся педагог, обладающий выразительными жестами и живой речью, нравится ученикам намного больше.

Чрезвычайно важны голос педагога и его речь. Голос – это важный способ самовыражения. К сожалению, речь некоторых преподавателей бывает сухая, монотонная, без всяких интонаций, иногда даже невнятная. Дыхание не распределяется, выразительных голосовых моментов в речи нет. Такая речь педагога скучна и плохо воспринимается. Вместо того, чтобы работать над голосом и речью, такой педагог заменяет весь текст лекции презентацией, ограничиваясь лишь комментариями.

Большинство педагогов говорят толково и грамотно. Однако, говорить красиво, очаровывая аудиторию, умеют лишь педагоги, обладающие артистическим мастерством. Их речь сопровождают богатые эмоции, выразительная мимика. Такую речь невозможно не слушать.

Движения артистичного педагога тоже очень выразительны, пластичны. Красивы движения рук, которые участвуют в демонстрации того, что изучается в данный момент. Артистичный педагог двигается красиво и эстетично.

Всё это воздействует на эмоциональную сферу учеников. Они обогащаются впечатлениями, воспринимают происходящее на занятии тоньше и духовнее. Возникает привязанность к педагогу, желание видеть и слышать его, уважать и восхищаться.

Работа педагога похожа на работу артиста. Где же научиться артистизму? Чтобы понять, что можно преподавателю взять из артистической деятельности, мы познакомились с работами К.С.Станиславского, великого режиссёра и педагога.

К.С.Станиславский создал свой театр, который строил на «искусстве переживания». Это значит, что актёр не просто демонстрировал результаты творческой работы, а переживал свой образ каждый раз заново, проживал жизнь своего героя как свою. Только такое «искусство переживания» может оставить в душе зрителя глубокий след. Почти тоже мы видим и в педагогике. Талантливый учитель, поставив перед собой эмоционально притягательную задачу, каждый раз переживает её решение. Нет одинаковых уроков, одинаковых учеников, одинаковых решений. Сколько учеников, уроков, проблем, столько и разных слов, разных улыбок, разных эмоций. Даже для разных тем одной дисциплины у педагога разные чувства. Иногда он более сдержан, а в других случаях буквально завораживает учеников артистическим мастерством, сам переживая богатые эмоции удовлетворения и радости от своего педагогического искусства.

Особенности системы К.С. Станиславского также заключаются и в том, что его театр строился не на изучении конечных результатов творчества, а на выяснении причин, порождающих тот или иной результат. Здесь много общего с работой педагога. Мы работаем на результат не любым путём, а пытаемся понять, почему этот ученик лучше успевает по этому предмету, а хуже по другой дисциплине? Почему у этого ученика лучшие ответы устные, а другой ученик - успешнее отвечает только письменно? Каковы причины того, что один – с трудом учит наизусть, другой – не любит пересказывать, а третий – не любит писать. Разбираясь в этих процессах, мы лучше строим свою педагогическую деятельность.

К.С. Станиславский в своём театре категорически боролся против штампов, трафаретов, стандартной работы. Он был за высокое художественное мастерство. В педагогике тоже не должно быть никаких условностей, трафаретов, работы по штампу. В педагогике много импровизации. Талантливый артистичный педагог ещё и импровизатор, который может отреагировать на любое изменение обстановки и вызвать у себя творческое самочувствие.

Что же ещё общего у педагога и артиста? Огромное внимание уделяется в театре средствам эмоционально – художественной выразительности актёра. К.С. Станиславский называл их элементами творчества. Что же это за элементы творчества?

Внимание, память на текст и ощущения
Артистическое воображение
Логичность и последовательность действий и мысли
Чувство ритма
Сценическое обаяние
Мышечная свобода и пластичность
Чувство фразы и умение действовать словом
Способность к импровизации
Воля и чувство правды.

Овладение этими средствами эмоционально – художественной выразительности приводит к подлинности совершаемого на сцене действия и к нормальному творческому самочувствию актёра.

Всё перечисленное относится к работе педагога. Убрать ничего нельзя. Надо учесть, что чем лучше педагог владеет выразительными артистическими средствами, тем комфортнее себя чувствует. Это сохраняет его здоровье и вносит гармонию в его жизнь.

Актёр в театре всю свою творческую жизнь работает над собой. А у педагога разве не так? В течение всей своей профессиональной деятельности учитель тренирует память, внимание, правильность речи, развивает педагогическую интуицию, способность импровизировать, углубляет эмпатию, педагогическую рефлексивность, воспитывает свой педагогический такт. В театре выдающееся значение имеет слово. Станиславский говорил, что нужно не просто заучивать и произносить слова, а чувствовать потребность в их произнесении. Педагогу, как и актёру, нужно работать над общей речевой культурой, речевой техникой, постановкой голоса, дикцией, произношением и логикой речи. Педагог сейчас является единственным носителем правильной речи. Речь педагога ничто не сможет заменить. Также как и актёр, педагог работает над речью всю свою жизнь. Она должна быть такой убедительной, логичной, выразительной, последовательной, эмоциональной, грамотной и красивой, чтобы не оставить ни одного равнодушного или безразличного ученика.

И, наконец, об этике. Учение об артистической этике является душой театра Станиславского. Воспитательную ценность театра он ставил в прямую зависимость от этических норм. Высокие этические нормы мы ставим в основу педагогического мастерства, в основу всей гуманистической педагогики.

ЛЕКЦИЯ ВДВОЁМ – ПОПУЛЯРНЫЙ МЕТОД ИСПОЛНЕНИЯ АКТИВНЫХ ЛЕКЦИЙ

Н.Р. Николаева

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Лекция - это активный метод обучения. Нам известны много различных методов активизации лекций, изложенных в различной литературе. Кроме того, сами преподаватели, готовясь к лекциям, дополняют те или иные методы своими задумками и фантазиями.

Хочется рассказать о лекции вдвоём, которая стала очень популярной в нашем колледже и часто применяется. Лекция вдвоём читается двумя преподавателями. Исполнение такой лекции – интереснейший педагогический приём. С помощью его происходит активизация мышления студентов, стимулируется произвольное внимание, память. Лекция вдвоём – это диалог преподавателей, который студенты должны слушать, понимать и записывать.

Такая лекция заставляет слушателей активно включаться в процесс возникновения мыслей, сравнивать разные точки зрения и присоединяться к одной из них, вовлекает в общение. Лекция вдвоём должна быть тщательно подготовлена. Основные этапы подготовки лекции следующие.

1. Постановка целей лекции каждым из преподавателей и их связь.
2. Накопление эрудиции лекторов.
3. Составление подробного плана лекции и обдумывание типа наглядного материала.
4. Методологическая обработка материала, определение диалектичности лекции, отвечает ли текст лекции поставленным целям.
5. Дидактическая обработка материала, определение принципов научности, наглядности, доступности и оптимальной последовательности материала, представленного на лекции двумя преподавателями.

В лекции вдвоём важно, чтобы преподаватели – лекторы были психологически и интеллектуально совместимы друг с другом, а также профессионально компетентны. Жанр лекции вдвоём может быть любой, как по очереди, так и в форме разговора, дискуссии, диалога между исполнителями.

Нельзя совершать распространённую ошибку при исполнении таких лекций. Это такая ситуация, когда каждый из лекторов ведёт свою партию. Лекция должна исполняться в виде творческих взаимодополнений и активного диалога.

Лекции вдвоём требуют времени и сил при подготовке. Нужно выбрать тему, партнёра, жанр лекции (по очереди, в виде дискуссии, в виде диалога, беседы и т.д.).

Очень важным является разработка конкретного сценария лекции. В сценарий входят и смена вступлений лекторов, и мизансцены, и вопросы, задаваемые лекторами друг другу, и технические средства, и ожидаемая реакция аудитории.

Очень важным является формирование научного профессионального мышления, образцом которого должен являться сам лектор.

Больше времени, чем при подготовке обычной лекции, займёт этап репетиций. Они должны проводиться обязательно. Из собственного опыта могу сказать, что репетиций должно быть не менее двух. Такая подготовка, исполнение, репетиции роднят лекцию вдвоём со спектаклем, а работу самих преподавателей с работой актёров в театре.

Исполнение самой лекции должно происходить свободно, легко, как бы на одном дыхании.

Воспринимается лекция вдвоём труднее, чем обычная, читаемая одним лектором. Причина – непривычность жанра. Поэтому студентов желательно предупредить, чтобы они были готовы к восприятию и записи такой необычной лекции. Достоинством лекций вдвоём является также показ межпредметных связей, доказательство их важности.

В нашем колледже исполнение лекций вдвоём стало популярным. В их подготовке и исполнении участвовали многие преподаватели колледжа: Н.Р. Николаева, Г.М. Миронова, Л.В. Черкасова, С.Д. Рехтина, С.Н. Меркулова, Т.И. Ходкевич, Е.Е. Таткина, Т.С. Кундич, С.В. Агафонова и др. Лекции исполнялись по разным дисциплинам и разным темам. Интересно, что в исполнении одной лекции участвовали преподаватели разных специальностей, например, терапии и психологии, хирургии и терапии, психологии и инфекционных болезней. Это дало возможность отлично показать межпредметные связи. Все лекции были очень хорошо подготовлены, проходили успешно и вызывали большой интерес у аудитории. Они проводились на фельдшерском, сестринском, акушерском отделениях, а также на отделении постдипломной подготовки.

Нужно помнить, что огромное значение в исполнении лекций вдвоём имеют следующие требования:

1. Культура диалога партнёров, его содержательность, выразительность, ясность, доступность.
2. Культура речи партнёров, грамотность текста, удобство его для записи.
3. Логическая связь в построении сценария, между выступлениями лекторов.

4. Эмоционально – выразительное воздействие на аудиторию, связь со слушателями.
5. Развитые коммуникативные умения лекторов, быстрота их реакций, умение импровизировать.
6. Профессиональная компетентность лекторов – партнёров, их интеллектуальная и психологическая совместимость.
7. Педагогический артистизм и мастерство.

ИЗМЕРЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ: ПОИСК КРИТЕРИЕВ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ

С.В. Пашахин

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Внедрение системы менеджмента качества (СМК) в образовательные учреждения ставит сложные проблемы перед руководством. Будучи разработанной для бизнеса, СМК основана на его языке и практике. СМК переводит «образование» и «студенты» в «услуги» и «потребители». Потенциальные студенты превращаются в клиентскую базу, а образовательное учреждение в поставщика услуг. Чтобы повысить качество услуг, нужно знать своего потребителя, понимать его потребности и удовлетворять их соответствующим образом. Ключевым элементом системы становится потребительская удовлетворенность [2, п. 8.2.1]. Переноса практику бизнеса в образование, этот перевод заставляет искать ответы на такие вопросы как: *какова цель образования? кто является потребителем образования? и что такое качество образования?* Ответы на эти вопросы необходимы для функционирования СМК. И если в предпринимательской деятельности эти ответы являются основой, без которой невозможно получить прибыль, то в сфере образования все обстоит гораздо сложнее.

Для менеджера в сфере образования, специалиста СМК или маркетолога понимание специфики образования – его отличия от продукта, обычной услуги – является критичным. Образование, как общественное благо, представляет собой сложную систему социальных, политических, культурных и экономических отношений, которые нельзя свести к рыночным терминам. Ценность образования, эффект, который проявляется от его результатов – трудно локализовать и оценить. Оценить отношение цены образования к его качеству способны лишь эксперты, в то время как потребителем образования является каждый гражданин.

Студент, как один из очевидных потребителей, неспособен оценить качество образования, как в процессе его получения, так и много лет спустя после его получения [4]. Это обусловлено тем, что сам процесс образования требует нескольких лет для завершения. Кроме того, опыт получения образования – развития навыков, талантов, усвоения знаний – наполнен трудностями и стрессами – переживаниями, которые считаются непривлекательными для потребителя. И если в рыночных отношениях решение о качестве оказанной услуги и прекращении или продолжении отношений с её поставщиком является прерогативой потребителя, то в образовании – наоборот. Образовательные учреждения оценивают успеваемость своих студентов и выбирают, кого отчислить, а кого поощрить. Это больше похоже на отношения работодателя с работником, чем потребителя с поставщиком услуг. Что также подтверждается исследованиями поведения студентов при решении проблем образовательного учреждения [4].

Закон «Об образовании» определяет качество образования, как комплексную характеристику образовательной деятельности и подготовки обучающегося, выражающую степень их *соответствия принятым стандартам*, федеральным государственным требованиям *и потребностям* физических и юридических лиц, в интересах которого осуществляется образовательная деятельность [1, ст. 2, п. 29]. Таким образом, потребителями образования признаются: общество, государство, работодатели, преподаватели, сотрудники образовательных учреждений, студенты, абитуриенты и их семьи, профессиональные сообщества. Соответственно, следуя стандарту СМК, необходимо отслеживать удовлетворенность каждой группы. Однако образование для этих групп *проявляется в разном качестве*.

Например, для государства и профессиональных сообществ оно проявляется в исполнении стандартов, а для работодателя в качестве выпускников, оценка которого

производится исходя не из формальных документов с требованиями, а исходя из опыта работы с конкретными выпускниками. Критерии качества образования еще менее очевидны в случае таких групп интереса как общество, студенты, абитуриенты и их семьи; и насколько эти критерии совпадут с представлениями преподавателей о качественном образовании? Таким образом, роль потребителя образования в зависимости от сцены исполняют разные актёры. Каким образом измерить его удовлетворённость?

В маркетинге этот вопрос решается при помощи социологических методов исследования. Для того чтобы выяснить значимые критерии качества продукта или услуги проводится поисковое исследование при помощи методов интервью или фокус-групп. По результатам поискового исследования операционализируются основные характеристики качества, на основе которых разрабатывается инструмент измерения потребительской удовлетворенности (обычно в форме анкеты). В рекомендациях по внедрению СМК в образовательные организации признается сложный характер качества образовательной услуги, оставляя вопрос о выборе критериев качества *на усмотрение организации* [3].

Таким образом, при исследовании удовлетворенности потребителей качеством образовательных услуг, необходимо учитывать ряд условий. Потребители образования представлены множеством групп со своими специфическими требованиями. Группы потребителей имеют разные ограничения компетенции для оценки качества образования. Требования разных групп потребителей могут быть противоречивыми. Процесс оказания/потребления образовательной услуги растянут по времени и её эффект не проявляется сразу после исполнения договора.

Рассмотрим одну из групп потребителей – студентов образовательной организации. Эта группа весьма неоднородна. Во-первых, в зависимости от формы обучения – очной, очно-заочной, дистанционной – опыт получения образовательной услуги будет весьма различен, с разными факторами, определяющими потребительскую удовлетворенность. Во-вторых, протяженность оказания/потребления образовательной услуги во времени обуславливает влияние на удовлетворенность курса, на котором обучается студент. В-третьих, компетенция студентов в оценке качества образования является ограниченной; образовательная организация, как агент социализации, сама формирует представления студентов о качестве образования как такового.

Как показывают исследования, проведенные в ОГБОУ «ТБМК», форма обучения и даже специальность, на которой обучаются студенты, связаны с оценкой удовлетворенности. Кроме того, на фокус-группах озвучивается мнение, что «чем дольше учишься, тем меньше удовлетворенность от учебы». Также важно отметить, что участники фокус-групп в оценке своей удовлетворенности считали важным иметь безопасный канал коммуникации с руководством, обеспечивающий анонимность респондентов.

Переживания об анонимности и безопасности коммуникации указывают на тревогу несвойственную свободному и автономному потребителю. Это похоже на поведение работника низшего уровня. Исходя из этого, приоритет в процессе измерения удовлетворенности студентов должна получить процедура опроса и контроль за искажением данных.

Представленная в литературе концептуальная модель удовлетворенности студентов [5], как и Европейский индекс удовлетворенности потребителей и персонала (EPSI), подразумевает, что удовлетворенность определяется имиджем организации, ожиданиями потребителя, воспринимаемым качеством и воспринимаемой ценностью образовательной услуги. В случае студентов, под воспринимаемым качеством образовательной услуги, понимается её *функциональное качество*. Функциональное качество для студентов – это воспринимаемое качество условий, обеспечивающих образовательный процесс: материально-техническое сопровождение образовательного процесса, удобство расписания, условия в общежитии и т.д. Кроме того, важным фактором удовлетворенности студентов являются отношения с преподавателями, администрацией и обслуживающим персоналом образовательной организации.

Из сказанного следует, что для того, чтобы выявить степень удовлетворенности студентов, необходимо разработать подход к её измерению. Учитывая неоднородность группы «студенты», необходимо: (1) использовать кластерную выборку, учитывающую курс обучения; (2) учитывая разницу среди форм обучения, отдельно исследовать удовлетворенность студентов каждой из них; (3) в разработке опросника фокусироваться на параметрах функционального качества, отношений студентов с преподавателями и другим персоналом ОУ,

воспринимаемой ценности, ожидания и имиджа организации; (4) особое внимание уделить возможным искажениям, связанным с процедурой опроса; (5) учитывать сложную структуру группы при обобщении результатов.

Литература:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. ГОСТ ISO 9001–2011 «Системы менеджмента качества. Требования».
3. ISO IWA 2:2007. Системы менеджмента качества – Руководящие указания по применению ISO 9001:2000 в образовании.
4. Darlene Bay & Harold Daniel (2001) The Student Is Not the Customer—An Alternative Perspective, *Journal of Marketing for Higher Education*, 11:1, 1-19, DOI: 10.1300/J050v11n01_01.
5. Helena Alves & Mrio Raposo (2007) Conceptual Model of Student Satisfaction in Higher Education, *Total Quality Management & Business Excellence*, 18:5, 571-588.

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД КАК УСЛОВИЕ ПОДГОТОВКИ КОМПЕТЕНТНОГО СПЕЦИАЛИСТА

И.В. Повх

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В современных условиях рынок труда предъявляет особые требования к качеству профессиональной подготовки специалистов. Сегодня, помимо высокого образовательного уровня требуются творческие способности личности, индивидуальность, гибкость мышления, эмоциональная устойчивость, способность принимать правильные решения в нестандартных ситуациях.

Молодой специалист должен обладать такими качествами как профессиональная компетентность, профессиональная самостоятельность, профессиональная мобильность, умение слаженно работать в коллективе. При этом особую ценность приобретают не только интеллект и всесторонние знания человека, но и такие субъектные качества как индивидуальность, самобытность, активность, творческий потенциал. Его профессионально важные качества должны основываться и на общечеловеческих ценностях, таких как мораль, духовность, нравственность.

Все это требует от профессионального образования переориентации на личностную направленность, на перспективную подготовку квалифицированного специалиста конкурентоспособного на рынке труда. Помочь обучающимся реализовать эти ценности позволяет личностно-ориентированный подход в обучении.

Вопросами личностно ориентированного педагогического взаимодействия занимались многие зарубежные и отечественные исследователи разных времен: Я.А. Коменский, И.Г. Песталотти, К. Роджерс, К.Д. Ушинский, Л.Н.Толстой, Ш.А. Амонашвили и другие.

Ими были заложены такие положения личностно ориентированного подхода к обучению как:

- признание учащегося равноправным субъектом процесса образования и воспитания;
- учет его индивидуальности и определение в качестве цели образования - свободное развитие личности;
- придание личностной значимости содержанию образования, которое должно соответствовать личностной природе учащегося;
- создание условий для реализации творчества в различных видах учебной деятельности.

Современными исследователями созданы различные концепции и модели личностно ориентированного подхода к образованию:

- Психолого-дидактическая концепция личностно ориентированного обучения (И.С. Якиманская)
- Аксиологическая концепция личностного воспитания (И.Б. Котова, А.В. Петровский, Е.Н. Шиянов)
- Дидактическая модель личностно ориентированного образования (В.В. Сериков)
- Проективная модель личностно ориентированного обучения (Н.А. Алексеев)

- Культурологическая концепция личностно ориентированного образования (Е.В. Бондаревская)

Какие же существенные особенности личностно ориентированного образования?

Индивидуальный и дифференцированный подходы к каждому обучающемуся максимально учитывающие его мотивацию, интересы, способности, психофизиологические особенности, накопленный опыт, являются одним из основных требований к личностно ориентированному обучению, в центре которого находится личность обучающегося.

Практика личностно ориентированной педагогики предлагает конкретные формы и методы инновационной деятельности, обеспечивающей для учащихся атмосферу комфорта и «психологической безопасности». Среди них:

- Дифференциация и индивидуализация учебно-воспитательной деятельности;
- Создание благоприятных условий для развития наклонностей и способностей каждой личности;
- Комфортность учебно-воспитательной среды;
- Психологическая безопасность, защита учащихся;
- Вера в учащегося, его силы и возможности;
- Принятие учащегося таким, каков он есть;
- Обеспечение успешности обучения и воспитания;
- Усиление гуманитарного образования и другие.

В настоящее время в профессиональном образовании сложились хорошие условия для внедрения в учебный процесс личностно ориентированных технологий, так как с переходом на новые образовательные стандарты возросло количество часов, отведенное на самостоятельную работу обучающихся, появилась возможность формировать учебные планы с учетом особенностей региона, желаний и интересов обучающихся. Таким образом, функции преподавателя при такой организации работы сводятся не к привычной передаче студентам знаний, а к информационно-контролирующей и консультационно-координирующей деятельности. Между преподавателями и обучающимися складываются принципиально новые взаимоотношения, которые способствуют осознанному и самостоятельному достижению студентами определенного уровня знаний, умений и навыков. На основе этого выявляется личностный потенциал каждого обучающегося, формируется свободная, самостоятельно думающая и действующая личность, способная делать обоснованный выбор в разнообразных учебных, профессиональных и жизненных ситуациях.

Создание таких условий особенно важно в среде учебных заведений медицинского профиля.

Труд медицинского работника сложно сравнить с трудом других специалистов. Выполняемая работа требует наличия не только сугубо профессиональных качеств, но и высокого уровня нравственности; моральных, волевых, этических и других качеств. В его профессиональной деятельности недопустимы проявления равнодушия и безразличия в отношениях с пациентами, недостаток такта, незнание правил профессионально-делового этикета. Медицинский персонал должен владеть культурой речи, обладать выдержкой, тактичностью, доброжелательностью, уметь сострадать и быть милосердным.

Педагогический коллектив Томского базового медицинского колледжа находится в постоянном поиске технологий по формированию у обучающихся личностных и профессиональных компетенций. На протяжении последних лет главной целью работы нашего коллектива является повышение качества подготовки компетентных специалистов-медиков, а определяющими факторами развития стали научно-методическая работа преподавателей и учебно-исследовательская деятельность студентов.

Для того чтобы развить клиническое мышление, сформировать специалиста с высоким уровнем нравственности и культуры, необходимо вовлекать учащихся в такую личностно ориентированную познавательную деятельность, которая характеризуется самостоятельной выработкой решений, взаимодействием обучаемых между собой, выявляет и использует в учебном процессе субъективный опыт каждого студента.

Для выработки профессиональных компетенций преподаватели отдают предпочтение активным методам, на занятиях используют проблемное обучение, разыгрывание ролей, решение ситуационных задач, анализ конкретных ситуаций, исследовательский метод, применяют проектную деятельность, метод критического мышления.

Мы стремимся так воспитывать наших студентов, чтобы они понимали сущность и социальную значимость выбранной ими профессии, обладали всесторонними компетенциями, могли мобилизовать свои усилия на достижение планируемого результата, обладали чувством ответственности за результаты своего труда.

МОДЕЛИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ: АНАЛИЗ ИСХОДНЫХ ДАННЫХ

Н.В. Харина

ФГБНУ «Институт развития образовательных систем» РАО, г. Томск

Повышение эффективности и качества образования, устойчивое развитие системы образования, зависит от умений прогнозировать и моделировать развитие образовательных систем. Недостаточная разработанность в теории и на практике взгляда на систему образования с позиций системного подхода, учитывающего полноту анализа состояния образовательных систем в целом и отдельных ее элементов, подсистем, свойств на разных ее уровнях не позволяет достичь системных положительных эффектов в образовании.

Сотрудники лаборатории управления развитием образовательных систем ФГБНУ ИРОС РАО в 2013 году, на первом этапе работы над новой темой НИР, провели анализ существующих научных подходов к типизации систем общего образования, результаты которого представлены в статьях [1], [2], [3], [4]. В тексте данной статьи речь идет об экспериментальной проверке теоретических положений методологии моделирования развития региональных образовательных систем (далее РОС), проблемах и трудностях, возникающих при поиске, отборе, систематизации и структурировании исходных данных, необходимых для моделирования.

Необходимость анализа реальных исходных данных системы образования (в нашем случае, данных системы общего образования Томской области) позволяет, по нашему мнению, экспериментально проверить работоспособность методологии моделирования, основанной на типических свойствах РОС, а, кроме того, может стать полезной и с практической точки зрения. Во-первых, региональным и муниципальным органам управления необходимо уметь правильно выбирать прогнозную модель развития. Во-вторых, для разработки прогнозной модели развития руководителям важно иметь полный перечень данных (структуру), учитывающую параметры и показатели по наиболее важным группам ресурсов. В-третьих, определенная в ходе проведения анализа структура данных позволит руководителям учреждений общего образования разного уровня системно подойти к вопросам отбора данных для моделирования развития образовательных систем.

Анализ исходных данных был начат с изучения общих характеристик географического, геополитического и социально-экономического положения Томской области. *Далее для прогнозного моделирования развития РОС необходимо было выявить особенности развития системы образования региона, особенности системы общего образования.* Данные находятся в свободном доступе, представлены на официальных информационных интернет-порталах Администрации Томской области, Департамента общего образования Томской области, других информационных ресурсах. Понятно, что речь идет о внешних условиях функционирования образования. Данные характеристики можно условно отнести к РОС, так как они не характеризуют саму систему образования, а дают представление об условиях, в которых она функционирует и состоянии социально-экономического развития территории, окружающего социума, с которым взаимодействует система образования. Данные характеристики можно определить как «контекстные» характеристики РОС, остановимся на них подробнее.

В научной педагогической литературе рассматриваются подходы к анализу образовательного пространства с разных позиций. Отметим наиболее адекватные для рассмотрения определенной нами темы. Это подход М.В. Груздева, проанализировавшего состояние образовательного пространства Ярославской области и предложившего методологию проектирования муниципальных образовательных систем с позиции социальной географии [5]. Подход М.П. Гурьяновой, основанный на учете специфики и месторасположения сельских школ и выделении внутренних, касающихся особенностей деятельности школы, и внешних характеристик, учитывающих социально-экономическое положение территории, климата,

экологии, демографии, а также культурные, религиозные, национальные особенности и традиции населения территории [6]. Подход, ориентированный на анализ социокультурных ситуаций, предложенный А.М. Цирульниковым [7]. Позиции вышеназванных авторов нами подробно изучены, а отдельные характеристики рассматриваемых подходов использованы в качестве оснований, необходимых для включения в структуру «контекстных» характеристик РОС.

Выделим наиболее важные характеристики окружающей РОС среды, учет которых необходим для моделирования развития региональных образовательных систем. К ним мы относим следующие: особенности климата, размера территории, ландшафта местности; численность, плотность населения; средний возраст населения, половозрастные особенности, национальный состав населения; демографические особенности, ожидаемая продолжительность жизни; социально-экономические возможности региона; административно-территориальное деление; преобладающий тип производства; транспортная доступность; величина населенных пунктов, степень урбанизации; занятость населения; особенности социокультурного фона и культурно-исторических традиций; развитость научно-образовательного комплекса; особенности развития образовательных кластеров на территории и т.д. Перечень характеристик примерный, он может быть уточнен и дополнен, исходя из специфики региона и поставленных при моделировании целей и задач.

Резюмируя вышесказанное, определяем в качестве первоочередных задач проектирования развития образовательных систем задачу исследования функций, связей и зависимости РОС от окружающей среды, влияние среды на систему и системы на среду. Вопрос требует отдельного рассмотрения, нам важно зафиксировать данный аспект, не упустить его при проведении анализа образовательной системы.

При проведении анализа образовательных систем возникает множество вопросов. Один из наиболее сложных – вопрос структурирования данных. Возникает еще ряд вопросов, таких, например, как: какие данные необходимы для моделирования, каков порядок их детализации, как их (данные) лучше классифицировать, каковы связи между данными, какие из них следует учитывать, какие можно считать несущественными и т.д.

По мнению ряда ученых, всё многообразие систем реального мира можно представить всего четырьмя принципиальными типами моделей: 1) моделью типа «чёрный ящик»; 2) моделью состава; 3) моделью структуры системы; 4) разумным сочетанием трёх первых, т.е. «структурной схемой системы» [8]. Опираясь на данное утверждение, мы решили полученные исходные данные региональной образовательной системы, необходимые для моделирования, структурировать согласно вышеприведенному перечню моделей. Тогда в модель типа «чёрный ящик» необходимо включить набор необходимых входов, направленных от среды в региональную образовательную систему и выходов, направленных от образовательной системы в окружающую среду. В модель состава потребуется внести необходимые данные, дающие представление о внутреннем устройстве РОС, в модель структуры – данные, дающие представление о совокупности связей как внутри системы, так и с окружающей внешней средой, а в «структурной схеме системы» объединить все три модели.

Работая над структурой данных, нам необходимо было содержательно наполнить входы и выходы в систему (для модели типа «чёрный ящик») и определить их терминологически. Идея о том, что «функция системы состоит в оперировании во времени информацией и (или) энергией и (или) веществом для производства информации и (или) энергии и (или) вещества. Другими словами, если на вход системы поступают информация, энергия и вещество, то на этапе выхода появляются видоизмененные информация, энергия и вещество» [9], позволила решить данную проблему. Используя предложенную терминологию [9], входы и выходы в систему (например, для модели типа «чёрный ящик»), можно определить как вещественные, энергетические, информационные. Эти же группы ресурсов рассматриваются и в модели состава РОС.

Модель состава РОС дает представление о внутреннем устройстве системы. В нашем случае речь идет о моделировании развития региональной образовательной системы, в которую в качестве подсистем входят: общее, дополнительное, дошкольное образование.

Проблемы при описании модели состава можно свести к нескольким моментам. «Во-первых, целое можно делить на части по-разному... Во-вторых, прекращать деление можно на разных уровнях (при разных определениях элементарности). В третьих, внешнюю границу системы можно определить по-разному...»[8]. Выбор описания модели состава обусловлен

поставленными при моделировании целями и задачами. Какие исходные данные должны войти в модель состава РОС – вопрос непростой. Приоритетами при выборе исходных параметров являются целесообразность (соответствие поставленной при моделировании цели) и системность (системное видение решения проблемы, основанное на целостном изучении элементов и подсистем), а основной проблемой в процедуре моделирования образовательной системы – «проблема нахождения соотношения полноты и простоты модели, проблема неочевидности существенности» [4]. Очевидно, для того, чтобы модель соответствовала действительности, нужно представить ее достаточно полной, но тогда она может стать громоздкой и слишком детализированной, с избыточными для проектирования данными. Как определить границы делимости подсистем и их элементов и какой порядок делимости следует использовать при моделировании конкретной образовательной системы?

На этот и другие вопросы, возникающие при моделировании развития РОС, одинакового ответа быть не может. Каждая региональная образовательная система уникальна и неповторима, имеет свои особенности и преимущества, а возможно, и недостатки. Важно при решении поставленной задачи: 1) правильно организовать поиск и отбор необходимых исходных данных, используя программные документы развития образования, нормативно-правовые акты, данные статистики, другую аналитическую информацию; 2) при анализе состояния образовательной системы учитывать основные характеристики окружающей среды, оказывающие на нее влияние; 3) при выделении основных исходных данных руководствоваться принципами целесообразности и системности, а 4) при разработке структуры исходных данных помнить о проблеме «нахождения соответствия полноты и простоты модели».

В данной статье авторы не останавливались на модели структуры и «структурной схемы системы», не ставилась цель представления исходных данных конкретной образовательной системы. В статье рассматривались общие подходы к заявленной теме, которые, безусловно, нуждаются в дальнейшем анализе, осмыслении, детализации.

Литература:

1. Атрашенко А.Н. Типизация региональных образовательных систем // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. - Выпуск 12 (140). – С.152-157.
2. Харина Н.В. Типизация образовательных систем: категориальный анализ // Альманах современной науки и образования.- 2013. № 6. С. 177-180.
3. Харина Н. В. Научные подходы к типизации образовательных систем // Вестник Томского государственного педагогического университета. - 2013. - Выпуск 12 (140). – С.243-249.
4. Атрашенко А.Н. Проблемы моделирования развития региональных образовательных систем // Альманах современной науки и образования. -2014. № 10. С. 21-29.
5. Груздев М.В. Методология проектирования муниципальных образовательных систем // Педагогика. 2003. № 9. С. 15-23.
6. Гурьянова М.П. Типология сельских школ России // Педагогика. 2005. № 2. С. 20-29.
7. Цирульников А.М. Социокультурный анализ образовательных систем. Методология и методы. // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2011. № 2. С. 71-93.
8. Перегудов Ф. И., Тарасенко Ф. П. Введение в системный анализ: учебное пособие для вузов. - М.: Высшая школа, 1989. 367 с.
9. Балашов Е.П. Эволюционный синтез систем. - М: Радио и связь, 1985. - 328 с.

РАЗДЕЛ 2

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

МЕТОДИКА ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

А.А. Маукенова, К. Джампеисова, Л.С. Нурпеисова

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,
Казахстан*

В связи с развитием рынка труда, общего культурно – образовательного уровня населения земли, введением модели кредитной технологии обучения и многоступенчатого образования встала проблема в подготовке профессиональных кадров, которые были бы не только хорошо информированными, но и могли, на основе полученной в стенах ВУЗов информации, развивать научно – технический прогресс для решения насущных проблем общества и соответствовать его требованиям. Для достижения этой цели в системе высшего образования стран Европы и Америки была разработана методика проблемно-ориентированного обучения (ПОО, PBL), которая широко используется в медицинских университетах Европы и Америки.

Проблемно – ориентированное обучение или PBL представляет собой особую идеологию или педагогическую стратегию со своим стилем постижения знаний, который дает возможность полноценного овладения проблемой с глубоким, активным, стойким контекстуализированным освоением материала реальных жизненных ситуаций при максимальном использовании доказательно обоснованных мировых информационных ресурсов [1].

Медицина является одной из тех областей знания, где проблемные методы обучения могут быть наиболее полезны. Ввиду особенностей проблемного обучения оно наиболее эффективно именно в тех участках знания, где важны познавательная активность, постоянное расширение теоретических и практических пластов знаний, а также скорость решения проблем, уверенность в собственных силах и самостоятельность. Проблемно – ориентированное обучение позволяет сформировать и закреплять навыки получения знаний, формы достижения консенсуса, способности ориентироваться в информационных полях, находить объективно правильное решение в мультидисциплинарных ситуациях.

Сущность проблемного обучения состоит в том, что при PBL студенты используют "исходные данные" от проблемного случая или сценария, чтобы определить их собственные цели изучения. Впоследствии они делают независимое, целенаправленное исследование прежде, чем возвратиться к группе, чтобы обсудить и усовершенствовать их приобретенные знания. Таким образом, суть PBL состоит не в решении проблемы по существу, а это, скорее, способ использования данной проблемы в качестве метода получения дополнительных знаний и навыков.

Одним из важнейших условий в ПОО является активное сотрудничество обучающихся с целью более разностороннего изучения проблемы и формирования жизнеспособных решений. В отличие от традиционных инструкций, зачастую получаемых из лекционного курса, изучение материала в процессе ПОО проходит в виде занятий в аудитории, в небольших по численности группах студентов, обычно в форме дискуссии, направляемой преподавателем [2]. Вследствие того, что объем прямых императивных инструкций при ПОО сводится к минимуму, студенты

берут на себя большую ответственность за собственное обучение [3]. При этом роль преподавателя может сводиться к роли эксперта по обсуждаемой проблеме, руководителя по пользованию информационными источниками и консультанта в выполнении группового задания.

Таким образом, в ПОО роль преподавателя состоит в поощрении активного обсуждения проблемы, обеспечении взаимодополняющей работы учащихся, обеспечении возможности получения соответствующей информации, поддержании русла ведения обсуждения [4].

Такая форма общения позволяет успешнее обсуждать все вопросы, постигать их суть, и, что еще важнее, оставляет более глубокий след в памяти, нежели амбициозное озвучивание авторитарного мнения преподавателя [5]. При этом использование ПОО предполагает освоение студентами таких навыков, как работа в команде; руководство группой для развития лидерских качеств; умение слушать и активно участвовать в дискуссии; сотрудничество и взаимодействие, обмен взглядами и мнениями; уважение к взглядам коллег; критическая оценка литературы; целенаправленное изучение и использование ресурсов; навыки презентаций.

Кроме того, группа учащихся приобретает необходимые знания и другие навыки, такие как коммуникативные способности для взаимодействия в решении задач и обмен информацией, независимость в суждениях, отстаивание своей точки зрения, ответственность за обучение. Проблемно-ориентированное обучение считается лучшим методом обучения для небольших групп, и может с успехом использоваться на семинарских и практических занятиях в медицинском ВУЗе. В ПОО органично сочетаются такие понятия, как приобретение знаний и развитие общих навыков, что дополняет компетентностный подход в обучении в ВУЗе. Использование клинического материала позволяет студентам понять уместность основных научных знаний и принципов в клинической практике.

В свете вышесказанного о продуктивных методах можно отметить следующие достоинства проблемно - ориентированного обучения:

- приобретение умения мыслить логично, научно, творчески;
- самостоятельный творческий поиск нужных знаний;
- преодоление встречающихся затруднений;
- умение создания доказательной базы;
- усвоение учебного материала более основательно и прочно;
- трансформирует знания в убеждения;
- положительный эмоциональный настрой к учению;
- формирование и развитие познавательных интересов;
- формирование творческой личности.

Таким образом, проблемно-ориентированное обучение выступает эффективным методом изучения различных дисциплин и позволяет совершенствовать методику преподавания и качество получаемых знаний.

Литература:

1. Володин Н.Н., Шухов В.С., Чучалин А.Г. «Вопросы непрерывного медицинского образования (проблемно-ориентированное обучение)». Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач». № 3, 2000 г., прямая ссылка - www.lvrach.ru/2000/03/4525883
2. Aspy, D.N., Aspy, C. B., & Quimby, P.M. (1993). What doctors can teach teachers about problem-based learning. *Educational Leadership*, 50(7), 22-24.
3. Bridges, E. M., & Hallinger, P. (1991, September). Problem-based learning in medical and managerial education. Paper presented for the Cognition and School Leadership Conference of the National Center for Educational Leadership and the Ontario Institute for Studies in Education, Nashville, TN.
4. Lloyd-Jones G, Margetson D, Bligh JG, *Med Educ*, Volume 32, 5 (September 1998) pp.492-494 Problem-based learning: a coat of many colours [прямая ссылка- http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2923.1998.00248.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2923.1998.00248.x/abstract)
5. Vernon, D. T., & Blake, R. L. (1993). Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Academic Medicine*, 68(7).

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ХИРУРГИИ

Н.Р. Рахметов, Г.С. Хан, Р.К. Мустафина, Ж.Т. Таласбаева

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Важным элементом подготовки конкурентоспособного специалиста в условиях рыночной экономики является системный подход управления за качеством обучения.

Первый, то есть структурный подход, обеспечивается лицензированием лечебного учреждения и аттестацией специалистов. Практическая реализация осуществлена подбором компетентных преподавателей-хирургов в различных разделах хирургии, а также комплектацией лечебного учреждения современным оборудованием и технологией, медикаментами. Данный раздел можно наглядно изложить на примере подготовки по модулю ангиологии и сосудистой хирургии.

Стратегия тактики ангиологических больных должна заключаться в комплексном обследовании и лечении абсолютно всех пациентов, как в амбулаторных так и в стационарных условиях при обязательном контроле ангиохирурга.

Повышение роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в области здравоохранения и медицинской науки настоящее время является наиболее актуальной. Знание основ ангиологии и сосудистой хирургии студентами старших курсов, интернами нами уделяется большое значение. Кафедра интернатуры по хирургии по плану проводит теоретические и практические занятия для интернов 6-го 7-го курсов, на базе отделения сосудистой хирургии. Несмотря на актуальность в настоящее время заболеваниями системы кровообращения, только 12,5% учебного времени отведено на лекции и практические занятия по темам острой и хронической артериальной недостаточности, венозной патологии, профилактики осложнений. Целью обучения врачей- интернов на занятиях является показ современных возможностей и преимуществ ранней диагностики лечения тромбооблетерирующих заболеваний, максимальная заинтересованность будущих специалистов в активном выявлении больных с сосудистой патологией на первичном звене с последующим направлением их на консультацию к ангиохирургу. Кроме теоретического курса врачам-интернам, особое внимание уделяется непосредственному ознакомлению высокотехнологичным методам исследования - УЗДГ, ДСС магистральных сосудов, а также контрастной ангиографии с обязательной интерпретацией полученных результатов. Вместе с преподавателем и палатным врачом интерны уточняют клинический диагноз, определяют дальнейшую тактику, докладывая больных на врачебных конференциях. Обязательному освоению подлежат принципы медикаментозной терапии сосудистых больных, реабилитации больных после реконструктивных операций. Будущие хирурги привлекаются к участию в операциях на сосудах при использовании видеоэндоскопической стойки, инструментария «мини ассистент». Результаты хирургического лечения интерны докладывают на еженедельных конференциях с демонстрацией на мультимедийной оргтехнике. Таким образом, главным критерием эффективности системы обучения врачей-интернов является повышение качества помощи больным с тромбооблетерирующим заболеванием с применением высокотехнологического оборудования. Опыт преподавания занятий по сосудистой хирургии определяет необходимость ведения специального курса по ангиологии и сосудистой хирургии.

Второй - процессуальный подход за контролем качества реализован участием преподавателей, как эксперта в течение всего периода обучения. Поставленная задача может быть осуществлена развитием и внедрением информационных технологий в лечебный, учебный и научно-исследовательский процесс, прежде всего освоением преподавателем современных обучающих технологий.

Американские исследователи подтверждают, что стоимость обучения при использовании современных обучающих технологий снижается на 30-60%. В этой связи на выпускающей кафедре хирургии клиническая хирургическая конференция проводится в диалоговом режиме «интерн- преподаватель», «интерн-интерн», что способствует активизации процесса обучения и повышает его интенсивность. Данный подход способствует лучшему усвоению и запоминанию материала. Имеется прямая связь и диалог между хирургической бригадой в операционном блоке и аудиторией интернов, кабинетом профессора. Все это

значительно разгружает операционное отделение, а самое главное, создает условие для оценки реальной хирургической ситуации и выбору тактики.

В процессе управления обучением внедряются оперативно обновляемые и пополняемые информационные банки данных, которые включают новые педагогические технологии и аналитические данные. Преподаватели, врачи- интерны получают доступ к лучшим международным информационным ресурсам - учебным, научным, методическим материалам, могут пользоваться данными ведущих хирургических центров мира. Широкое использование в процессе обучения мультимедийного комплекса способствует соединить в единое различные формы информации: мировую и региональную статистику, графику, нестандартные ситуации, тактику и систематизировать фармакотерапию. Внедрение новых образовательных технологий проходит параллельно повышению мастерства педагогического творчества сотрудников кафедры. Данный процесс осуществляется созданием авторских электронных пособий, где видна динамика методики обучения, полученные результаты. Пособие широко обсуждается с критическими замечаниями коллег. По-нашему мнению, это способствует генерации интеллектуальных импульсов, а также активизации творчества в педагогической среде. Процесс компьютеризации педагогического процесса способствует переосмыслению педагогами своей образовательной функции.

Третий подход - контроль качества по конечному результату. Для определения качества по конечному результату на кафедре разработаны стандарты диагностики и лечения основных хирургических заболеваний. Названные стандарты составлены по системе ОСКЭ, то есть этапное ведение пациентов. К этапному лечению адаптирована вся клиническая деятельность кафедры.

Таким образом, разумное сочетание традиционного метода обучения по принципу «лечить больного, а не болезнь» и инновационного метода преподавания привели к повышению качества подготовки специалистов и решению региональных проблем здравоохранения.

ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

А.Л. Земцова, Е.А. Сергеева

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Томский лесотехнический техникум», г. Томск

Высокое качество образования сегодня невозможно без высокого уровня информационной культуры студентов. Поэтому в ФГОС СПО общие компетенции, которыми должен обладать выпускник, включают способность «... владеть информационной культурой, анализировать и оценивать информацию с использованием информационно-коммуникационных технологий» [1].

Поиск условий и средств, способствующих формированию информационной культуры студентов, привел нас к рассмотрению такой технологии обучения как интегрированные занятия. Причем за основу берется интеграция информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) и общепрофессиональных, например, экономических дисциплин.

В Томском лесотехническом техникуме при подготовке бухгалтеров накоплен определенный опыт проведения интегрированных занятий.

Наша практика подтверждает, что хорошие основания для проведения интегрированных занятий с дисциплиной «Информационные технологии в профессиональной деятельности» (далее – ИТПД) дает любое сочетание:

«ИТПД» и «Анализ финансово-хозяйственной деятельности»;

«ИТПД» и «Документационное обеспечение управления»;

«ИТПД» и «Экономика организации» и др.

В качестве примера приведем занятие, которое интегрирует дисциплины «ИТПД» и «Документационное обеспечение управления» при подготовке студентов по специальности «Экономика и бухгалтерский учет (по отраслям)».

В стандарте указывается, что в результате изучения общепрофессиональной дисциплины «Документационное обеспечение управления» обучающийся должен уметь: оформлять документацию в соответствии с нормативной базой, в т.ч. с использованием информационных технологий [1].

Занятие подготовлено с использованием материалов, представленных на фестиваль педагогических идей «Открытый урок» [2, 3].

ТЕМА ЗАНЯТИЯ: Использование информационных технологий для оформления документов при приеме на работу.

ФОРМА ЗАНЯТИЯ: Интегрированное практическое занятие.

ЦЕЛЬ: уметь оформлять документы с использованием ИКТ.

ОБОРУДОВАНИЕ ЗАНЯТИЯ: компьютеры, карточки с заданием.

СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

1. Организационный момент

2. Вступительное слово преподавателей о целях данного занятия и условиях его проведения.

Постановка преподавателем цели урока, формирование команд, выбор капитанов и жюри.

3. Разминка (составление слов на карточках письменно).

Составить новые слова, используя буквы из слова **документооборот**.

Д	О	К	У	М	Е	Н	Т	О	О	Б	О	Р	О	Т	

4. Конкурс команд «Составь резюме»:

– повторение разделов резюме по карточкам (1 балл за каждый раздел);

Каждой команде нужно «собрать» резюме из предложенных карточек с названиями разделов (отметьте значком выбранный раздел):

<input type="checkbox"/> ФАМИЛИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЯ
<input type="checkbox"/> ОБРАЗОВАНИЕ	<input type="checkbox"/> ДАТА РОЖДЕНИЯ
<input type="checkbox"/> ВОЗРАСТ	<input type="checkbox"/> ПОДПИСЬ СОСТАВИТЕЛЯ РЕЗЮМЕ
<input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТА
<input type="checkbox"/> НОМЕР ДОКУМЕНТА	<input type="checkbox"/> НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
<input type="checkbox"/> УВЛЕЧЕНИЯ	<input type="checkbox"/> ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРЕДПРИЯТИЯ
<input type="checkbox"/> АДРЕС И КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ	<input type="checkbox"/> ЦЕЛЬ ТРУДОУСТРОЙСТВА
<input type="checkbox"/> ОПЫТ РАБОТЫ	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Примечание: какие-то карточки могут оказаться лишними.

– составление резюме на компьютере (макс. 5 баллов).

В компьютерной фирме «АВС» имеются вакансии: секретаря – референта, главного бухгалтера и специалиста отдела информатизации.

5. Составление терминов, связанных с приемом на работу, на карточках (1 балл за каждый термин).

Из набора букв в каждой строчке составьте термины, связанные с приемом работника на работу.

Слово	1	2	3	4	5	6
1	р	а	п	р	к	е
2	о	п	а	б	а	и
3	о	т	р	о	к	н
4	о	р	к	з	а	ы
5	г	с	и	а	о	т
6	в	о	з	в	ч	а
7	д	п		е	р	и
8				н	т	с
9				и		п
10				а		
11				о		

Ответ: договор, паспорт, приказ, образование, испытание, карточка.

6. Оформление документов на компьютере:

- заявление о приеме на работу, работа командой (макс. 5 баллов);
- приказ о приеме на работу (макс. 5 баллов);
- (конкурс капитанов).

7. Повторение правил заполнения трудовых книжек и личных карточек

8. Подведение итогов:

- анализ правильности составления документов;
- оценка работы каждого студента;
- обобщение результатов и подведение итогов занятия преподавателями.

На наш взгляд интеграция ИКТ и общепрофессиональных дисциплин позволяет:

1. Выработать и закрепить навыки применения студентами информационных технологий в различных учебных дисциплинах.

2. Предоставить возможность работать с разными видами информации, лучше усвоить содержание дисциплин.

3. Повысить мотивацию к обучению, сформировать познавательный интерес студентов.

Литература:

1. Федеральный Государственный Образовательный Стандарт Среднего Профессионального Образования по специальности 080114 Экономика и бухгалтерский учет (по отраслям), утв. приказом Минобрнауки РФ 06 апреля 2010 г. № 282.
2. Ковтун А.В. Интегрированный урок (экономика + информатика) «Зарплата и ее виды. Расчеты зарплаты с помощью MS Excel». URL: <http://festival.1september.ru/articles/598120/>.
3. Федотова С.В. Урок экономики с использованием ИКТ. URL: <http://festival.1september.ru/articles/596368/>.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Е.А. Глазкова, С.Н. Меркулова, А.Л. Едачёва

*Областное государственное бюджетное образовательное учреждение
«Томский базовый медицинский колледж», г. Томск*

Согласно п. 2 ст. 13 ФЗ «Об образовании в РФ» при реализации образовательных программ используются различные образовательные технологии, в том числе электронное обучение (eLearning) и дистанционные образовательные технологии (ДОТ). Статья 16 данного закона определяет условия «реализации образовательных программ с применением электронного обучения и ДОТ»¹.

¹ Федеральный закон «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 N 273-ФЗ

Под eLearning понимается организация образовательной деятельности с применением содержащейся в компьютерных базах данных информации. ДОТ – это методы (технологии) передачи указанной информации обучаемому, реализуемые с применением информационно-телекоммуникационных сетей. В основе eLearning и ДОТ лежит возможность осуществления образовательной деятельности независимо от места нахождения обучаемого.

В 2009 году Томский базовый медицинский колледж выиграл гранд для реализации собственного инновационного образовательного проекта «Модернизация системы повышения квалификации...» для лечебно-профилактических организаций (ЛПО) Сибири, Томской области (ТО) и города Томска». Необходимость создания данного проекта была обусловлена следующим - площадь ТО 316,9 тыс. км², расстояние от областного центра до отдалённых районов составляет несколько сотен км, например, до Парабельского района - 400 км, а до Каргасокского - 430 км. Главной целью проекта было внедрение в образовательный процесс ДОТ для обеспечения доступности и экономической эффективности последипломного образования средних медицинских работников наиболее отдалённых районов области и частичного решения проблем кадрового дефицита на местах. Благодаря проекту удалось максимально приблизить образовательную услугу к потребителю.

В качестве эксперимента (с 2009 г.) электронное обучение, основанное на применении кейс-технологии, начали использовать на базе отдела дополнительного профессионального образования колледжа. Однако, применяемый метод нельзя в полной мере назвать Кейсом, так как CASE-STUDY — это техника обучения, использующая описание реальных ситуаций. Она наиболее эффективна в менеджменте, маркетинге и производственном обучении. Преимущества кейса в том, что он позволяет научиться применять к практической ситуации полученные теоретические знания, что особенно актуально для базового (додипломного) медицинского образования при формировании у обучаемых профессиональных компетенций и практических навыков по своей специальности.

Повышающие же свою квалификацию слушатели, в основном уже имеют большой практический опыт, прекрасно владеют профессиональными навыками и знают, что реальный мир весьма далек от мира теоретических моделей. Немаловажное значение имеет и то, что в системе последипломного образования мы очень ограничены во времени, а процесс работы обучаемых с кейсом является весьма времязатратным. Однако, применяемый нами дистанционный метод обучения безусловно можно отнести к инновационным педагогическим технологиям, которые представляют собой деятельность по обновлению и оптимизации педагогического процесса, внесению нововведений в традиционную систему.

Благодаря внедрению eLearning и ДОТ в обучение слушателей реализуются следующие цели:

1. Возможность частичной замены аудиторного обучения – на обучение в любом месте в любое время (в том числе на базах ЛПО непосредственно на рабочих местах).
2. Переход от регулятивного обучения к индивидуальному подходу.
3. Замена технологии «мела и бумаги» - технологией гипермедийного образовательного процесса.
4. Создание доступной электронной образовательной среды.

На первом этапе новый метод осваивали на 6-ти экспериментальных площадках, которыми являлись ЛПО ТО. В прошлом учебном году к проекту присоединились ещё 4-х района. На полученные по гранду денежные средства были оборудованы специальные классы для самоподготовки слушателей, в которых установлены новый компьютер, сканер, подключен интернет и Skype.

В 2010-2011 учебном году дистанционно проучилось 2,7% от всех слушателей отделения (всего за год на отделении обучаются около 2800 - 3000 человек), а в 2013-2014 этот показатель составил 10,5% от всех слушателей отделения. Экономическая эффективность дистанционного обучения одного слушателя составляет 49,9% от суммы затрат на обучение одного очного слушателя. Это связано с экономией средств на заработную плату, проезд, суточные, командировочные.

Дистанционное обучение проводится комбинированно в соответствии с двумя дополнительными профессиональными образовательными программами (ДПОП). При их реализации применяется форма организации образовательной деятельности, основанная на модульном принципе. Таких модулей 2:

1. Первый представлен в отдельной ДПОП модуля общепрофессиональных дисциплин, его реализация осуществляется через eLearning с применением ДОТ. Предназначен модуль для самостоятельного (заочного, внеаудиторного) изучения слушателями без отрыва от производства.
2. Второй – модуль специальных дисциплин - является составной частью ДПОП для очного обучения - изучается очно (аудиторно) с отрывом от производства на базе колледжа вместе со слушателями-очниками.

После самостоятельного изучения первого модуля, слушатели приезжают в колледж, где проводится промежуточный контроль знаний в виде тестирования на компьютере, тем самым устраняются 2 проблемы: идентификации личности слушателя и возможности списывания. Положительная оценка является допуском к дальнейшему очному обучению по второму модулю.

Для самостоятельного изучения слушателями дисциплин первого модуля создано электронное учебно-методическое пособие. Оно состоит из 12 разделов, каждый из которых – отдельный файл (PDF). Пособие содержит всю необходимую информацию по изучаемым дисциплинам, а также вопросы для самоконтроля, ситуационные задачи и тесты для самостоятельной работы. Текст красочно оформлен с помощью иллюстраций, фото, рентгеновских снимков, алгоритмов, схем, фрагментов презентаций.

Пособие высылается на адреса электронной почты ЛПО и выдаётся слушателям, обучающимся дистанционно, на электронный носитель не позднее, чем за месяц до начал цикла. В настоящее время данное пособие текст пособия преподаватели вносят в программу moodle, благодаря чему оно станет полноценным электронным курсом для слушателей, владеющих современными информационными технологиями и будет более мобильным в плане обновления информации. Однако, отказываться от первоначального формата пособия мы не намерены до тех пор, пока существуют три проблемы: низкий уровень компьютерной грамотности, недостаточная мотивация слушателей и отсутствие в отдалённых районах интернета.

Так как часть обучения происходит на базе ЛПО заочно, только сам слушатель отвечает за качество усвоения предоставленного ему учебного материала. Возможно ли улучшить качество обучения, изучая идеально организованные и взаимосвязанные пакеты электронных учебных материалов? Да, но всё-таки люди, действительно заинтересованные в учёбе, могут эффективно обучаться независимо от применяемых источников, будь то электронные или традиционные бумажные тексты.²

Поэтому, выбирая eLearning, медицинские работники должны понимать, что заинтересованность и ответственность при получении знаний поможет им в дальнейшей работе по оказанию пациентам различного вида качественной и своевременной медицинской помощи.

Литература:

1. Федеральный закон РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в РФ»
2. Балкизов, З.З. Обзор технологий elearning для медицинского образования / З.З. Балкизов // Медицинское образование и профессиональное развитие, 2011. - №1. – С.24-34.

² Балкизов, З.З. Обзор технологий elearning для медицинского образования / З.З. Балкизов // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2011. - №1. – С.24-34.

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ УНИВЕРСАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ДЕЙСТВИЙ

В.В. Андрейшев

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Томский лесотехнический техникум», г. Томск

В современную эпоху, эпоху глобализации, когда происходит стремительное внедрение новых научных открытий, увеличение и обновления объемов доступной информации, умножение ее источников, образование, ориентированное исключительно на знания, перестает выполнять свои функции. Перемены современной эпохи обусловили постановку принципиального вопроса: «Что важнее – чистое универсальное знание или набор технологических приемов, работающих на практике?». Ответ очевиден: и то и другое. Вопрос в пропорции. Советская система образования, по мнению большинства аналитиков, была фундаментальной. Сегодня очевиден прагматический крен. Но ситуация изменилась настолько сильно, что уже нельзя так жестко разделять подходы.

На наших глазах происходит изменение общей парадигмы образования:

- от определения цели обучения как усвоения знаний, умений, навыков к определению цели обучения как формирования умения учиться;
- от «стерильности» системы научных понятий, составляющих содержание учебной дисциплины, к включению содержания обучения в контекст решения жизненных задач;
- от стихийности учебной деятельности обучающегося к стратегии ее целенаправленной организации;
- от ориентации на учебно-предметное содержание дисциплин различных циклов к пониманию учебного процесса как смыслового (процесса смыслообразования и смыслопорождения);
- от индивидуальной формы усвоения знаний к признанию ведущей роли учебного сотрудничества.

Как видно из обобщенных требований к содержанию среднего профессионального образования, его результаты получают свое выражение не только в предметном формате, но и в формате универсальных видов учебной деятельности, направленных на формирование универсальных (метапредметных) умений. Концепция развития универсальных учебных действий разрабатывалась на основе системно-деятельностного подхода группой авторов под руководством А.Г. Асмолова. Эта концепция отвечает новым социальным запросам, отражающим переход России от индустриального к постиндустриальному информационному обществу, основанному на знаниях и высоком инновационном потенциале.

Формирование универсальных учебных действий наиболее естественно и эффективно проводить с использованием цифровых инструментов, в современной цифровой коммуникационной среде (в том числе, используя возможности информационной среды техникума, социальные сервисы).

Использование информационно-коммуникационных технологий (далее – ИКТ) помогает перейти от стихийного к целенаправленному и планомерному формированию универсальных учебных действий. Для их формирования исключительную важность имеет использование информационно-образовательной среды, в которой планируют и фиксируют свою деятельность и результаты педагогические работники и обучающиеся.

Как известно, в структуре универсальных учебных действий выделяют личностные, обеспечивающие ценностно-смысловую ориентацию обучающихся; регулятивные универсальные учебные действия, которые обеспечивают организацию учебной деятельности. Познавательные универсальные учебные действия подразумевают самостоятельное формулирование познавательной цели, структурирование знаний, рефлексии, смысловое чтение, самостоятельное создание алгоритмов деятельности при решении проблем творческого и поискового характера. Особое внимание уделяется коммуникативным универсальным учебным действиям: социальная компетентность и учет позиции других людей, партнера по общению или деятельности, умение слушать и вступать в диалог, участвовать в коллективном

обсуждении проблем, интегрироваться в группу сверстников и продуктивно взаимодействовать и сотрудничать со сверстниками и взрослыми.

Современные информационные и коммуникационные технологии обладают уникальными дидактическими возможностями. Перечислим лишь те из них, которые уже используются в практике педагогической работы техникума. ИКТ позволяют:

- представлять обучаемому информацию в различной форме: текст, графика, аудио, видео, анимация и т.д.;
- контролировать временные параметры урока для каждого обучаемого;
- выдавать большой объем информации по частям, поэтому изучаемый материал усваивается легче, чем материал учебников и статей;
- активизировать процессы восприятия, мышления, воображения и памяти;
- мобилизовать внимание обучаемого;
- значительно снижать временные затраты преподавателя на контроль нормативных знаний;
- быть точным и объективным в оценке знаний;
- печатать, воспроизводить и комментировать информацию.

Использование средств ИКТ с целью формирования универсальных учебных действий на уроках позволяет говорить о новом типе учебного занятия. Известно, что занятия-уроки условно можно поделить на три группы:

- пассивные (традиционные уроки);
- активные (доклады обучающихся, рефераты, презентации);
- интерактивные (двусторонняя связь между педагогическим работником и обучающимся, создаваемая, в том числе, благодаря интерактивным доскам, а также различными электронными образовательными ресурсами).

Именно последним принадлежит ведущая роль в построении современного образовательного процесса. В настоящее время понятие "интерактивные методы обучения" наполняется новым содержанием, приоритетная роль в нем отводится: взаимодействию; развитию навыков общения личности; развитию и осуществлению социального опыта людей; учебно-педагогическому сотрудничеству между участниками образовательного процесса. Таким образом, интерактивный метод можно рассматривать как самую современную форму активных методов.

В целом, формирование универсальных учебных действий определяет успешное осмысление и усвоение знаний, умений и навыков, увязывание их с жизненным опытом формирование компетентностей в любой предметной области познания, способствующих готовности личности к непрерывному образованию, высокой социальной и профессиональной мобильности.

Литература:

1. Кабанова О.А. «Что такое универсальные учебные действия и зачем они нужны» <http://www.prosv.ru/umk/perspektiva/info>
2. Разработка модели Программы развития универсальных учебных действий. – <http://standart.edu.ru/attachment.aspx?id=126>.
3. Заключение Общественной палаты Российской Федерации по результатам общественной экспертизы проекта Федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования. – http://portal.gersen.ru/images/documents/fgos_2010.pdf.
4. Национальный учебный план в Великобритании // Вопросы образования. – 2006. – № 3. – С. 196–204.

ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ

Д. А. Балясина, Д. О. Морозова

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Дистанционное обучение – совокупность технологий, которая обеспечивает интерактивное взаимодействие студентов и преподавателей в процессе обучения, и предоставляет студентам возможность самостоятельной работы по освоению изучаемого материала.

Современный этап истории дистанционного обучения наступил с появлением глобальной сети Интернет. Именно использование современных технологий взаимодействия между студентами и преподавателями, а также технологий доступа к учебным курсам и отличает дистанционную форму обучения от других форм.

Сегодня дистанционное обучение переживает период стремительного развития. Все большее количество учебных заведений внедряют в учебный процесс технологии дистанционного обучения. Применение технологий и средств дистанционного обучения при проведении традиционного очного обучения позволяет выстраивать совершенно новые уникальные модели обучения и обеспечивать высокую эффективность образования. [1]

В нашем колледже обучение с применением дистанционных технологий осуществляется при помощи системы MOODLE, которая представляет собой свободное веб-приложение, предоставляющее возможность создавать курсы для онлайн-обучения. Благодаря тому, что доступ к MOODLE осуществляется через Интернет, студенты не привязаны к конкретному месту и времени и могут изучать материал в собственном темпе. [2]

На платформе MOODLE Томского базового медицинского колледжа в 2012 г. был создан дистанционный учебный курс «Фармакология», который содержит в себе различные обучающие элементы (лекции, игровые задания, тренировочные тесты, контрольные тесты), а также предоставляет возможность консультации преподавателя и общения между студентами.

Каждый раздел курса начинается с изучения лекции, которая включает в себя текстовый материал по теме, а также наглядные иллюстрации. Материал разбит на отдельные страницы, по окончании изучения каждой страницы, необходимо ответить на вопрос по прочитанной информации. В этот момент можно адекватно проверить, насколько была усвоена полученная информация, и в случае неправильного ответа на вопрос вернуться к этой странице еще раз. В конце онлайн-лекции предлагается ответить еще на несколько тестов по всей теме, что тоже является своего рода маркером полноты усвоения новой информации. Также в любой момент можно прерваться в изучении лекции, и в удобное время продолжить с прерванного места. Это помогает лучше распределять время и интенсифицировать процесс изучения нового материала. После лекции идет блок с различными заданиями в виде кроссвордов, викторин и различных обучающих упражнений. После получения большого объема новой информации очень важно ее систематизировать и усвоить, этому и способствуют такого рода задания. По ходу их выполнения, можно на любом этапе себя проконтролировать, и в случае неправильных ответов, вернуться к неувоенному материалу и восполнить пробелы.

Далее идет тренировочный тест для самоконтроля, каждый вопрос можно проверить, и в случае неправильного ответа, выполнить его еще раз. Тренировочное тестирование дает возможность еще раз оценить степень усвоения полученного материала. Вопросы построены таким образом, что делается акцент на специфические особенности фармакологических групп, это позволяет выделять главное и систематизировать полученную информацию.

Также к каждому занятию студент готовит индивидуальное практическое задание по рецептуре. Выполнить его можно на форуме с возможностью личной консультации преподавателя. Это позволяет исправить и проанализировать свои ошибки.

В конце изучения темы можно пройти тест для самоконтроля, который наглядно показывает степень подготовки по теме. Выполнение теста ограничено во времени, поэтому использование дополнительных материалов сведено к минимуму.

Таким образом, дистанционный курс предоставляет возможность всесторонне и комплексно подготовиться к предстоящему занятию, что в значительной степени облегчает изучение и усвоение нового и сложного материала.

В октябре 2014 г. нами был проведен небольшой опрос студентов, обучавшихся с использованием дистанционных технологий (участники курса «Фармакология»). В опросе приняли участие 50 студентов ОГБОУ «ТБМК» из групп 131, 132, 121, 122, 11 (специальность Лечебное дело), 614 (специальность Сестринское дело). Целью исследования было выявление мнения студентов о возможностях, преимуществах и недостатках «смешанного» обучения, при котором дистанционные технологии сочетаются с аудиторными занятиями.

Результаты показали, что большинство опрошенных (86%) положительно воспринимают дистанционные образовательные технологии, считают их применение необходимым в современных условиях. 88% респондентов отметили, что обучаться с применением дистанционных технологий удобно за счет возможности выбора наиболее подходящего времени и места.

Четверть опрошенных считает, что не все студенты способны обучаться дистанционно: для некоторых это слишком сложно. Однако, по мнению 96% опрошенных дистанционный курс «Фармакология» оказал им помощь в освоении программы данной дисциплины, материал которой является сложным и трудноусваиваемым.

Особенной популярностью у студентов пользовались упражнения «Лекции», способствующие лучшему усвоению новой информации, поскольку в них присутствуют элементы деятельности (выполнение заданий по ходу чтения), а также форум, предоставляющий возможность получить консультацию преподавателя. Весьма востребованными были также интерактивные упражнения с условным названием «Игрушки»: кроссворды, викторины, паззлы, классификаторы и т.д.

78% из числа опрошенных считают, что дистанционное тестирование показывает реальную картину успеваемости и соответствует очному контролю. Но 22% с этим не согласны, они отмечают, что при дистанционном тест-контроле всегда есть возможность воспользоваться чужой помощью, «списать».

В процессе обучения приходится сталкиваться и с некоторыми техническими проблемами. 30% опрошенных отмечали, что испытывали затруднения из-за отсутствия персонального компьютера или недоступности Интернета.

82% студентов хотят, чтобы дистанционных курсов для поддержки очного обучения в нашем колледже было больше, хотя бы в виде аналогов «электронных библиотек».

Таким образом, нельзя не согласиться, что дистанционные образовательные технологии соответствуют мировым тенденциям в образовании, положительно влияют на учебный процесс, делают его более эффективным. Повышают интерес к предмету, помогают лучше усвоить новый материал. Мы надеемся, что данное направление в нашем образовательном учреждении будет успешно развиваться.

Источники:

[1] <http://www.web-learn.ru/>

[2] <http://www.opentechnology.ru/products/moodle>

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ИНТЕГРИРОВАННЫХ ДИСЦИПЛИН «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА» И «ОСНОВЫ ПАТОЛОГИИ»

Е.В. Виноградова, А.А. Сабирова

*ГАОУСПО Тюменской области «Тобольский медицинский колледж им. В. Солдатова»,
г. Тобольск*

В преподавании любой дисциплины в системе среднего профессионального образования, преподавателю приходится сталкиваться с рядом сложностей: нехваткой учебного времени на изложение нового материала, ростом требований к уровню усвоения материала, отсутствие мотивации к учению. Все это требует от преподавателя эффективно использовать учебное время. Как один из вариантов современного эффективного и углубленного изложения нового материала, предлагаем рассмотреть возможность использования информационно-коммуникационных технологий на примере дисциплин «Анатомия и физиология человека» и «Основы патологии».

Мультимедиа-технологии применяются нами на различных этапах занятия:

- при объяснении нового материала (цветные рисунки и фото, слайд-шоу, видеофрагменты, 3D-рисунки и модели, анимации короткие, анимации сюжетные, интерактивные модели, интерактивные рисунки, вспомогательный материал);
- при самостоятельном изучении учебного материала;
- при организации исследовательской деятельности в форме лабораторных работ в сочетании с компьютерным и реальным экспериментом;
- при повторении, закреплении и контроле знаний;
- при выполнении домашнего задания.

На занятиях нами применяются следующие формы ИКТ:

1. Работа с цифровыми образовательными ресурсами.

В последнее время широкую популярность приобрели информационные продукты компании «OMS». В их каталоге имеется большой выбор разработок, которые можно использовать на занятиях, а также для индивидуальной работы дома. Электронные пособия объединяют в единый комплекс теоретический курс, практическую часть и блок контролирующих материалов. Эти электронные пособия обычно поддерживают удобную систему поиска по ключевым словам и понятиям, имеют систему навигации на основе гиперссылок, а также возможность включать аудио- и видеофрагменты.

А также мы создаём собственные учебные пособия, используя программы Microsoft Power

2. Работа с мультимедийными презентациями.

Мультимедиа презентация - это программа, которая может содержать текстовые материалы, фотографии, рисунки, слайд-шоу, звуковое оформление, дикторское сопровождение, видеофрагменты и анимацию, трехмерную графику, гиперссылки.

Преимуществом презентаций являются – наглядность, компактность и интерактивность преподнесения материала. Пользователь является не пассивным слушателем, а играет роль активного деятеля.

Использование презентационных кадров можно сравнить с просмотром интерактивного фильма. В этом случае задействуются различные каналы восприятия, что позволяет заложить информацию не только в фактографическом, но и в ассоциативном виде в долговременную память учащихся. Компьютерная презентация помогает упорядочить весь материал, выстроить его, следуя логике изложения и хранить его в одном файле. Сохранение наглядных материалов и возможность их корректирования тоже является важным моментом для преподавателя.

3. Работа с ресурсами сети Интернет.

В последнее время большинство студентов при подготовке к занятию используют не литературные источники, а ресурсы Интернет. Задача преподавателя состоит в том, чтобы научить обучающихся правильно работать с найденной информацией. Каждый студент должен уметь выделять главное, систематизировать, структурировать и находить применение этой информации на теоретических и практических занятиях. В Интернете можно найти тематические сайты по всем темам дисциплин, задачки с подробными решениями, тесты, рефераты, модели различных опытов.

Например, при изучении темы «Пищеварительная система», студенты получают предварительное задание найти информацию в интернете об анатомо-физиологических аспектах постановки клизм, при изучении «Опорно-двигательного аппарата» дается домашнее задание смоделировать анатомическую подушку для новорожденного. Задания могут носить как индивидуальный, так и групповой характер.

4. Работа с дидактическими материалами.

Нами разработан электронный дидактический материал, при использовании программы-оболочки для среды Windows: «Май Тест», «Хотпот», «AD-tester».

«Конструктор тестов» - это универсальная система проверки знаний. В программе имеются следующие возможности:

- использование неограниченного числа тем, вопросов и ответов;
- наличие музыки, звуков (файлов mp3, wav, mid), изображений (файлов jpg, bmp, ico), видеороликов (файлов avi), отформатированных текстов неограниченной длины (выделение жирным, наклон, курсив, цвет и т.д.);
- поддержка пяти типов вопросов: выбор единственного правильного ответа, выбор нескольких возможных правильных ответов, ввод правильных ответов, установка соответствий ответов, ввод ответа вручную с клавиатуры;
- возможность задавать вопросы в произвольном порядке;

- задавать цену каждому вопросу и ответу в баллах;
- ограничить тестирование по времени;
- прервать тестирование и продолжить его в другое время;
- пропускать вопросы и возвращаться к пропущенным вопросам;
- сбор и централизованный анализ результатов, полученных после тестирования на разных компьютерных через локальную сеть.

За период с 2011 по 2014 учебные годы силами коллектива создана и используется база тестовых материалов для итоговой к промежуточной аттестации по общепрофессиональным дисциплинам.

5. Работа с видео- и аудиоматериалами.

Проведение уроков с использованием видеопроигрывателя создает интерес учащихся к предмету. Производители научно-популярных документальных фильмов, такие как студия «Кварт», «Тело человека» имеют колоссальный набор сюжетов для их показа на занятиях. В настоящее время имеется немного аудиоматериалов, которые можно было бы использовать при проведении занятий. Самыми популярными являются аудиокурсы компании ИДДК: «Лекции по анатомии и физиологии», «Основы патологии». Все представленные записи имеют формат mp3. В каждом сборнике аудиоматериалов содержатся лекции, некоторые из них повторяют текст учебника.

Таким образом, разумное сочетание знаний базовых фундаментальных дисциплин с внедрением информационных технологий – это условие для реализации основных и профессиональных компетентностей и успешности выпускника. Информационные технологии дают уникальную возможность развиваться не только студенту, но и преподавателю. Компьютер не сможет заменить живого слова, но новые ресурсы облегчают труд современного педагога, делают его более интересным и эффективным.

Литература:

1. Вьюшина И.В. Возможности и преимущества информационных технологий в образовательном процессе // Современные педагогические технологии как фактор формирования ключевых компетентностей участников образовательного процесса. Ч. 5. Информационные технологии в образовательном процессе: Методические материалы.- Ярославль, 2010. - С. 4-8.
2. Вьюшина И.В., Крашенинникова Н.Б. Интегративные связи в преподавании истории // Современные педагогические технологии как фактор формирования ключевых компетентностей участников образовательного процесса. Ч. 3. Интегративное образование: Методические материалы. - Ярославль, 2010. - С. 9-16.
3. Информационно-коммуникационные технологии в обновлении содержания образования. Сборник тезисов конференции южного куста Пермской области. – Чайковский, 2011.
4. Коложвари И., Сеченикова Л. Как организовать интегрированный урок? // Народное образование, 2010, №5.
5. Москвин А.Ю. Большой словарь иностранных слов. – М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф: ООО «Полис», 2003. - 816 с.
6. Селевко. Г.К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие/ Г.К. Селевко, - М.: Народное образование, 1998. – 256 с.
7. Герценбергер Н.А. Применение различных технологий при изучении дисциплины «Анатомия и физиология человека» // Материалы II международной заочной научно-практической конференции, Чебоксары, 2013.
8. <http://www.profobrazovanie.org/t2537-topic>
9. <http://festival.1september.ru/articles/612108/>
10. <http://gigabaza.ru/doc/62016.html>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В БОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

С.Ю. Галабурда, Е.И. Вековцова

БОУ Омской области «Медицинский колледж», г. Омск

Большой интерес к дистанционному обучению, который существует сегодня во всем мире, особенно с использованием Интернет-технологий, имеет объективную основу. В связи с техническим прогрессом и появлением новых специальностей растет потребность людей в эффективном образовании, повышении квалификации, переподготовке и дополнительном профессиональном образовании. При этом растущий динамизм жизни вызывает потребность в мобильных учебных системах. С другой стороны учебные заведения заинтересованы в расширении аудитории своих потенциальных студентов, слушателей и развитии системы платных образовательных услуг.

Сеть Интернет открывает новые перспективы образования, при которых обучающимся обеспечиваются возможности, свойственные очному обучению, а также целый ряд дополнительных, возникших в связи с развитием современных информационных технологий. Среди них: возможность учиться в индивидуальном режиме, независимо от места и времени, получение образования непрерывно и по индивидуальной траектории, учеба в территориально удаленном учебном заведении и многие другие. Эти возможности, реализуемые в системах дистанционного обучения, соответствуют высоким принципам открытого образования и призваны реализовать права человека на непрерывное образование и получение информации.

Применение дистанционного обучения не отменяет традиционные составляющие учебного процесса, обеспечивая всего лишь еще одну – дистанционную – форму занятий. Дистанционным обучением может считаться любая форма обучения, в которой преподаватель и студенты разделены во времени и пространстве. Появление Интернета и Web-технологий дало новые возможности в развитии дистанционного обучения и сегодня достаточно часто термин «дистанционное» используется в отношении «онлайн-ового» обучения. Но, фактически, онлайн-овое обучение - одна из форм дистанционного обучения. Систему дистанционного обучения посредством Интернета или Систему Онлайн-ового Обучения (СОО) можно определить как комплекс программно-технических средств, методик и организационных мероприятий, которые позволяют обеспечить доставку образовательной информации учащимся по компьютерным сетям общего пользования, а также проверку знаний, полученных в рамках курса обучения конкретным слушателем, студентом, учащимся. Среди основных преимуществ СОО можно отметить следующие:

- ✓ возможность выбора обучающимся удобного места и времени для обучения;
- ✓ возможность получения доступа к учебным курсам лицам, которые не могут получить этот доступ в оффлайн-овом режиме в силу определенных причин (нет возможности прерывать работу, географическая удаленность от учебного заведения, болезнь и т.д.);
- ✓ сокращение расходов на обучение - нет необходимости совершать дальние поездки для частных лиц, и для организаций - направлять сотрудников в командировки.

Среди задач, решаемых с помощью дистанционного обучения, можно выделить:

- ✓ расширение возможностей получения профессионального образования;
- ✓ развитие системы дополнительного образования;
- ✓ развитие послевузовского образования, повышение квалификации и переподготовка кадров;
- ✓ создание корпоративных онлайн-овых систем обучения и повышения квалификации

Составляющими процесса дистанционного образования являются:

- ✓ доставка учебного материала слушателям;
- ✓ поддержка «справочных» материалов (библиотека);
- ✓ онлайн-консультации;
- ✓ организация общения обучаемых (коллективные формы обучения);
- ✓ контроль знаний (тестирование и сертификация);

- ✓ администрирование учебного процесса (Виртуальный деканат);
- ✓ поддержка проектирования учебного материала (курсов).

Проблемой дистанционного обучения является поддержка мотивации обучаемого в течение долгого времени. Отсутствие постоянного расписания, при неумении планировать и контролировать свое время приводит к снижению времени, выделяемому на обучение, а возможность использовать гибкий график обучения приводит к откладыванию выполнения заданий на потом. Также отсутствуют возможности развития коммуникативных навыков.

По способам доставки учебного материала обучаемым выделяют три основные группы дистанционного обучения: кейс-технология, TV-технология и IT-технология или сетевая технология.

При использовании кейс-технологии учебно-методические материалы комплектуются в специальный набор (кейс). Этот набор пересылается учащемуся, слушателю для самостоятельного изучения с периодическим обращением к преподавателям-консультантам (тьюторам). Именно такую форму использует традиционное заочное обучение. Необходимо также отметить, и при широком использовании телекоммуникаций кейс-технология безусловно должна сопровождать дистанционное обучение, обеспечивая учащихся, слушателей учебно-методическими материалами, используемыми без подключения к Интернету: книгами, рабочими тетрадями, материалами на компакт-дисках и т.д.

TV-технология, как следует из ее названия, предполагает использование телевизионных лекций.

Сетевые или IT-технологии подразумевают использование в дистанционном обучении компьютеров и возможностей Интернета. Различают CBT (Computer Based Training) – обучение, базирующееся на использовании компьютеров, и WBT (Web Based Training) – обучение, ориентированное на использование ресурсов и технологий Интернета. В WBT-технологии Интернет используется для доставки учебных материалов и обеспечения интерактивного он-лайн и офф-лайн взаимодействия участников учебного процесса. Последнее делает возможным обучение по индивидуальному расписанию, в постоянном контакте с преподавателем, другими обучаемыми и администрацией учебного центра. Оказываются реальными индивидуальные контакты преподавателя и обучающегося, а также коллективное общение в учебных группах для людей отделенных друг от друга расстояниями и временем.

Необходимо отметить, что в настоящее время превалирующим стал комбинированный подход, когда в дополнение к коммуникационной функции Интернет используется для доставки лишь части учебно-методических материалов, не нагружающих чрезмерно каналы связи.

В декабре 2010 года в бюджетном образовательном учреждении Омской области «Медицинский колледж» была внедрена система дистанционного образования. Творческим коллективом были разработаны нормативные документы регламентирующие внедрение дистанционного образования, методические материалы для использования на циклах повышения квалификации преподавателей медицинского профиля Сибирского Федерального округа. Для обучения слушателей повышения квалификации с использованием дистанционных технологий была использована, система Moodle. Система moodle в настоящее время является наиболее перспективной платформой дистанционного обучения.

Преимущества системы moodle:

- ориентирована на сотрудничающие технологии обучения;
- имеет широкие возможности для коммуникации;
- создает и хранит портфолио каждого обучающегося;
- дает возможность использования любой системы оценивания;
- материал может быть презентован в любом виде (картинка, видео, аудио, текст), можно разрабатывать различные учебно-методические материалы (рабочие тетради, лекции, практические задания, уроки, тесты);
- позволяет так скомпоновать курсы, что слушатели смогут их использовать без контакта с преподавателем в реальном времени.

Основой moodle являются курсы, которые состоят из деятельностных элементов и ресурсов. Система поддерживает около 20 деятельностных элементов (форумы, глоссарии,

задания, тесты, опросы, базы данных и т. д.) и каждый элемент за счет богатых настроек может использоваться очень разнообразно. Основное преимущество подобного подхода: проявляется при объединении элементов в последовательности и группы, помогая тем самым выстроить образовательную траекторию и провести по ней обучающихся. Таким образом, каждый деятельностный элемент может учитывать результаты предыдущих.

Элементы дистанционного курса в moodle:

- глоссарий;
- ресурс;
- задание;
- форум;
- урок;
- тест и др.

К основным особенностям системы относятся:

- система спроектирована с учетом достижений современной педагогики с акцентом на взаимодействие между обучающимися;
- может использоваться как для дистанционного так и для очного обучения;
- имеет простой и эффективный веб-интерфейс;
- дизайн имеет модульную структуру и легко модифицируется;
- богатый набор модулей-составляющих для циклов повышения квалификации – чат, опрос, форум, рабочая тетрадь, семинар и т. д.

- возможна настройка электронной почты.

В настоящее время преподавателями колледжа разработаны циклы повышения квалификации:

- теория и методика преподавания дисциплин общепрофессионального блока;
- теория и методика преподавания дисциплин клинического блока;
- методика преподавания учебных дисциплин в ОУ СПО медицинского профиля;
- актуальные вопросы преподавания анатомии в условиях реализации требований ФГОС СПО III поколения»;
- современные аспекты деятельности преподавателя в системе среднего профессионального медицинского образования и т. д.

Литература:

1. Дистанционное обучение. Концепция, содержание, управление. / В.П. Бакалов, Б.И. Крук, О.В. Журавлева – М., 2008.
2. Дистанционное обучение и его развитие. / В.А. Трайнев, В.Ф. Гуркин, О.В. Трайнев. - М., 2006
3. Дистанционное обучение. – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/>.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ЛЕСНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ НА ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

И. Г. Гафурова

ОГБОУ СПО «Томский лесотехнический техникум», г. Томск

Преподавание информационных технологий в профессиональной деятельности всегда было делом сложным, так как кроме своего предмета, преподавателю, как минимум, необходимо уметь ориентироваться в будущей профессии студентов. Сегодня многие преподаватели информационных технологий в профессиональной деятельности системы СПО сталкиваются с проблемами невозможности приобретения профессионального программного обеспечения для обучения специалистов. Дело, по большей части, в стоимости этих программ. Как выходить из создавшегося положения? Нам необходимо изыскивать возможности формирования профессиональных компетенций на имеющейся в учебном заведении базе программного обеспечения, чаще всего эта база ограничивается офисными пакетами, такими как MS Office, векторным и растровым графическими редакторами. Поэтому опять полагаемся на «всемогущий» Excel.

В нашем техникуме широко используются офисные технологии. Например, множество расчетных задач, задачи планирования, прогнозирования, картографические задачи, можно решать в Excel. Рассмотрим некоторые примеры применения электронных таблиц в курсе информационных технологий для студентов лесных специальностей.

Решение задач оптимизации. Математическая модель таких задач представляет собой систему уравнений с несколькими неизвестными. Имеется единственная цель, например, максимизация прибыли или минимизация расходов. Обязательно имеется набор ограничений на решение. Например, количество сырья, взятого для переработки не может превышать количество имеющегося сырья на складе и т.д. Правильная формулировка ограничений является самой ответственной частью конструирования модели для поиска решения.

Приступая к решению задачи оптимизации с помощью средства *Поиск решения*, очень важно правильно построить модель на рабочем листе, и правильно задать граничные условия.

Задача №1: Организация выполняет распиловку древесины, выпускает два сорта пиломатериала. Для производства 1 куб.м пиломатериала 1 сорта требуется 0,8 часа времени и 1,3 куб.м древесины. Для производства 1 куб.м пиломатериала 2 сорта требуется 0,5 часа времени и 1,2 куб.м древесины. В неделю можно использовать не более 80 часов машинного времени. Организация получает от лесозаготовителей 150 куб м древесины в неделю. Сколько пиломатериала каждого сорта следует производить в неделю, если 1 куб.м. пиломатериала сорта 1 приносит прибыли 9\$, а 1 куб.м пиломатериала 2 сорта – 28\$.

Решение: Создадим математическую модель задачи:

Пусть x - количество пиломатериала сорта 1 (ПМ1)

y - количество пиломатериала сорта 2 (ПМ2)

Прибыль от производства ПМ1: $9 * x$

Прибыль от производства ПМ2: $8 * y$

Количество древесины: $1,3 * x + 1,2 * y \leq 150$

Время изготовления: $0,8 * x + 0,5 * y \leq 80$

На листе рабочей книги Excel составим таблицу начального плана решения задачи (*Таблица 1.*), внесем формулы в ячейки. Ячейкам B2 и B3 присвоим имена x и y соответственно

Начальный план решения задачи Таблица 1.

A	B	C
1. Переменные		
2. ПМ 1	0	
3. ПМ 2	0	
4. Целевая функция		
5. Прибыль	$=9 * x + 8 * y$	
6. Ограничения		
7. Древесина	$=1,3 * x + 1,2 * y$	≤ 150
8. Время изготовления	$=0,8 * x + 0,5 * y$	≤ 80

Применим надстройку Excel *Поиск решения* из пакета *Анализа*. В появившемся диалоговом окне сделать следующие настройки:

- Поле "Установить целевую ячейку" – B5;
- Переключатель - "Равной максимальному значению";
- Поле "Изменяя ячейки" - B2:B3;

Теперь надо ввести ограничения. Для этого надо щелкнуть кнопку *"Добавить"* и в диалоговом окне *"Добавление ограничения"* ввести 3 ограничения: $B7 \leq 150$, $B8 \leq 80$, $B2:B3 \geq 0$. В диалоговом окне *"Поиск решения"* щелкнуть кнопку *Параметры*. Откроется диалоговое окно настройки параметров *"Параметры поиска решения"* (Рис 2.). Здесь необходимо выбрать линейную модель аппроксимации. Вернуться в диалоговое окно *"Поиск решения"* и нажать кнопку *"Выполнить"*. После того как задача будет решена, появится диалоговое окно *"Результаты поиска решения"*. Выбрав в этом окне опцию *"Сохранить найденное решение"* получим на рабочем листе в исходных ячейках результаты решения. Задача решена! Для

получения максимальной прибыли необходимо выпускать в неделю: ПМ1 - 67,7 куб.м. ПМ2 - 51,6 куб.м.

Решение задач прогнозирования. Задачи прогнозирования играют важную роль при планировании деятельности предприятия. Мы в процессе обучения используем некоторые методы прогнозирования, реализованные в Excel – это применение статистических функций регрессии – *Тенденция и Рост*, прогнозирование с использованием линии тренда на графике, прогнозирование с использованием надстройки *Экспоненциальное сглаживание*. Рассмотрим на примере .

Задача № 2. 1. По данным Лесного плана ТО спрогнозировать экспорт лесопродукции из Томской области вплоть до 2013 года.

2. Какая линия тренда наиболее подходит для данного прогноза?

3. Построить диаграмму с наиболее оптимальной линией тренда.

Строим график по данным наблюдений, на нем выводим линию тренда нашего временного ряда, продленную вперед на то количество периодов, которое требуется по условию задачи. Прямая линия тренда наилучшим образом описывает простой линейный набор данных. Она применяется в случаях, когда точки данных расположены близко к прямой. Т.е. прямая линия тренда хорошо подходит для величины, которая возрастает или убывает с постоянной скоростью. В параметрах линии тренда ставим галочку, выводить уравнение (Рис 3.).

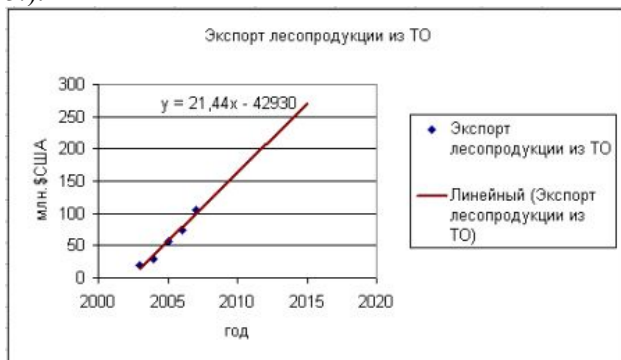


Рис 3. Линия тренда на графике

Картографические задачи. Задачи, связанные с построением, вычислением, определением по карте или космическим снимкам местности в режиме реального времени, являются основными задачами наших студентов-лесоводов, чья профессиональная деятельность связана именно с отведением лесных участков, лесными посадками, ранним определением очагов пожаров и т.д. Некоторые картографические задачи также можно выполнить в Excel. Существуют определенные надстройки, позволяющие работать с цифровой информацией, определяемой по карте. Возможности таких надстроек сопоставимы с возможностями геоинформационных систем, так как электронные таблицы являются основой для решения разного рода задач в данных системах. Вполне возможно решить задачу в Excel с отображением полученных результатов графическими методами на карте с координатной привязкой.

Задача №3: Найти в Интернете информацию о площади лесных массивов субъектов Федерации Сибирского Федерального округа и нанести эту информацию на карту Сибирского Федерального округа.

Решение: Найденный цифровой материал мы заносим и храним в таблице Excel. Открываем карту Сибирского Федерального округа в надстройке QuickMap, загружаем туда данные из подготовленной таблицы, оформляем карту (Рис 4.).

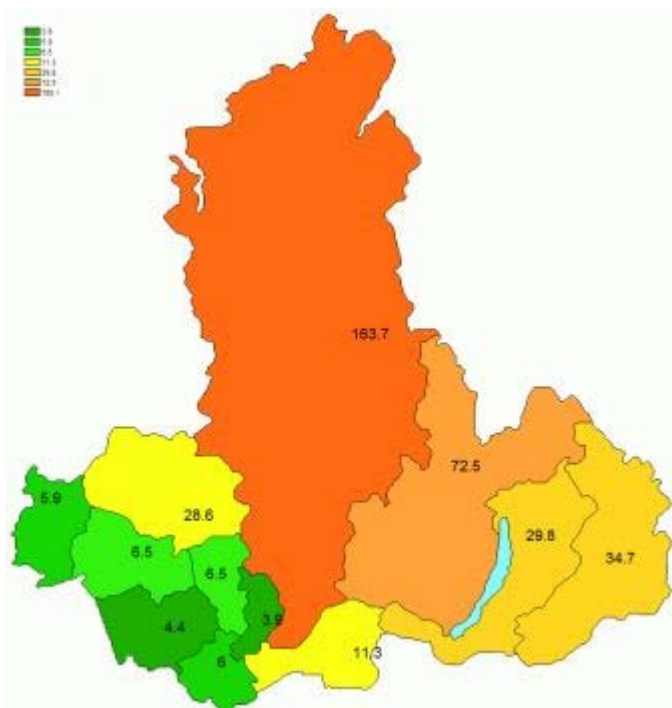


Рис 4. Карта СФО с отображенными площадями лесных массивов

При необходимости построить карту, выделяем и копируем столбец данных (несколько столбцов, всю таблицу) в буфер обмена, а затем нажимаем на соответствующую кнопку в QuickMap - карта готова, ее можно использовать.

Таким образом, используя доступное программное обеспечение, мы формируем такие профессиональные компетенции студентов лесных специальностей как:

- планирование и организация технологических процессов заготовки и хранения древесины;
- организация перевозок лесопродукции, участие в планировании и организации работы структурного подразделения;
- проведение предупредительных мероприятий по защите лесов от пожаров;
- планирование и контроль работ по использованию лесов с целью заготовки древесины и других лесных ресурсов;
- организация перевозки лесопродукции;
- обеспечение эксплуатации лесотранспортных средств;
- планирование и контроль мероприятий по охране и защите лесов;
- оценивание и корректирование деятельности структурного подразделения.

Имея опыт подготовки и обработки цифровых данных, большинство студентов при прохождении производственной практики на предприятиях лесного комплекса Томской области, легко осваивают профессиональное программное обеспечение.

Литература:

1. Уокенбах, Джон. Excel 2007 Библия пользователя. Издательство: Диалектика, 2008. 811 с.
2. <http://www.sci.aha.ru/DG/qmap.htm> сайт программы QuickMap 2.1
3. <http://www.rosleshoz.gov.ru/dep/siberia/regions> -сайт Федерального агентства лесного хозяйства
4. http://www.biznesdep.tomsk.gov.ru/lesnoj_j_plan.html -лесной план Томской области
5. ФГОС СПО «Технология лесозаготовок»
6. ФГОС СПО «Лесное и лесопарковое хозяйство»

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В БОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

*Т.В. Мельник, Н.Ю. Рослякова, Л.С. Уледёркина
БОУ Омской области «Медицинский колледж», г. Омск*

В связи с введением в образовательный процесс ФГОС СПО III поколения изменился подход к качеству обучения студентов, который предполагает введение в образовательный процесс инновационных форм и методов обучения для формирования общих и профессиональных компетенций, дополняющие традиционные формы и методы обучения.

Современный профессионал должен обладать такими качествами, как целеустремленность, предприимчивость, инициативность, самостоятельность, т.е. быть конкурентно способным на рынке труда.

Поэтому на протяжении ряда лет в БОУ Омской области «Медицинский колледж» применяется личностно-ориентированный подход в обучении студентов, который реализуется через применение разных технологий обучения. Многих преподавателей привлекает то, что студент из объекта превращается в субъект обучения. При данном подходе становится возможным ориентировать деятельность так, чтобы посредством опоры на систему взаимосвязанных понятий, идей и способов действий, обеспечивать и поддерживать процессы самопознания, развитие индивидуальности обучающихся.

Как показывает опыт, чтобы сформировать у студентов общие и профессиональные компетенции по дисциплинам, необходимо использовать задания, активизирующие мыслительные процессы, познавательную деятельность. Залог успеха – интерес к тому, что изучается. Поэтому на занятиях применяются разнообразные формы и методы обучения.

В процессе работы накоплен большой материал, позволяющий формировать у студентов навыки профилактической, лечебной и диагностической работы с населением.

Теоретические занятия дисциплин сопровождаются презентациями с использованием программы Prezi. Это сервис, для создания мультимедийных презентаций в Интернете и на своём компьютере, который позволяет создавать многоуровневые презентации нового вида с нелинейной структурой. Они предоставляют возможность объединять несколько объектов в один фрейм, который используется для обозначения места в рабочей области и в дальнейшем отображаются в один кадр. Оригинальность данной программы заключается в том, что вся презентация размещается на одном большом виртуальном листе, а ее демонстрация – это путешествие по этому листу с динамическим масштабированием.

Одной из новых форм, используемых в нашем учебном заведении, является использование технологии кейсов. Изучение дисциплин методом кейсов предусматривает использование большого количества ситуаций или задач в определенных комбинациях. Такое обучение развивает понимание и способность мыслить на языке основных проблем, с которыми сталкиваются медицинские работники в профессиональной деятельности.

Результатом применения метода являются не только знания, но и навыки профессиональной деятельности. Его суть также состоит в том, что учащимся предлагают осмыслить реальную ситуацию, описание которой одновременно отражает не только какую-либо практическую проблему, но и актуализирует определенный комплекс знаний, который необходимо усвоить при разрешении данной проблемы. При этом сама проблема не имеет однозначных решений, а обучение становится как бы необходимым условием выживания.

Преимуществом кейсов является возможность оптимально сочетать теорию и практику, что представляется достаточно важным при подготовке специалиста медицинского профиля.

На занятиях по дисциплинам широко применяется технология интерактивного обучения, при которой все обучающиеся оказываются, вовлечены в процесс познания, которая дает возможность каждому студенту внести посильный вклад в решение проблемы. В результате слабые студенты приобретают уверенность в собственных силах, сильные студенты ощущают пользу, помогая товарищу понять материал. Занятия, построенные в интерактивном режиме, вызывают заметный интерес у студентов, так как позволяют каждому участнику побывать в роли активного участника, организатора учебного процесса.

Об отношении студентов к занятиям, построенных в интерактивном режиме говорят результаты анкетирования, проведенного в нескольких группах. Из 527 опрошенных студентов

- 501 ответили, что они лучше усваивают материал, и хотели бы, чтобы данная технология использовалась при изучении многих дисциплин. Значительно повысился качественный показатель по дисциплинам.

Широкое применение в образовательном процессе в нашем колледже получило использование электронных информационно-образовательных ресурсов, в качестве учебных электронных пособий, которые способствуют развитию самостоятельной, поисковой, научно-исследовательской деятельности обучающихся, повышению их познавательного и профессионального интереса.

Их использование в образовательном процессе позволяет более глубоко изучить материал, ознакомиться более подробно с интересующими или трудными темами. Богатый и красочный иллюстративный материал в электронном пособии позволяет наглядно продемонстрировать теоретическую информацию во всем ее многообразии и комплексности. При использовании электронных учебных пособий происходит не только репродуктивная деятельность обучающихся, но и абстрактно-логическая, что способствует лучшему осознанию и усвоению учебного материала.

Очень важен тот факт, что обучающийся имеет возможность и на лекции, и на практических занятиях, и в процессе самостоятельной работы пользоваться одним и тем же электронным ресурсом, использование которого в образовательном процессе формирует целостный образ изучаемого предмета.

Применение электронных учебников позволяет студентам наряду с лекциями и практическими занятиями под руководством преподавателя заниматься самостоятельным изучением новых дисциплин, используя предоставляемый электронный материал в качестве полноценного учебного пособия, а также помощника-консультанта и экзаменатора.

Помимо этого, методики обучения с использованием персонального компьютера позволяют изучать учебный текст в необходимом студенту темпе, т.е. обеспечивают индивидуальное восприятие материала. При этом используется возможность «пошаговой» проработки материала, что особенно важно при различной степени средней базовой подготовленности студентов, обеспечивает интерактивность, т.е. возможность изменения представления материала в зависимости от действий обучаемого, а также возможность изменения траектории обучения, использование мощных иллюстративных материалов разнообразных рисунков и картинок, анимации и других мультимедиа-приложений.

Одной из интерактивных технологий обучения в колледже является проектная работа, которая предусматривает создание проекта одним, двумя или группой исполнителей. Основная цель метода проектов заключается в предоставлении студентам возможности учиться самостоятельному получению знаний в процессе решения практических задач или проблем, которое требует интеграции знаний из разных наглядных сфер. Преподавателю в рамках проекта отводится роль разработчика, координатора, эксперта, консультанта. Метод проектов становится "интегрированным" компонентом целиком разработанной и структурированной системы образования. Проектная деятельность "заставляет" студента по-новому посмотреть на свои умения, на характер взаимодействия с окружающей средой. Появляются новые проблемы, которые нуждаются в нестандартном решении, проявив значительные волевые и эмоциональные усилия и довольно высокий уровень самореализации. Как результат, имеющиеся качественные изменения в психологической структуре личности, которая предопределяет овладение привычками общения. Это такие изменения, как: умение ставить адекватные, личностно значащие и социально важные жизненные перспективы, развитие потребности и поисковой активности относительно реализации этих перспектив.

Таким образом, применяемые технологии и активные методы обучения создают необходимые условия для развития умений самостоятельно мыслить, ориентироваться в новой ситуации, находить свои подходы к решению проблем, устанавливать деловые контакты с аудиторией и оказывают большое влияние на подготовку студентов к будущей профессиональной деятельности. При этом развиваются творческие способности, устная речь учащихся, умения формулировать и высказывать свою точку зрения, активизируется мышление.

Использование преподавателями активных методов в процессе обучения способствует преодолению стереотипов в обучении, выработке новых подходов к профессиональным ситуациям, развитию творческих способностей студентов.

Литература:

1. Зайнутдинова Л.Х. Создание и применение электронных учебников. - Астрахань, ООО "ЦНТЭП". – 2003. - С. 364.
2. Зими́на О.В., Кириллов А.И. Печатные и электронные учебники в современном высшем образовании: Теория, методика, практика.- М.: Изд-во МЭИ, 2003.
3. Концепция федеральных государственных образовательных стандартов общего образования: проект / Рос. акад. образования / под ред. А.М. Кондакова, А.А. Кузнецова. – М.: Просвещение, 2008. – 39 с.
4. Красильникова В.А. Информационные и коммуникационные технологии в образовании: учебное пособие / В.А. Красильникова. – М.: ООО «Дом педагогики», 2006. – 231 с.
5. Педагогическая деятельность в условиях перехода на федеральные государственные образовательные стандарты общего образования: метод. рекомендации / Д.Ф. Ильясов, А.А. Севрюкова. – Челябинск: ООО «Пронто», 2011. – 103 с.
6. Полат, Е. С. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 272с. Стр. 71–76. Селевко, Г. К. Энциклопедия образовательных технологий [Текст]: в 2 т. / Г. К. Селевко. – М.: НИИ школьных технологий, 2006. – Т.1. – 816 с.: Т. 2. – 816 с. – [к/1, б/1]

ИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ИКТ В ХОДЕ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Е.И. Сафончик

ОГБОУ СПО «Томский промышленно-гуманитарный колледж», г. Томск

Сегодня применение информационно-коммуникационных технологий (далее – ИКТ) в учебном процессе стало нормой. Невозможно назвать современным урок, проведённый без использования мультимедийных средств и персонального компьютера. Систематическая модернизация средств ИКТ предоставляет педагогам все более широкие возможности в методике преподавания. Наряду с тем, что существует большое количество наработок, использовать их целиком кому-то не позволяет материально-техническое оснащение учебных помещений, а кому-то и степень владения ИКТ. Это заставляет каждого педагога самостоятельно искать пути эффективного использования информационных технологий, совершенствовать собственные пользовательские навыки. Выбор оптимальных форм, методов и средств ИКТ в первую очередь обусловлен анализом эффективности обучения. Кроме того, использование ИКТ в профессиональной деятельности является одним из результатов освоения ОПОП, согласно ФГОС.

Учебный процесс, при подготовке рабочих профессий, строиться на основе единства теоретического и производственного обучения. Причем, по мнению автора, производственное обучение - наиболее консервативная его часть. Ибо ИКТ, прежде всего, способствует процессу усвоения знаний, а не формированию умений обучающихся.

В данной работе сделана попытка обобщить опыт использования ИКТ в ходе учебной практики при подготовке рабочих по профессии «Слесарь по КИПиА», особенностью которой является самостоятельное внеаудиторное оформление отчетов по результатам текущего занятия. Это позволяет высвободить время на их публичную защиту в ходе вводного инструктажа следующего занятия.

Урок производственного обучения традиционно делится на три части - вводная, основная и заключительная, каждая из которых решает свои задачи [1]. Потому применение технических средств и методика их применения будут различаться. Применяемое оборудование и цели его использования приведены в таблице 1.

1. Вводная часть

Вводный инструктаж призван помочь студентам перейти к самостоятельной работе. Методика его проведения зависит от темы урока и степени подготовки обучающихся. Здесь происходит показ трудовых приемов, знакомство с оборудованием, инструментами и способами работы с ними, проверка усвоения новых знаний, повторение техники безопасности.

Мультимедиа здесь используется так же, как и на уроках теоретического обучения. Это демонстрация фото- и видеоматериалов, тестирование с использованием интерактивной доски INTERWRITE, оперативное тестирование с использованием системы INTERWRITE Response.

Кроме того, в лаборатории были дополнительно опробованы:

- Пересылка отчётов учащихся по электронной почте и их показ сразу из почтовой программы. Это дисциплинирует обучающихся и исключает подготовку отчёта «в последний момент».

- Публичная защита отчётов, которая позволяет студентам в ходе совместного обсуждения выявить свои ошибки, допущенные как при выполнении работы, так и при подготовке отчёта.

Для подготовки к учебной практике применяется программный пакет iSpring, который посредством удаленного доступа позволяет просмотреть презентации, поясняющие работу средств автоматизации. Ответы на контрольные вопросы показывают обучающимся степень их готовности к следующему уроку.

2. Основная часть

Во время основной части происходит освоение навыков работы на производстве. Подготовка рабочих в области автоматизации немыслима без применения вычислительной техники, сетевых технологий. Разумеется, микропроцессорная техника специализирована под технологические задачи, но её можно и нужно применять для учебного процесса. В лаборатории ОГБОУ СПО «ТПГК» функционирует имитационный тренажёр [2], структурная схема, которого приведена на рисунке 1.

Тренажёр представляет комплекс средств нижнего, среднего и верхнего уровней автоматизации. Верхний уровень – это АРМы отдельных систем. Обучающиеся, работая на тренажёре, имеют возможность проследить прохождение сигналов от датчиков до отображения на экране монитора. АРМы подключены к локальной сети, а через нее - к Internet. Таким образом, в процессе выполнения работ студенты имеют доступ к любой справочной информации. На этих же компьютерах оформляются протоколы калибровок и акты выполненных работ. Здесь же можно пройти итоговые тестирования по отдельным темам.

Кроме того, в качестве эксперимента, было осуществлено управление контроллером по сети Internet из другого кабинета колледжа.

Таблица 1

Средства ИКТ применяемые в лаборатории КИПиА

Средства ИКТ	Решаемые задачи	Периодичность использования
Рабочее место преподавателя	Постановка целей и задач урока	Каждый урок
Компьютер с выходом в Internet	Получение отчётов обучающихся по электронной почте, результатов тестирования по системе iSpring	Каждый урок По графику контрольных точек
Интерактивная доска Interwrite	Демонстрация и защита отчётов обучающихся, демонстрация фотографий и видео при подведении итогов занятия	Каждый урок
Система индивидуального интерактивного тестирования Interwrite Respons	«Мгновенное» тестирование Оформление учащимися отчётов, протоколов, актов выполненных работ.	По мере необходимости В зависимости от тематики урока
Имитационный тренажёр	Проведение итоговых тестирований.	
Персональные компьютеры АРМов	Проведение тестирования в системе iSpring. Доступ к справочной информации, размещенной в сети Internet	По графику контрольных точек По мере необходимости
Сайт специальности (www.Yeomanry1957.narod.ru).	Выполнение виртуальных лабораторных работ Прохождение дистанционного тестирования в системе iSpring	По графику внеаудиторной самостоятельной работы

3. Заключительная часть

При проведении заключительного инструктажа мастер анализирует типичные ошибки, допущенные обучающимися, оценивает работу каждого студента, подводит общий итог занятия, объявляет оценки и ставит задачи на следующий урок. В ходе заключительного инструктажа, практикуется показ фото- и видеоматериалов, снятых непосредственно во время проведения занятия.

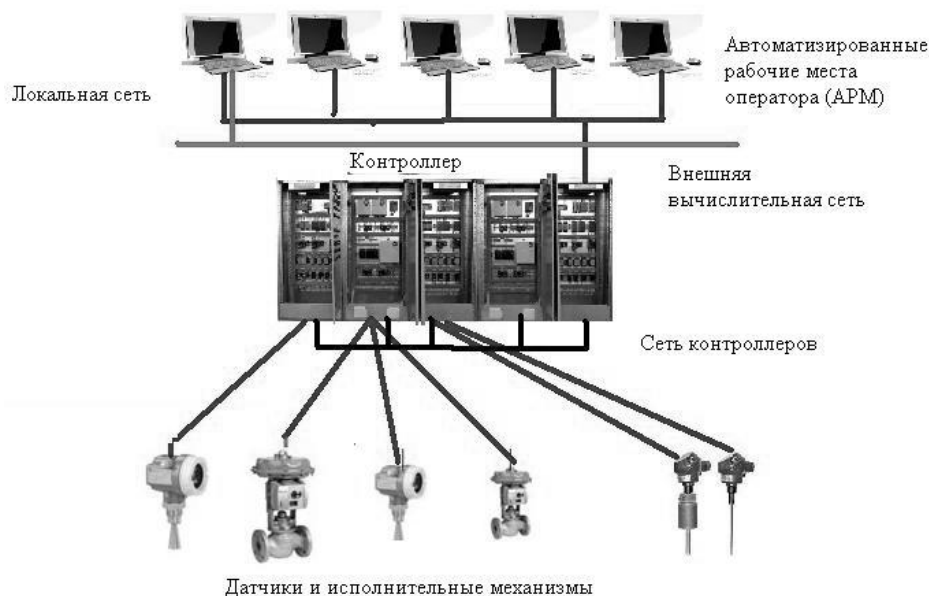


Рис. 1. Имитационный тренажёр

Самостоятельная работа.

Особенное место в подготовке слесаря по КИПиА занимает самостоятельная работа обучающихся. Для её организации было создано информационное пространство посредством сайта специальности (URL: www.Yeomanry1957.narod.ru). Сайт размещён на бесплатном хостинге, который предоставляет достаточно возможностей для обеспечения самостоятельной работы студента, независимости от места его нахождения.

Разумеется, его возможности не исчерпываются самостоятельной работой обучающихся. Сайт является основой для отработки элементов дистанционного обучения. Страницы сайта содержат:

- справочную информацию;
- два электронных теста для дистанционного тестирования;
- презентации;
- примеры выполнения отчётов;
- четыре виртуальные лабораторные работы: «Калибровка манометров», «Калибровка преобразователей давления», «Настройка датчика загазованности ДГО2», «Снятие статической характеристики термометра сопротивления».

Все лабораторные работы разработаны под оборудование лаборатории и выполняются в реальном времени. Виртуальные операции идентичны операциям, проводимым на реальном оборудовании. Это позволяет использовать их как при подготовке к текущим занятиям, так и для отработки пропущенных. Конечно, полностью заменить реальные работы виртуальными нельзя, так как исчезает ощущение ответственности за исправность оборудования, притупляется внимание, работа становится похожей на игру.

Таким образом, по мнению автора, эффективность использования ИКТ нужно оценивать не только результатами обучения, а еще и тем, насколько быстро выпускники смогут адаптироваться в условиях производства. Так, за время активного применения ИКТ, более 72 % выпускников колледжа закрепились и успешно работают на промышленных предприятиях реального сектора экономики.

Литература:

1. Кругликов Г.И. **Настольная** книга мастера профессионального обучения. Учебное пособие. Издательский центр «Академия», Москва. 2008 год. 170 стр.
2. Захарченко Л.А., Сафончик Е.И., Чешуина Т.Г. Разработка образовательных программ по заказам работодателей СПО 12, 2009 г.

ПРОЕКТНОЕ ОБУЧЕНИЕ НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СРЕДСТВО АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА И ЛИЧНОСТНОЙ МОТИВАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Л.Н. Туева

ОГБОУ СПО «Томский лесотехнический техникум», г. Томск

В Стратегии модернизации образования подчеркивается необходимость изменения методов и технологий обучения, повышения роли тех из них, которые формируют практические навыки анализа информации, самообучения, стимулируют самостоятельную работу обучающихся, формируют опыт ответственности за собственный выбор и результаты собственной деятельности.

Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования (ФГОС СПО) предъявляет совокупность требований для реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) по специальностям лесной отрасли образовательными учреждениями. Помимо требований овладения профессиональными компетенциями, четко изложенными в ФГОС СПО, обучающиеся должны развивать общие компетенции, направленные на их профессиональное и личностное развитие.

В новой образовательной парадигме обучающийся становится субъектом познавательной деятельности, а не объектом педагогического воздействия. Это обуславливает необходимость организации образовательного процесса, направленного на поиск и развитие способностей в каждом обучающемся. Поэтому в целях реализации компетентного подхода в содержании образования важное место отводится новым технологиям продуктивного образования, одним из которых является метод проектного обучения.

Проектная деятельность, как важнейшая составляющая учебного процесса, оказывается очень эффективной и предоставляет обучающимся максимум свобод в реализации задачи, что естественным образом повышает интерес к ее решению и способствует профессиональному и творческому развитию личности. Работа над проектом невозможна без элементарных знаний о его структуре, требований к нему и методах. Структура проекта предполагает наличие традиционных компонентов: актуальность проблемы, предмет исследования, гипотеза, задачи, используемые методы, практическая значимость результата. Все эти компоненты раскрывает руководитель проекта для того, чтобы у обучающихся была опора для планирования своей деятельности. Таким образом, посредством проектной деятельности формируются знания и навыки о структуре поставленной задачи, этапах ее выполнения, осваиваются основные элементы технологических цепочек.

В виду неравномерности и разного уровня общей подготовки обучающихся в системе СПО и высокой динамичности развития современных информационных технологий преподаватель сталкивается с проблемой выбора того или иного метода обучения. Проектный метод позволяет отойти от авторитарности в обучении, всегда ориентирован на самостоятельную работу обучающихся и направлен на решение познавательных, практических и профессиональных задач. Использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) при выполнении проектной работы позволяет не только осуществить поиск информации, ее структурирование и анализ, но и выбрать оптимальный способ демонстрации результатов своей деятельности широкому кругу слушателей. Инструментарий современных информационных технологий становится неотъемлемой частью молодого поколения, поэтому выбор именно ИКТ для реализации тех или иных педагогических технологий является наиболее оптимальным.

Проектная деятельность обучающихся не может выйти за пределы имеющихся у них знаний, и перед началом работы они должны эти знания получить, причем знания не только в области информационных технологий, но и в конкретной предметной (профессиональной) области. Между тем учебное занятие не может учитывать только интересы обучающихся, так как это лишает процесс обучения систематичности. Поэтому перед преподавателем стоит проблема, на каком этапе учебной деятельности может быть реализована проектная деятельность обучающихся? Выход этой проблемы может быть найден путем разумного совмещения традиционной и личностно-ориентированной систем обучения путем включения элементов проектной деятельности в обычный урок, а в последующем его перенос во внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа

(индивидуальная, парная или групповая) выделяется как неперенный элемент образовательного процесса не только ФГОС нового поколения, но и многими современными образовательными технологиями. Проектная работа как форма самостоятельной деятельности обучающихся позволяет раскрыть способности обучаемых, содействует их учебной мотивации, позволяет перейти от уровня «репродукции» к уровню «умений» и «творчества» как критериев знаний.

Так как реализация проекта осуществляется с применением информационных технологий, занимающих важное место в содержании современного образования, то, прежде всего, можно выделить учебные цели для выполнения самого проекта (выбор способа представления информации и программной среды) и цели, которые формулируют проблемную ситуацию в конкретной предметной области. На данном этапе необходимо тесное сотрудничество обучающегося, руководителя (консультанта) проекта в области ИКТ и преподавателя предметной области в качестве координатора проекта. Только в таком взаимном сотрудничестве может быть получен положительный результат: обучающиеся не только осваивают информационные технологии и приобретают знания в предметной (профессиональной) области, но и получают навыки исследовательской деятельности. Таким образом, с позиции реализации проекта с использованием ИКТ можно выделить следующие этапы работы над проектом:

- 1) Определение темы, проблемы и цели проекта.
- 2) Обсуждение структуры проекта, составление примерного плана работы.
- 3) Выбор инструментария (программного продукта) для реализации проекта.
- 4) Изучение инструментальных средств и возможностей того или иного программного продукта.
- 5) Сбор, систематизация и структурирование информации (обращение к уже имеющимся знаниям, работа с источниками информации).
- 6) Анализ результатов проектной деятельности.
- 7) Подготовка презентации проекта в выбранной программной среде с использованием наглядных образов в виде иллюстраций, схем, диаграмм, видеофильмов, анимации и т.п.
- 8) Демонстрация результатов проекта (кульминационная точка работы над проектом).
- 9) Оценка проекта (общая оценка проекта, которая касается содержания проекта, темы, конечного результата, участия отдельных учащихся, работы преподавателя и т.д.)

Одной из важных составляющих работы над проектом является выбор формы представления результатов своей деятельности. В большинстве случаев в качестве способа представления проектной работы обучающиеся выбирают стандартную презентацию своего проекта. Задача руководителя (консультанта) проекта в области ИКТ заключается в том, чтобы предложить обучающимся разнообразные способы оформления и представления конечного результата, т.е. выбор программной среды и формы реализации проекта. Например, в виде электронного журнала, буклета, анимации, видео ролика, веб-сайта, веб-квеста, иллюстрации и т.д., которые бы эффективно демонстрировали проделанную работу.

Выполнение и оформление проектного задания обеспечивает формирование у обучающихся умений самостоятельно и избирательно применять различные средства ИКТ, пользоваться комплексными способами представления и обработки информации, а также предусматривает интеграцию знаний по различным предметам. Обучающиеся в результате работы над проектом приобретают коммуникативные умения, развивают у себя навыки исследовательской работы и развивают системное мышление.

Древняя китайская мудрость гласит: «Расскажи мне – и я забуду, покажи мне – и я запомню. Вовлеки меня – и я научусь». Проектная деятельность нацелена, прежде всего, на вовлечение обучающихся в занимательный процесс исследования, а использование информационных технологий позволяет увидеть и представить изучаемый материал совершенно в новом качестве, что способствует творческому развитию личности и приобщению к будущей профессии. Основное достижение учебного проекта заключается в предоставлении обучающимся самостоятельности и обеспечение взаимного сотрудничества с преподавателями смежных дисциплин на равных условиях. Поэтому при реализации проектного обучения с использованием ИКТ решаются три основные задачи:

1. Изучение современных информационных технологий (конкретных приложений) и способов обработки и представления разнообразной информации.

2. Органичная реализация межпредметных связей.
3. Активизация познавательного интереса и личностной мотивации обучающихся.

Технология проектного обучения в сочетании с ИКТ может быть реализована при преподавании любой предметной области знаний. Таким образом, через вышеперечисленные задачи в результате достигается главная цель всего образовательного процесса – устойчивое повышение интереса к будущей профессии и стремление к получению профессиональных умений и навыков.

Литература:

1. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ // Российская газета. – 2012, - №5976 (31 декабря).
2. Стратегия модернизации общего образования: Материалы для разработчиков документов по модернизации общего образования. – М.: ООО «Мир книги», 2001.
3. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 250110 Лесное и лесопарковое хозяйство, утв. приказом Минобрнауки РФ 22 июня 2010 г. № 677.
4. Образовательные технологии: Учебно-методическое пособие. / Чернявская А.П., Байбородова Л.В., Харисова И.Г. и др. – Ярославль: изд-во ЯГПУ им К.Д. Ушинского, 2009.
5. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования. / Под ред. Е.С. Полат. – М., 2000.

ПРИМЕНЕНИЕ ОНЛАЙН-КУРСА, РАЗРАБОТАННОГО В СДО MOODLE, В ПРЕПОДАВАНИИ ФАРМАКОЛОГИИ

А.О. Дмитриева

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

На современном этапе педагогическим работникам системы среднего профессионального образования требуется подготовить не просто компетентного сотрудника, а специалиста, способного адаптироваться к быстро меняющимся условиям, мыслить творчески, находить оптимальные пути решения проблем с использованием современных информационно-коммуникационных технологий. Подготовка медицинских кадров среднего звена не является исключением.

Дисциплины профессионального цикла, особенно фармакологию, отличает большой объем учебной информации. Теоретический материал достаточно сложен для восприятия, что затрудняет усвоение знаний и освоение базирующихся на них умений. Между тем, в условиях внедрения ФГОС акцент смещается в сторону возрастания роли самостоятельной внеаудиторной работы студентов. Фактически студент остается «один на один» с учебником/конспектом.

Обучающиеся по ряду объективных и субъективных причин не всегда справляются с учебным материалом и не могут достичь высоких результатов. Это, в свою очередь, не способствует развитию интереса к изучаемой дисциплине (и даже выбранной профессии), приводит к росту психоэмоциональной напряженности у студентов и усугубляет и без того сложную ситуацию.

Преподаватель сталкивается с такими проблемами как низкая текущая успеваемость, большое количество обучающихся, не прошедших промежуточную аттестацию по дисциплине, отсутствие у них мотивации к учебной деятельности, невозможность контроля самостоятельной внеаудиторной работы, неэффективное использование дополнительных (консультативных) часов, которые расходуются на прием «долгов» и т.д.

Между тем, достичь желаемых результатов возможно, применяя дистанционные образовательные технологии в очном обучении. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29.12.2012 гласит: «Под дистанционными образовательными технологиями понимаются образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников».

На сегодняшний день самой распространенной системой дистанционного обучения (СДО) является система MOODLE, получившая высокую оценку преподавателей и

обучающихся во многих странах мира. Этот бесплатно распространяемый программный комплекс по своим функциональным возможностям, простоте освоения и удобству использования удовлетворяет большинству требований, предъявляемых к системам электронного обучения. Основной учебной единицей MOODLE являются учебные курсы. Подобный курс, названный «Фармакология», был разработан Дмитриевой А.О. на платформе MOODLE ОГБОУ ТБМК в 2012 г.

Использование в образовательном процессе данного дистанционного курса имеет **целью** создание условий для повышения качества обучения по дисциплине фармакология. При этом решаются следующие **задачи**.

1. Способствовать углублению и закреплению знаний, усвоению умений обучающихся посредством обеспечения учебными и методическими пособиями, представленными в виде интерактивных элементов и разнообразных ресурсов онлайн-курса для изучения нового материала, самоподготовки, самоконтроля и выполнения практических заданий.
2. Оптимизировать индивидуальную и групповую работу студентов во время аудиторных занятий посредством использования различных ресурсов онлайн-курса.
3. Организовывать и контролировать самостоятельную внеаудиторную работу студентов, в том числе подготовку обучающихся к занятиям.
4. Способствовать формированию компетенций обучающихся в соответствии с требованиями ФГОС.

Из общих компетенций следует особо выделить ОК. 4 - «осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития» и ОК. 5 - «использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности».

Курс сопровождает 80 часов обязательной аудиторной нагрузки обучающегося и обеспечивает 30 часов самостоятельной внеаудиторной работы в соответствии с рабочей программой учебной дисциплины. Количество времени, отводимого на самоподготовку, не ограничено и определяется каждым студентом индивидуально, исходя из своих возможностей и потребностей. Поскольку MOODLE сохраняет отчеты о деятельности каждого участника курса и оценки результатов выполнения заданий, преподаватель способен проконтролировать и проанализировать самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся.

В дистанционном курсе «Фармакология» задействованы, в основном, три важнейших элемента: «Лекция», «Тест» и «Форум».

«Лекции» курса настроены таким образом, чтобы обеспечить активную работу с информацией. Они обладают высокой интерактивностью, предусматривают частую смену видов деятельности (*например: чтение – ответ на вопрос – работа с рекомендованным сайтом – чтение – просмотр презентации*), позволяют эффективно реализовать индивидуальную траекторию обучающегося при освоении учебного материала.

Чтение «Лекций» не освобождает студента от аудиторных занятий, но дает ему возможность лучше подготовиться к уроку, повторить пройденный материал, расширить свои знания по той или иной теме. Интерактивность делает данный элемент курса интересным и более привлекательным для обучающихся, чем обычный учебник.

Одной из важных компонент систем электронного обучения являются средства для контроля и оценки степени освоения учебного материала. Курс «Фармакология» включает в себя тесты двух типов: контрольные и в обучающем режиме.

Тесты, настроенные в обучающем режиме, носят название «тренировочных». Назначение данного элемента курса – самоподготовка студентов к практическим и семинарским занятиям. «Контрольные» тесты необходимы для самоконтроля знаний студентов. «Тренировочные» и «контрольные» тесты имеют значительные различия в настройках.

Одно из несомненных достоинств тестовой системы СДО MOODLE является возможность статистической обработки результатов и получение числовых характеристик, позволяющих оценивать как качество тестовых материалов, так и уровень испытуемых. Кроме того, преподаватель имеет возможность отследить и проанализировать работу конкретного студента с тестом.

Курс «Фармакология» содержит несколько «Форумов», предназначенных для размещения информации организационного характера (новостной), организации индивидуальной и групповой работы, онлайн-консультирования студентов.

Курс «Фармакология» имеет в своей структуре следующие ресурсы: ссылки на внешние источники (электронные справочники лекарственных средств и сайты для специалистов и др.), веб-страницы, (методические материалы и рекомендации для студентов), документы MS Word (вспомогательные материалы, таблицы, опорные конспекты), презентации MS Power Point.

Особое внимание хочется уделить интерактивным упражнениям, созданным Дмитриевой А.О. специально для курса «Фармакология» на сайте LearningApps.org. Эти упражнения получили условное название «Игрушки» (т. к. закрепление материала проходит в игровой форме). «Игрушки» приобрели большую популярность среди участников курса: они яркие, занимательные и служат отличными тренажерами для подготовки к занятиям. Их можно использовать и на аудиторных занятиях. Появляется возможность избавиться от рутины на уроке и сделать его более интересным и содержательным. На практических и семинарских занятиях начинают преобладать групповые формы работы (в парах, малыми группами, общая дискуссия). При этом снижается психоэмоциональная напряженность, исчезает страх получить неудовлетворительную оценку, улучшается микроклимат в группе, формируются и получают развитие коммуникативные, культурологические компетенции.

Следует отметить, что существует прямая зависимость между временем, затраченным обучающимся, качеством работы с интерактивными заданиями (это можно отследить и проанализировать) и результатами его работы на уроке (правильность ответов, решения ситуационных задач, выполнения практических заданий). Как следствие, у студентов появился стимул к внеурочной учебной деятельности с использованием курса.

Удалось добиться роста абсолютной успеваемости обучающихся в сравнении с предшествующим пятилетним периодом. Существенно возросла качественная успеваемость. В 2013-2014 учебном году она составила 60,7% (для сравнения - в 2008-2011 годах она не превышала 33%).

Следует отметить, что из групп не проявила заинтересованности в работе с дистанционным курсом. Эта группа стала своего рода «контрольной»: на аудиторных занятиях студентам предлагались те же задания, что и остальным. Результаты, которые показывали студенты «контрольной» группы, были значительно ниже, чем у прочих студентов, использовавших дистанционный курс «Фармакология» для подготовки к занятиям. В итоге качественная успеваемость в данной группе составила всего лишь 28,6%.

Таким образом, по итогам двухлетнего использования курса «Фармакология» для поддержки очного обучения в ТБМК можно сделать однозначный вывод о положительных результатах его применения. Добиться этого удалось за счет организации внеаудиторной учебной деятельности студентов и контроля ее со стороны преподавателя.

В СДО MOODLE можно разрабатывать учебные курсы разного назначения и уровня сложности, позволяющие эффективно реализовывать дидактические, развивающие и воспитательные задачи. Но добиться нужного результата можно только при условии четкого понимания: новые технологии – это инструмент в руках преподавателя. Внедрение их в образовательный процесс должно быть обоснованным и гармоничным.

Основные требования к дистанционному курсу можно сформулировать кратко: он должен иметь ясную цель, обеспечивать эффективную передачу знаний, обладать высокой интерактивностью, быть интересным, простым и удобным в использовании. Поскольку электронное обучение может быть эффективным только в том случае, если оно имеет преимущества перед традиционным или выгодно дополняет его.

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

О.Б. Смоляр

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В 2009 году ОГОУ «Томский базовый медицинский колледж» подал заявку на участие в конкурсе по отбору государственных образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования, внедряющих инновационные образовательные программы, для государственной поддержки подготовки рабочих кадров и специалистов для высокотехнологичных производств, в том числе для решения актуальных задач приоритетных национальных проектов «Образование». Наше образовательное учреждение стало победителем

данного конкурса. Благодаря этому, на сегодня имеем современную информационную систему. В нее входят более 180 компьютеров, локальная вычислительная сеть с выходом в Интернет, пронизывающую колледж, 26 интерактивных досок, 3 компьютерных класса по 16 компьютеров в каждом, ИРБИС и многое другое.

К началу текущего учебного года я изменил рабочие программы, добавил 2 темы для дисциплин: «Информатика» и «Информационные технологии в профессиональной деятельности», а именно: «Облачные технологии», «Информатизация библиотеки».

Облачные технологии — это обработки данных, в которой компьютерные ресурсы и мощности предоставляются пользователю как Интернет-сервис. Суть облачных технологий заключается в предоставлении пользователям хостинга удаленного доступа к услугам, вычислительным ресурсам и приложениям через Интернет.

Наиболее популярные облачные хранилища — Яндекс. Диск и Диск Google. Диск позволяет хранить файлы в Интернете, а также получать к ним доступ, откуда угодно, даже находясь в дороге. Изменения, внесенные в файл в Интернете, на компьютере или мобильном телефоне, отражаются на всех устройствах, на которых установлен Диск. При наличии доступа к Интернету устройство синхронизируется с Диском. Таким образом, файлы и папки всегда будут обновлены до последней версии. Изменения, вносимые на одном устройстве, синхронизируются со всеми остальными. Часто пользователям приходится отправлять файлы в сообщениях электронной почты. Удобнее при этом пользоваться технологией совместного доступа. Для этого надо просто открыть совместный доступ к файлу, папке или документу с любого устройства. Если вы работаете над документами, таблицами и презентациями Google вместе с другими пользователями, то Google Диск позволяет создавать, просматривать и совместно редактировать файлы без копирования и пересылки документов.

Как же эти технологии мы применяем или планируем применить.

1. Совместная работа сотрудников над документами

Например, образовательная программа или годовой план. Такой масштабный документ создается силами администрации и педагогов, ответственных за какие-либо направления, таких как педагог-психолог, социальный педагог или ответственный за здоровье сбережение. Каждый отвечает за какую-либо часть документа, но он может комментировать или дополнять информацию и в других блоках. Другой пример — таблица, которую должны заполнить все кураторы с информацией о своих группах. При попытке работы с такими документами в локальной сети возникает проблема, связанная с тем, что одновременно с одним и тем же документом работать на разных компьютерах нельзя. Появляется множество копий одного и того же документа, которые потом надо соединять воедино. Для совместной работы в облачных технологиях необходимо создать или поместить документ в облачное хранилище и предоставить доступ к нему тем, у кого есть ссылка или по адресам электронной почты.

2. Совместная проектная работа студентов

Схема деятельности такова. Студенты получают темы проектов и делятся на группы. В группе распределяются обязанности. Затем руководитель группы создает документ и предоставляет доступ к нему остальным участникам (с помощью ссылки или по адресам электронной почты). Студенты работают над проектом дома, в общежитии или в колледже, наполняя документы содержанием. Когда работа закончена, предоставляется доступ преподавателю. Преподаватель может прокомментировать какие-либо части документа, чтобы студенты могли скорректировать его содержание до защиты проекта. При оценивании участия в создании проекта важно то, что преподаватель может отследить хронологию изменений. По этой хронологии можно в какой-то степени определить, какой вклад внес каждый участник группы.

3. Дистанционное обучение

Преподаватель дает задание студентам с помощью электронного дневника. Это могут быть любые письменные задания. Студент должен будет либо создать документ, либо каким-то образом поработать с документом, созданным преподавателем (ответить на вопросы, решить задачи, заполнить таблицу). Преподаватель может посмотреть измененный документ, так как у него есть к нему доступ.

Вторая тема, которая включена в программу – информатизация библиотеки.

Книжный фонд библиотеки на сегодняшний день превышает 50000 экземпляров. В самой библиотеке для студентов и слушателей установлены ПК. Основная идея информатизации библиотеки состоит в применении новых информационных технологий для

электронного каталога и электронной библиотеки. Иными словами, реализована возможность поиска в электронной версии каталога требуемой литературы, а также через электронную библиотеку – нахождения и чтения нужного источника в электронном виде. Интегрированная библиотечно-информационная система ИРБИС представляет собой типовое решение в области автоматизации традиционных библиотечных технологий и предназначена для распространения и использования в условиях библиотек. Это технологии, связанные с созданием, ведением и использованием электронного каталога. В состав системы ИРБИС входит пять типов взаимосвязанных автоматизированных рабочих мест (АРМ), основной АРМ «Читатель» - рабочее место конечного пользователя и предназначен для всеобъемлющего поиска в электронном каталоге, просмотра/печати найденной информации и формирования заказа на выдачу найденной литературы. В условиях работы в локальной вычислительной сети система обеспечивает возможность одновременного поиска в одних и тех же базах данных электронного каталога произвольного количества пользователей, т.е. обеспечивается одновременное функционирование произвольного количества АРМов. Можно осуществлять поиск литературы через автоматизированный каталог.

Дальнейшие действия зависят от того, какая исходная информация для поиска литературы, журнала имеется у Вас. Возможны следующие варианты:

- известен автор книги; - известна тематика; - известны ключевые слова. Наиболее часто применяется последний вариант, когда нужны источники по конкретной дисциплине, тематике. После чего появится список найденных работ, отвечающих заданным требованиям.

Электронная библиотека. Сетевая среда существенно расширяет, но не меняет традиционную функцию библиотеки – обеспечения равенства доступа к информационным ресурсам – просто сегодня речь идет о других носителях информации. Электронная библиотека - информационная система, позволяющая надежно сохранять и эффективно использовать разнообразные коллекции электронных документов (текстовых, изобразительных, звуковых, видео и др.), локализованных в самой системе, а также доступных ей через телекоммуникационные сети. Образовательный ресурс "Консультант студента" (www.medcollegelib.ru) для студентов медицинских училищ и колледжей является электронно-библиотечной системой, предоставляющей доступ через сеть Интернет к учебной литературе и дополнительным материалам, приобретенным на основании прямых договоров с правообладателями. Сайт предназначен для корпоративных пользователей - училищ, колледжей, техникумов, других образовательных учреждений системы СПО, которые, приобретая на платной основе подписку на ресурс, предоставляют затем безвозмездно своим учащимся и сотрудникам доступ к полным текстам электронных версий книг.

При необходимости можно воспользоваться поиском нужного источника для чего имеется строка поиска или расширенного поиска. Искать можно по названию/по автору или по всем данным.

Все эти технологии заметно повысили интерес студентов к получению новых знаний, информации. В результате использования данных технологий студенты могут помимо процесса обучения применять их и в личных целях.

АВТОМАТИЗАЦИЯ ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

О.Б. Смоляр

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В последние годы весьма актуальной стала проблема сбора и обработки показателей образовательного процесса. Введение ФГОС, резкое расширение сферы образовательных услуг, в том числе обучение с применением дистанционных технологий, переход на систему качества образования соответствующую требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2008 и «Стандартов и Директив ENQA» и т.д. потребовало выработать иные индикаторы оценки образовательного процесса.

В 2013 году администрация колледжа, разработав критерии, осуществила переход к ежемесячной, семестровой и годовой оценкам деятельности каждого преподавателя, колледжа в целом. Основные показатели деятельности преподавателя: посещаемость занятий студентами, качественная и абсолютная успеваемость, качество заполнения журналов групп, результаты

участия студентов в олимпиадах, конкурсах и пр., разработка и реализация преподавателем образовательных программ, количество открытых уроков преподавателя, выступления его студентов на конференциях, семинарах, публикации самого преподавателя. Теперь каждого 20 числа месяца преподаватель самостоятельно собирает, обрабатывает исходные данные, заполняет формы и в печатном виде сдает заведующим соответствующих отделов. Получив результаты от преподавателей, они осуществляют контроль объективности показателей, преобразуют в баллы, заполняют сводную ведомость. Эта информация является основой для оценки качества работы преподавателя, колледжа в целом.

При создании подобных отчетов произошло резкое увеличение нагрузки на преподавателей. Было бы целесообразным уменьшить нагрузку в части сбора, обработки информации и заполнения отчетов, т.е. автоматизировать процесс, создать программу.

Например, нагрузка преподавателя дисциплин «Информатика» и «Информационные технологии в профессиональной деятельности» составляет более 1000 часов, обучение ведётся в 18 группах. Очевидно, что вручную формировать подобные отчеты трудоемко, избежать ошибок при подсчете трудно. На сегодня в колледже имеется локальная вычислительная сеть с выходом в Интернет, охватывающая весь колледж. В структуре сети предусмотрены личные папки каждого преподавателя, а также «Общая» - общего доступа. В каждой аудитории имеется персональный компьютер или ноутбук. Благодаря этому возможно, используя компьютерные технологии, непосредственно во время занятий фиксировать учет посещений и знаний студентов в электронном виде. Если преподаватель не сделал этого непосредственно во время занятия, восполнить можно в преподавательской комнате, в библиотеке, в компьютерных классах.

Ряд преподавателей, включая автора статьи, не один год ведем электронный журнал для каждого подразделения, используя EXCEL. Структура информации электронного журнала идентична структуре журнала на бумажном носителе.

На сайте колледжа <http://tbmc.tomsk.ru> (и папке «Общая») публикуется расписание занятий на следующую неделю. Расписание ориентировано на студентов всех подразделений колледжа, очного и вечернего отделений, преподавателю нужно «выискивать» свои подразделения, день и время проведения занятий.

Резюмируя, укажем следующие требования для разработки программы:

- ✓ исходными источниками информации должны быть:
 - тарификация; - утвержденная рабочая программа по каждой дисциплине;
 - список студентов в подразделении; - расписание занятий;
- ✓ каждый преподаватель должен иметь свою копию программы;
- ✓ исходные журналы для каждого подразделения должны представляться в электронной форме на EXCEL;
- ✓ расписание занятий для «своих» подразделений должны считываться автоматически с сайта («Общая») и заноситься в электронный журнал каждого подразделения;
- ✓ преподаватель должен в электронном журнале только отмечать студентов отсутствующих на занятии, оценивать уровень знаний;
- ✓ должна быть предусмотрена возможность формировать отчеты: ежемесячно, в конце семестра и года;
- ✓ в конце учебного года осуществлять архивацию всех данных;
- ✓ должна определять в текущее время темы формального занятия для записи в журнал группы и фактического - проведения занятия;
- ✓ автоматически сверять количество запланированных по тарификации часов с фактически проведенным количеством по каждой дисциплине, формировать отчет.

Все это послужило основой для разработки и реализации программы, выполненной мною на основе Visual Basic for Applications из линейки продуктов Microsoft Office.

На сегодня уже 2-ой год, применяя данную программу, автор статьи сдаёт месячный, семестровый, годовой отчеты и продолжает совершенствовать программу.

Внедрение программы в масштабах всего учреждения освободит от рутины преподавателей, повысит доступность, объективность и оперативность получения и обработки информации, позволит преподавателю сконцентрироваться на главном: обучению и воспитанию студентов.

РОЛЬ ВИЗУАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ БИОЭТИКИ

Т.В. Мещерякова

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

В современных условиях бурного развития биомедицинских технологий и связанной с ними технизацией медицины взаимоотношения врача и пациента претерпели кардинальные изменения. Прежде всего несоответствие между непрофессиональным и медицинским дискурсом углубили пропасть между исключительно индивидуальным опытом болезни и безлично-анонимной медицинской теорией. Одна из главных обид пациентов сегодня – это то, что врачи смотрят на них как на совокупность органов и клеток, но пациента необходимо воспринимать и оценивать как человека, преодолевающего болезнь, а не просто как объект изучения прикладной науки. Поэтому сегодня актуальной является задача защиты индивидуальности пациента, которая предполагает не только учет индивидуальных особенностей пациента при постановке диагноза и назначении лечения, но и уважительное отношение к личности пациента, к его системе ценностей, что сегодня выражается в принципе уважения автономии пациента. Задачу защиты прав пациента и решение связанных с этим моральных проблем взяла на себя новая наука – биоэтика.

Курс биоэтики (нередко под названием «медицинская этика и права человека») по решению Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА) стал с 1999 г. обязательным в учебных планах медицинских школ во всем мире. С 2000 г. биоэтика преподается в Сибирском государственном медицинском университете в г. Томске (СибГМУ) практически на всех факультетах. Незаменимым стандартным средством изучения моральных проблем в практической медицине является обсуждение и анализ клинического случая. Но у него как педагогического инструмента есть свои границы. Биоэтика преподается, как правило, на первом курсе, и для большинства студентов клинические случаи представляют этические загадки в медицинском контексте, с которым студенты все еще незнакомы. Кроме минусов в этой ситуации есть и свои плюсы, так как студенты первого курса – это «*tabula rasa*», они еще «не испорчены» безлично-анонимной медицинской теорией, сверхспециализацией и технизацией современной медицины.

Преодолеть проблемы, встающие в процессе преподавания биоэтики из-за незнания медицины студентами первых курсов, и в то же время решить задачу учета и защиты индивидуальности пациента при решении этических проблем помогает использование визуальных средств обучения. Они имеют свои границы применения [4, с. 121] и поэтому выступают как *дополнительный* инструмент в преподавании медицинской этики, который обеспечивает более полное обсуждение этических проблем.

Следует отметить, что в целом в преподавании медицины и в самой ее практике визуализация играет исключительно важную роль. Без визуальных средств обучения невозможна подготовка квалифицированного врача. Например, наглядность в курсе анатомии как нигде не только дополняет словесную информацию, но и сама выступает носителем содержательной информации. Без медицинской визуализации сегодня невозможно представить практическую медицину, она является разделом медицинской диагностики, которая при помощи физических методов занимается неинвазивным исследованием организма человека с целью получения изображения внутренних структур.

В преподавании биоэтики можно выделить такие виды визуализации, как статичные и динамичные. К статичным мы отнесли символические и изобразительные. Среди символических в курсе биоэтики используются следующие формы визуализации: схемы, таблицы, карты (например, карта распространенности в мире различных видов законодательства об искусственном аборте). Данные формы помогают усвоению нового материала, а также его систематизации.

Среди изобразительных визуальных средств активно используются преподавателями такие, как: 1) фотографии (документов, лекарств, медицинского оборудования, например, прибора для проведения эвтаназии, и т.п.); 2) плакаты (например, пропагандирующие эвтаназию в фашистской Германии в 30-х годах XX в. или современные, выражающие либеральную и консервативную позиции в отношении искусственного аборта, или призывающие людей становиться донорами органов после смерти); 3) репродукции произведений живописи на медицинскую тематику или связанную с ней. Особое место

занимают среди визуальных средств динамичные, к которым мы отнесли 1) документальные и 2) художественные фильмы, а также 3) видеоролики.

Как уже отмечалось выше, формы визуализации зачастую не только иллюстрируют, дополняют словесную информацию, но и сами являются носителями новой информации, предоставляют возможность интегрировать зрительное и вербальное восприятие ее. А документальные и художественные фильмы обеспечивают создание и разрешение проблемных ситуаций, которые в биоэтике носят характер моральных дилемм. Динамичная визуальная среда делает клинический эпизод по-настоящему живым. Безликий мужчина с неоперабельным раком желудка (из документального сериала «Тело человека», 7 серия) теперь имеет лицо, голос, систему ценностей, которые не были доступны через слова, через рассказ. Фильм предлагает мощную среду, в которой клинические эпизоды предстают живыми благодаря богатым и ярким деталям, как медицинским, так и немедицинским. Эмоционально и интеллектуально просмотр фильмов оказывает очень сильное воздействие на студентов младших курсов. Например, в результате социологического опроса студентов СибГМУ после изучения курса биоэтики выяснилось, что многие изменили свое отношение к искусственным абортам после просмотра документального фильма «Безмолвный крик» [3, с. 143].

Когда курс биоэтики был введен в число учебных дисциплин в СибГМУ, с самого начала на семинарских занятиях стал использоваться киноматериал – уже упомянутый документальный фильм «Безмолвный крик» (как пример консервативной позиции в отношении к искусственному аборту) и некоторые сюжеты из художественного телесериала «Скорая помощь» (США). Студенты с большим интересом обсуждали поставленные в этих сюжетах моральные проблемы, с которыми сталкиваются врачи, и высказывали пожелания, чтобы таких наглядных примеров моральных дилемм было на занятиях побольше.

Мировой кинематограф дает гораздо больше возможностей знакомства с медицинской проблематикой в художественном творчестве, а времени на занятия отпущено катастрофически мало. Поэтому оставался один путь: использовать внеучебное время. Возникла идея проведения кружка по биоэтике, которая и была реализована в осенний семестр 2005 года. Это не был обычный студенческий научный кружок. Главная его цель была – показать студентам, что для хорошего врача в его медицинской практике важно обладать не только знаниями и навыками, но и гуманным и сочувствующим подходом к людям, умением понимать страдающего человека с его неизбежным духовным измерением. Реализовывалась эта цель через просмотр и обсуждение художественных фильмов.

За несколько лет сформировался определенный фонд фильмов, среди которых наиболее удачно решают поставленные задачи следующие:

«*Пролетая над гнездом кукушки*» (1975 г., режиссер Милош Форман, США. Фильм получил 5 «Оскаров», в том числе и за лучший фильм года). М. Форман привлек непрофессионалов: фильм снимался в психиатрической лечебнице с настоящими санитарями, врачами и больными. Его иногда рассматривают как аргумент антипсихиатрического движения. Со студентами после просмотра проводилось весьма заинтересованное обсуждение особенностей проблем биоэтики в психиатрии.

«*Пробуждение*» (1990 г., режиссер Пенни Маршалл, США). Фильм снят на документальной основе и рассказывает о проведении клинического эксперимента в клинике в Бронксе (Нью-Йорк). Доктор Оливер Закс в 1969 году попробовал подобрать лекарство для больных, перенесших энцефалит и находящихся вследствие этого в летаргическом состоянии. Работы продолжались и в последующие годы, но именно в 1969 году были получены наилучшие результаты, когда временно удалось вывести этих больных из тяжелого состояния. По фильму можно проследить не только действие на практике Хельсинкской декларации. Главное – это гуманистический лейтмотив фильма, что ясно прозвучало в последних кадрах, когда доктор Закс, выступая перед коллегами, сказал: «Мы поняли, что дело не только в химии. Произошло и наше пробуждение. Мы поняли, что дух человеческий сильнее любого лекарства, и его надо подпитывать работой, игрой, дружбой, семьей. Вот что по-настоящему важно...».

Одна из студенток СибГМУ (1 курс, педиатрический факультет) сказала, что после просмотра фильма «Пробуждение» у нее полностью изменилось отношение к психическим больным, инвалидам (раньше оно было сродни брезгливости), и она поняла, что они тоже люди достойные уважения, заботы, милосердия.

«*Море внутри*» (2004 г., режиссер Алехандро Аменабар, Испания-Франция-Италия). Реальная история испанца Рамона Сампедро, который, будучи полностью парализованным,

тридцать лет боролся за право на добровольный уход из жизни. Фильм вызвал большие споры, кстати, на что и рассчитывал режиссер. В одном из интервью А. Аменабар отметил, что он рассчитывал на интеллектуальный шок. Сам он не относит себя к убежденным сторонникам легализации эвтаназии, но проблема в обществе стоит, и «Море внутри» дает сугубо либеральный взгляд на тему эвтаназии. Вместе с этим прослеживается и экзистенциальная проблема скрытой красоты. Внутреннее море прекраснее морей внешних. Но, тем не менее, для Рамона жизнь пуста и бессодержательна, а одухотворяет эту пустоту лишь деятельная, творческая, сознательная воля к смерти.

«Думаю, что если бы я сам оказался в такой ситуации, – говорит Аменабар в интервью, – я, возможно, и не захотел бы умереть, а попытался бы жить дальше, каковы бы ни были обстоятельства. Вопрос в том, должны ли мы способствовать уходу человека из жизни, можем ли разрешить ему уйти?» [1, с. 68]. Для режиссера очень важна моральная проблема, чтобы в результате эвтаназии было содействие добру, а не злу.

«*Время прощания*» (2006 г., режиссер Франсуа Озон, Франция). Фильм рассказывает о последних месяцах жизни молодого человека, смертельно больного раком. В фильме можно проследить процесс информирования пациента о смертельном прогнозе и то, как он отказывается от лечения, какие приводит аргументы. Просмотр проводился на семинарском занятии по теме «Смерть и умирание», и вначале было дано задание: используя модель стадий роста, разработанную психологом Элизабет Кюблер-Росс [2], найти соответствующие стадии переживания больным человеком, когда он узнает, что он смертельно болен. Первая – стадия отрицания («нет, не я», «это не рак»); вторая Кюблер-Росс протеста, гнева («почему я?»); третья – просьба об отсрочке, торг («еще не сейчас», «еще немного»), четвертая – стадия депрессии («да, это я умираю») и последняя стадия – принятие («пусть будет»).

Визуальные формы обучения биоэтике помогают вносить в медицинское образование эмоциональную ноту, во врачебные дебаты – этические и социальные темы. Просмотр фрагментов кинофильмов обогащают изучение студентами медицинской этики, помогают достигать более глубокого понимания пациентов как людей с уникальным внутренним миром. В дальнейшем навык морального измерения своей собственной деятельности и медицинской практики вообще должен стать частью личной и профессиональной идентичности врача.

Литература:

1. Аменабар А. Жизнь как смертельная болезнь. Беседу ведет Петр Шепотинник // Искусство кино. 2005. № 1. С. 67-69.
2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Пер. с англ. Киев: «София», 2001. 320 с.
3. Мещерякова, Т.В., Герасимова О.В. Осознание ценности жизни в пересечении этических позиций (анализ результатов социологического исследования динамики отношения к проблемам биоэтики российских студентов-медиков) // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. 2006. № 5. С. 142-146.
4. Первушина Н.А. Эффективность применения визуальных средств обучения: определение границ // Высшее образование в России. 2013. № 2. С. 121-126.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Е.А. Юрьева, И.В. Андреева, Г.М. Миронова, Т.Ю. Ложкина
ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

На сегодняшний день в Томской области нет лечебных учреждений, которые бы не испытывали кадровый дефицит среди среднего и младшего медицинского персонала. Такая ситуация обусловлена рядом причин, среди которых хотелось бы выделить несколько основных, таких как: старение кадров в целом, нежелание молодых специалистов возвращаться в районные центры, трудности в поступлении и обучении в Томске.

Помимо этого, хотелось бы отметить дисбаланс в соотношении между количеством врачей и медицинских сестер, из-за чего врачи выполняют функции, не требующие их квалификации.

Также следует отметить, что в ряде муниципальных образований наблюдается сложная кадровая ситуация с обеспеченностью специалистами фельдшерско-акушерских пунктов,

фельдшерами и акушерками. А учитывая тот факт, что данные специалисты являются единственными медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь жителям отдаленных и труднодоступных населенных пунктов, эта проблема приобретает особую социальную значимость.

Закрепление специалистов в лечебно-профилактических учреждениях районов Томской области – задача региональной исполнительной власти и образовательного учреждения, осуществляющего подготовку специалистов в данной области. В связи с этим, в колледже с 2012 года, в рамках государственного задания, организована целевая подготовка специалистов со средним профессиональным образованием по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» в районах Томской области. Подготовка ведется в 10 муниципальных образованиях: г. Стрежевой, г. Асино, с. Белый Яр, с. Зырянское, с. Молчаново, с. Каргасок, с. Парабель, с. Тегульдэт, с. Мельниково и с. Первомайское.

Одной из основных задач Томского базового медицинского колледжа является целевая подготовка средних медицинских работников для муниципальных учреждений здравоохранения районов Томской области с использованием технологий дистанционного обучения. На сегодняшний день ОГБОУ «ТБМК» обладает высококвалифицированным кадровым составом, имеющим опыт использования дистанционных технологий обучения, материально-технической базой, которые позволяют колледжу осуществлять проект «Целевая подготовка средних медицинских работников для муниципальных учреждений здравоохранения районов Томской области с использованием технологий дистанционного обучения» совместно с центральными районными больницами.

Цель создания программы сетевого взаимодействия реализации части основной образовательной программы на базе организаций – партнеров с использованием элементов электронного образования явилась подготовка компетентных кадров со средним профессиональным образованием по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» для регионов Томской области.

Для реализации поставленной цели предстоит решить ряд задач:

1. Осуществить прием и подготовку специалистов (в том числе по целевым договорам ОГБОУ «ТБМК» с Работодателем), используя совместные материально-технические, информационные, кадровые ресурсы и современные дистанционные образовательные технологии.

2. Эффективное использование ресурсов субъектов взаимодействия в виде: компьютерной техники, компьютерных и медсестринских технологий, учебной литературы, оказания взаимных услуг, обмена информацией, привлечения к образовательному процессу в колледже в качестве преподавателей совместителей ведущих специалистов медицинских организаций, участия в совместных практических проектах и других видах совместной деятельности, не противоречащих законодательству.

Ранее нами уже была обозначена одна из причин дефицита кадров – это невозможность в ряде случаев учиться непосредственно в городе по различным обстоятельствам. Таким образом, актуальностью данной формы сетевого взаимодействия является использование при подготовке средних медицинских работников дистанционных образовательных технологий и ресурсов работодателей по отработке практических навыков в рамках профессиональных модулей, учебных и производственных практик.

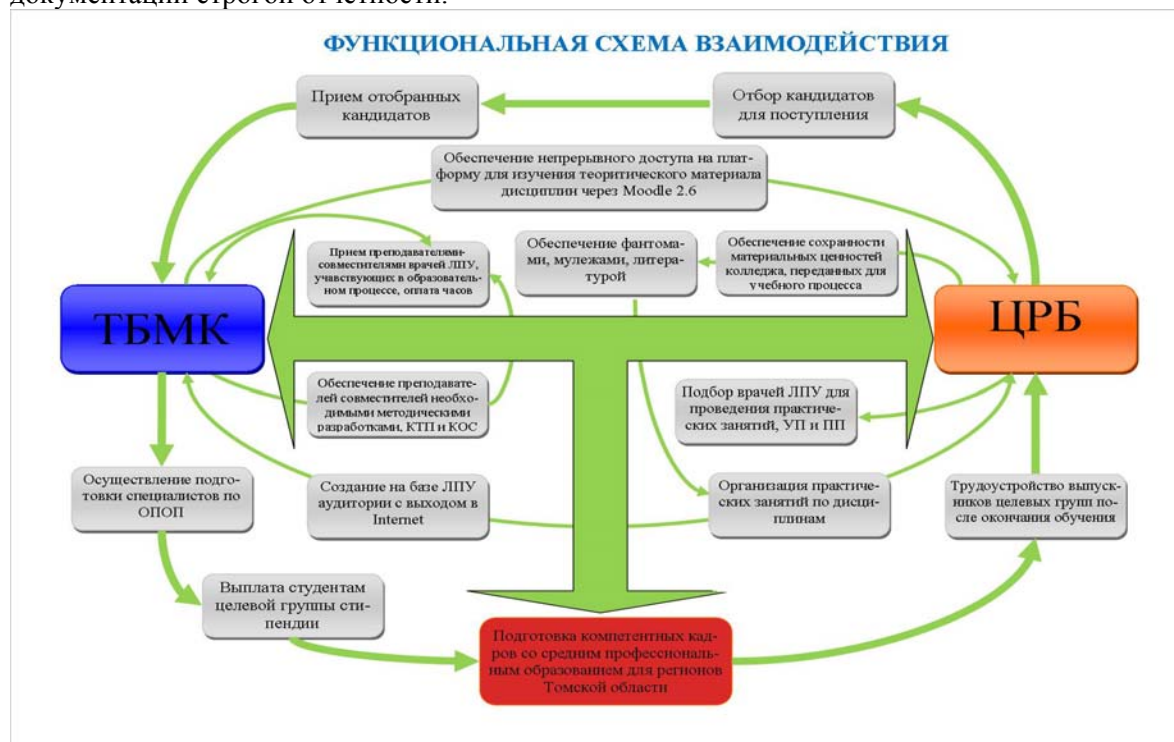
Модернизация системы среднего профессионального образования в условиях формирующегося информационного общества должна развиваться в различных направлениях, в том числе в направлении создания и развития специфических образовательных услуг, призванных обеспечивать потребности, как работодателя, так и населения в получении необходимых знаний и умений. К таким образовательным услугам относятся, применяемые в образовательном процессе дистанционные технологии. Создание эффективных систем обучения с частичным использованием дистанционных технологий создает условия социальной доступности качественного образованию для значительной части населения, содействует решению проблемы образования для людей, которые по различным причинам не могут воспользоваться услугами очного обучения. По своей сути это: трансляция основного объема изучаемого теоретического материала и интерактивное взаимодействие преподавателей томского базового медицинского колледжа в регионы.

Необходимо отметить, что освоение теоретического материала может проводиться самостоятельно и в удобное для студента время с одновременным осуществлением

профессиональной деятельности, что также является одним из положительных критериев, так как обучающиеся в большинстве случаев, являются младшими медицинскими работниками больниц.

Таким образом, использование современных дистанционных технологий делают образование еще более общедоступным, органически вписываясь в систему непрерывного профессионального образования. Внедрение дистанционных образовательных технологий в программу сетевого взаимодействия с регионами по подготовке квалифицированных медицинских работников среднего звена, позволят решить ряд обозначенных проблем с дефицитом кадров в лечебно-профилактических учреждениях и возможностями обучения отдаленных районов, стоящих как перед ТБМК, так и перед регионами, и как следствие повышает уровень социально-экономического развития регионов.

Для контроля за реализацией созданной формы взаимодействия в структуре колледжа был создан отдел дистанционных образовательных технологий. Функции отдела дистанционных образовательных технологий: подбор педагогических кадров, организация учебного процесса с применением дистанционных технологий, контактирование по организационным вопросам с главами центральных районных больниц, кураторами групп, студентами, обучающимися в рамках целевого набора, методическое обеспечение учебного процесса, учет часов и отработанного времени, расчет педагогической нагрузки, ведение документации строгой отчетности.



НАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ — ГАРАНТИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА

В.К. Ушаков

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В настоящих условиях в соответствии с Федеральным законом «Об образовании Российской Федерации», Федеральными государственными образовательными стандартами среднего профессионального образования, Федеральной целевой программой развития образования на 2011 — 2015 годы приоритетными задачами среднего профессионального образования являются:

- Удовлетворение потребностей граждан в высококачественных профессиональных образовательных услугах;
- Подготовка высококвалифицированных, компетентных, конкурентоспособных

специалистов;

- В процессе обучения использование передовых педагогических технологий при предоставлении профессиональных образовательных услуг (Геккиева А.Д. 2013).

В связи с поставленной целевой программой в области образования, мы стремились применить на практике новые технологии и методы в модульном обучении студентов нашего колледжа при изучении раздела «Сестринский уход в терапии». Совместно с администрацией ОГБМУ МСЧ-2. организовано сотрудничество в области учебно-методической работе: участие в составлении памяток; проспектов для пациентов терапевтического отделения и практическая деятельность - выполнении медицинских услуг (оценка функций внешнего дыхания, функциональные пробы сердечно-сосудистой системы, выполнение психологических тестов и их оценка) в профилактическом отделении «Здоровья». Научно-исследовательская деятельность под руководством преподавателя и заведующей данного отделения в подготовке материала по разделам профилактика табакокурения, сахарного диабета с последующим представлением студентами материала на НПК(областных, регионарных).

Участие преподавателя и студентов в рецензировании отчетных работ к очередной аттестации медицинских сестер данного учреждения, методическая помощь медицинским сестрам терапевтического отделения, а студентами в оказании практической помощи сестринского ухода при различных заболеваниях и состояниях.

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

Технология индивидуального - бригадного обучения включала следующие компоненты:

Организационный момент, обоснование темы занятия преподавателем (мотивации)

Актуализация и контроль опорных знаний

Индивидуальная работа студентов или работа малыми группами

Контроль, закрепление знаний и умений

При проведении практических занятий со студентами наиболее продуктивна была работа «малыми группами». Студенты сами выбирали лидера группы, совместно выясняли вопросы, разрешали затруднения, которые возникали в результате самостоятельной деятельности.

Учебная НИРС проводилась предусмотренная действующим учебным планом и индивидуальными особенностями студентов. используя на занятиях рефераты по темам, доклады, сообщения, курсовые и дипломные работы. Во время выполнения перечисленных работ студент делает первые шаги к самостоятельному научному творчеству: он учится работать с научной литературой и источниками, приобретает навыки критического отбора и анализа необходимой информации. Совместная научно-исследовательская работ преподавателя и студента направления на углубления теоретических знаний, совершенствования навыков конкретной области деятельности и подготовку эрудированного специалиста, владеющего большим запасом информации, способного квалифицированно решать профессиональные задачи. Для активизации научно-исследовательской работы студентов администрацией колледжа предоставляется:

- возможность публикации результатов исследований в научных сборниках;
- устанавливается контакт с участниками студенческих конференций, студентами и сотрудниками научных и практических центров;

- *моральное стимулирование администраций наших активных студентов.*

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

В завершении цикловых занятий мы используем семинарские занятия, используя метод «мозгового штурма» и метод «З/Х/У» (Знаю. Хочу узнать. Узнал). В проведении мозгового штурма назначается секретарь, задача которого — буквально записывать ВСЕ идеи, ассоциации, предложения, которые будут высказываться участниками. Запрещаются любые критические замечания, выражения пренебрежения, насмешки, скептические высказывания и другая явная или скрытая форма критики. Все идеи заведомо считаются достойными, имеющие право на существование.

Метод «З/Х/У» (Знаю. Хочу узнать. Узнал). Включает: 1. Актуализацию первичных знаний по теме. По наводящим вопросам учитель просит вспомнить, что учащиеся знают по обсуждаемой проблеме. Идеи записываются в течение 2-3 минут. Далее идеи обсуждаются у сидящим партнером и распределяются по категориям, определенным в методе «Кластер» (2 минуты). 2. введение таблицы «З/Х/У». эта таблица поможет в работе над информацией. В первой графе записываются идеи о том, что учащиеся уже знают по теме, во второй — то, что хотят узнать а третьей, после того, как познакомятся с информацией, запишут узнанное. В третью графу так же записывают ответы на вопросы второй графы. Во вторую графу записывают вопросы которые появились у учащихся в процессе изучения информации. А первую графу можно вписать ту информацию, которая уже была знакома, но не была озвучена, а так же маркируется информация, которая встречалась при изучении темы. В нашем случае, проводимые семинары выступают достойной школой подготовки студентов к научно-исследовательской работе. Собранные материалы в ходе изучения и анализа научной литературы по избранной проблеме, отработка методики и технологии исследования создают основу для участия студентов в научных конференциях. Обсуждение результатов работ на заседаниях научного студенческого кружка развивает у студентов умение вести дискуссию, высказывать свое мнение по проблеме, отстаивать свою точку зрения.

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

Литература:

1. Геккиева А.Д. Статья в приложении к журналу // Среднее профессиональное образование.- 2013. - №9.
2. Балашов, В.В., Лагунов, Г.В., Малюгина, и др. Организация научно-исследовательской деятельности студентов в вузах России. - М., 2002 — С. 31
- Миронов, В.А., Майкова, Э.Ю., Социальные аспекты активизации научно-исследовательской деятельности студентов в вузах. - Тверь: ТГТУ, 2004. - С. 12
3. Слепушенко И.О. Сестринское дело: проблемы и пути решения //Сестринское дело. - 2005. - №1.

РАЗДЕЛ 3

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

СОЦИОЭТНИЧЕСКИЕ, ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА К УСЛОВИЯМ РАБОТЫ НА НЕФТЕПРОМЫСЛАХ СЕВЕРА СИБИРИ³

Н.Н. Ильинских^{1,2}, И.Н. Ильинских¹, Е.Н. Ильинских¹
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск
²Томский государственный университет, г. Томск

Проведенными нами исследованиями было показано [4], что у некоторых рабочих-нефтяников занятых в сфере нефтедобычи вахтовым режимом труда повышен уровень цитогенетических нарушений (микроядерный тест), при этом было высказано предположение, что нефть обладает генотоксическим действием. В то же время имеется мнение, что возникновение такого рода изменений в организме рабочих-нефтяников обусловлено, в первую очередь, экстремальными условиями труда на севере Сибири [5]. Наряду с этим установлен генетический полиморфизм чувствительности людей к канцерогенному и мутагенному действию некоторых компонентов нефти [3, 4]. Особое внимание в этой связи привлекает ген фермента биотрансформации ксенобиотиков *GSTM1*.

Установлено, что дефицит фермента *GSTM1* может быть фактором риска по причине повышенной чувствительности к химическим веществам у рабочих производств некоторых нефтепродуктов [3-5]. Из миграционных форм нефти наибольшую опасность представляют водорастворимые компоненты [5]. Представителями этой группы служит бенз(а)пирен. Очевидно, что повышенная мутагенная чувствительность к генотоксическому действию нефти для рабочих-нефтяников является неблагоприятным прогностическим признаком состояния их здоровья и это, очевидно, следует учитывать при процессе профессионального отбора рабочих-вахтовиков для работы на нефтепромыслах.

В связи с изложенным целью настоящей работы является исследование уровня цитогенетических нарушений (микроядерный тест) в эпителиоцитах буккального эпителия полости рта с одновременным определением уровня полиароматического углеводорода бен(а)пирена (3,4 бензпирен) в моче у рабочих-нефтяников и лиц административно-хозяйственного персонала нефтепромыслов севера Сибири в связи с наличием или отсутствием в их генотипе мутантных аллелей гена *GSTM1*.

Обследовано 118 мужчин, участвующих непосредственно в процессах добычи нефти на нефтепромыслах севера Томской и Тюменской областей, при этом были обследованы только те лица, которые подписали добровольное информированное согласие относительно определения у них в клетках эпителия цитогенетически аномальных клеток (микроядерный тест), уровня бенз(а)пирена в моче и мутантных форм гена *GSTM1*. Во всех случаях обследованы рабочие, занятые выполнением современных видов вахтового механизированного физического труда на нефтепромыслах севера Западной Сибири. Контролем послужили 107 сотрудников

³ Работа поддержана грантами РГНФ №13-06-00094 и 13-06-0709а

административно-хозяйственного аппарата нефтепромыслов, непосредственно не контактирующих с процессами нефтедобычи. Возраст рабочих-нефтяников составил $38,6 \pm 5,4$ года, а административно-хозяйственного персонала – $39,0 \pm 4,2$. В моче был определен уровень бенз(а)пирена методом люминесцентной фотометрии на анализаторе ФЛЮОРАТ-92-2М. Кроме того, из буккального эпителия полости рта были изготовлены мазки эпителиоцитов, которые анализировали на предмет присутствия клеток с микроядрами согласно методике и критериям описанным ранее [3]. Одновременно из осадка клеток была получена ДНК, в которой нами было проведено исследование наличие мутации в гене *GSTM1*, методом описанным нами ранее [4].

Статистическую обработку осуществляли с использованием пакета статистических программ STATISTICA v.6.0, BIOSYS-2 с использованием рекомендации [2].

Как свидетельствуют полученные нами данные число эпителиоцитов буккального эпителия полости рта в контроле (административно-хозяйственный персонал нефтепромыслов) практически не отличался у лиц с мутантным и «нормальным» генотипами по гену *GSTM1* ($1,6 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,6\%$ соответственно; $p=0,056$). В то же время у рабочих-нефтяников различия были более существенны ($p=0,006$). Кроме этого у рабочих с генотипом *GSTM1 0/0* число эпителиоцитов с микроядрами превышало контрольный уровень практически в 3 раза ($p=0,007$). Достоверные отличия отмечены и в отношении «нормального» генотипа ($p<0,01$). Анализ размеров регистрируемых микроядер показал, что у рабочих-нефтяников с мутантным генотипом преимущественно наблюдаются крупные микроядра, при этом число мелких микроядер было резко снижено. В остальных случаях встречаемость микроядер с площадью более 3 мк^2 , от 3 до 1 мк^2 и менее 1 мк^2 практически не различались ($p>0,05$). Определение уровня бенз(а)пирена в моче показало превышение этого показателя у рабочих-нефтяников по сравнению с контролем в 6-8 раз. Особенно повышен был данный показатель у рабочих-нефтяников с мутантным генотипом.

Корреляционный анализ позволил установить достоверную прямую связь между уровнем выделяемого с мочой бенз(а)пирена и числом клеток с микроядрами ($p<0,01$). В других случаях такой закономерности не наблюдалось.

Полученные результаты исследования свидетельствуют, что у рабочих нефтепромыслов, основную массу которых составили бурильщики непосредственно контактирующие с нефтью, достоверно повышен уровень клеток с микроядрами в буккальном эпителии полости рта, что не отмечено в контроле у лиц административно-хозяйственного персонала. Анализ величины микроядер проведенный с помощью компьютерной программы IMAGE-6 позволил выявить определенную закономерность. У рабочих большая часть микроядер имеет площадь более 3 мк^2 , а в контрольной когорте клетки с такими микроядрами наблюдались достоверно реже ($p<0,01$). Известно, что крупные микроядра образуются, в основном, из отставших целых хромосом [3]. Зачастую это результат разрушения нитей ахроматинового аппарата деления клеток. Возрастание числа анеуплоидных клеток отмечается при действии некоторых токсических углеводородов, входящих в состав нефти и нефтепродуктов [4], что связывают с их деполимеризацией нитей ахроматинового веретена деления клеток [3]. Об этом же, по-видимому, свидетельствуют полученные нами данные относительно уровня бенз(а)пирена выделяемого с мочой, обладающего выраженным кластогенным действием [3].

Наличие у рабочего-нефтяника мутантной формы гена биотрансформации ксенобиотиков *GSTM1* существенно увеличивает число эпителиоцитов с микроядрами, одновременно с этим у них повышенным является и уровень выделяемого с мочой бенз(а)пирена. Корреляционный анализ позволяет сделать заключение, что имеется достоверная прямая зависимость между этими показателями. По-видимому возрастание числа эпителиоцитов с микроядрами является следствием повышенного содержания в организме поступающего бенз(а)пирена в условиях нефтепромыслов севера Сибири. Рабочие с нулевым генотипом *GSTM1* были особо чувствительны к генотоксическим факторам условий нефтедобычи.

Анализ этнической принадлежности вахтовых рабочих-нефтяников свидетельствует о том, что среди них преобладают лица угро-финской группы народов или метисы угро-финской и славянской (в основном русские) групп. Согласно литературных данных, если среди русских количество лиц с нулевым (мутантным) генотипом по этому гену составляет 42,6 – 46,2%, то среди удмуртов, мордвы, чувашей (угро-финская группа), составляющих более 38% всех вахтовых рабочих-нефтяников этого региона, частота таких индивидуумов достигает 61,3% [5].

Число рабочих-нефтяников на нефтепромыслах Западной Сибири с нулевым генотипом *GSTM1*, по нашим данным, составило 23,8%, в то же время в контрольной группе их было существенно больше – 55,8%. Поскольку нулевой генотип по этому гену существенно увеличивает вероятность возникновения ряда серьезных заболеваний [4], то не исключено наличие на нефтепромыслах «селекции» лиц с таким генотипом. Так анализ рабочего стажа на нефтепромыслах Сибири показал, что число рабочих-нефтяников с нулевым генотипом *GSTM1* в случаях наличия стажа от 1 до 3 лет особенно велико (46,2%) и этот показатель снижается практически в 3 раза (15,3%) в группе лиц проработавших на нефтедобыче более 10 лет.

Повышение числа цитогенетических нарушений у рабочих-нефтяников может быть связано также с повышенным радиоактивным фоном в местах нефтедобычи. В своей работе Березин и Горбачев [1] подчеркивают, что при добыче нефти с пластовыми водами извлекаются нефтешламы с высоким содержанием радионуклидов уранового и ториевого ряда, кроме того для контроля целостности трубопроводов на предприятиях нефтегазового комплекса широко применяются методы рентгеновской и радионуклидной дефектоскопии, что может приводить к облучению персонала дозами, превышающими предельно допустимые уровни. Наряду с этим следует отметить, что северные районы Тюменской и Томской областей неоднократно накрывали радиоактивные осадки в результате атомных испытаний на Новоземельском полигоне и имеются свидетельства радиоактивности ягеля и мяса оленей [1,5], что также может приводить в клетках человека к возникновению аббераций хромосомного типа, о чем свидетельствуют результаты цитогенетического обследования коренных народов севера Сибири [4].

Несомненно, что в экстремальных условиях нефтедобычи на севере Западной Сибири имеется множество факторов, которые могут оказывать как мутагенное, так и ко-мутагенное действие на генетический аппарат человека. Помимо антропогенных факторов это и природные факторы: низкие температуры, мощные геомагнитные поля авроральной зоны, геомагнитные аномалии, особенности светового режима (полярные ночь и день) и дефицит некоторых жизненно важных микроэлементов [5].

Выводы

1. Установлено, что при наличии в генотипе рабочих-нефтяников, работающих на севере Сибири делетированной (нулевой) формы аллеля гена *GSTM1* наблюдается увеличение в буккальном эпителии полости рта числа клеток с цитогенетическими нарушениями, при этом у них наблюдается высокий уровень экскреции бенз(а)пирена. Особенно существенны были изменения у рабочих относящихся к угро-финской группе этноса. У лиц административно-хозяйственного персонала такой закономерности не отмечено.

2. Результаты исследования позволяют сделать также вывод о настоятельной необходимости введения новых, научно обоснованных критериев отбора персонала на нефтепромыслах Западной Сибири, существенную роль в котором должны сыграть данные генотипирования по генам системы биотрансформации ксенобиотиков, в частности по гену *GSTM1*

Литература:

1. Березин И.И., Горбачев Д.О. Радиационно-гигиенические аспекты труда на предприятиях нефтегазового комплекса // Фундаментальные науки и практика. - 2010. -Т.1.- №3. - С. 12-15.
2. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. М.: Изд-во «Филинь», 1997. 608 с .
3. Ильинских Н.Н., Ксенц А.С., Ильинских Е.Н. и др. Микроядерный анализ в оценке цитогенетической нестабильности. - Томск: Изд-во ТГПУ, 2011. - 310 с.
4. Ильинских Н.Н., Язиков Е.Г., Ильинских Е.Н. и др. Феногенетические маркеры адаптогенеза человека к условиям нефтегазопромыслов севера Сибири. - Томск: Изд-во ТПУ, 2012. - 418 с.
5. Собакин А.К. Работоспособность вахтового персонала газовых промыслов в экстремальных условиях Севера: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Новосибирск, 2004.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТОМСКА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ)

О.С. Кобякова¹, И.А. Деев¹, В.А. Бойков¹, Е.С. Куликов¹, Е.А. Старовойтова¹, Н.А. Кириллова¹, А.О. Наумов²

¹*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

²*ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики», г. Томск*

В современном обществе распространенность хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) достигла масштабов эпидемии. Смертность по причине ХНИЗ занимает 1-е место в мире. Большинство ХНИЗ причинно связаны с особенностями поведения, в России среди них наибольшее значение имеют: курение, артериальная гипертония, гиподинамия, гиперхолестеринемия, нерациональное питание, гипергликемия.

Избыточный вес является наиболее часто встречающимся расстройством метаболизма, доля которого в структуре хронических неинфекционных заболеваний неуклонно увеличивается. В настоящее время проблема распространенности данного состояния становится все более актуальной не только в странах с высоким уровнем жизни, но и в развивающихся странах, особенно среди городского населения.

Согласно данным исследований, проведенных как в России, так и за рубежом, ожирение является прямым фактором риска для развития такой патологии как, сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой системы, заболевания опорно-двигательного аппарата, патология беременности и бесплодие, желчнокаменная болезнь, некоторые виды онкологических заболеваний и ассоциировано с усугублением тяжести хронической патологии бронхолегочной системы.

Учитывая стремительную динамику увеличения распространенности избыточной массы среди населения мира и России нами было спланировано и проведено исследование.

Цель - оценить распространенность избыточной массы тела среди посетителей Центров здоровья города Томска.

В исследование включены данные 9395 жителей города Томска, в возрасте от 18 до 88 лет, прошедших обследование в Центрах здоровья в 2010-2012 годах, которым была выполнена антропометрия. Средний возраст в исследуемой популяции составил $49,2 \pm 15,7$ года ($n=1857$ мужчин, средний возраст $46,6 \pm 16,4$ года, женщин – 7538, средний возраст $49,9 \pm 15,4$ года, для среднего возраста $p < 0,001$).

Для классификации степени ожирения применялся общепринятый индекс массы тела (индекс Кетле), который равен отношению массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах. По определению ВОЗ, избыточная масса тела – это состояние, при котором индекс массы тела (ИМТ) равен или превышает 25 кг/м^2 , а ожирение – это уровень индекса $\geq 30 \text{ кг/м}^2$.

Распространенность излишней массы тела и ожирения составила 32,9% и 33,5%, соответственно. Доля мужчин, имеющих излишнюю массу тела, составила 40,9%, а страдающих ожирением – 24,0%. У женщин значение ИМТ в диапазоне $25\text{—}30 \text{ кг/м}^2$ было выявлено в 30,9% случаев, а более 30 кг/м^2 в 35,8%. По данным исследования, вероятность наличия ожирения у лиц женского пола практически в 2 раза выше, чем у мужчин (ОШ=1,75, ДИ95% 1,55-1,97).

В исследуемой популяции была установлена положительная корреляционная связь между ИМТ и возрастом ($r=0,44$ $p < 0,001$). Средний возраст в группе с ожирением составил $55,7 \pm 12,1$ лет и был достоверно выше, чем в остальных группах ($p < 0,05$). При этом, если мужчины и женщины с нормальной массой тела не отличались по возрасту, то в группах с избыточной массой тела, лица женского пола были достоверно старше мужчин.

Среди лиц, включенных в исследование, распространенность ожирения I степени составила 21,5%, II степени – 8,4% и III степени – 3,6%. Как и в целом в группе, страдающих ожирением, при стратификации пациентов по степеням сохраняется статистически значимая разница в возрасте: лица женского пола старше мужчин вне зависимости от степени ожирения.

В исследуемой популяции вероятность наличия ожирения I степени у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин (ОШ=2,00 ДИ95% 1,58-2,54), а ожирения II и III степеней ниже (ОШ=0,62 ДИ95% 0,47-0,80 и ОШ=0,43 ДИ95% 0,27-0,67).

В зависимости от возраста, исследуемая популяция была стратифицирована на 5 групп (табл.4). Установлено, что у лиц в возрасте 18-30 лет и 30-40 лет, средние значения ИМТ были в пределах нормы, при этом у мужчин данный параметр был достоверно выше, чем у женщин ($p < 0,001$). В группах 40-50 лет и 50-60 лет, среднее значение ИМТ соответствует избыточной массе тела, а в группе старше 60 - ожирению. В возрастных группах 50-60 лет и старше 60 также установлена статистически значимая разница по ИМТ в зависимости от пола: у мужчин ИМТ ниже, чем у женщин.

Распространенность ожирения, в исследуемой популяции, выше в более старших возрастных группах по сравнению с младшими. Так, если в возрастной группе 18-30 лет доля лиц, страдающих ожирением составила 10,4%, то у лиц старше 60 лет - 47,3%. В группах 50-60 лет и старше 60 лет, распространенность как ожирения, так и избыточной массы тела практически равны.

В рамках исследования была проведена оценка вероятности наличия ожирения и избыточной массы тела в 3 возрастных группах: 18-30 лет (группа 1), 40-50 лет (группа 2) и старше 60 лет (группа 3). Установлено, что вероятность наличия, как ожирения, так и избыточной массы тела, в исследуемой популяции достоверно выше в возрастной группе старше 60 в сравнении с группой 1 и группой 2.

Таким образом, в результате исследования установлено, что распространенность избыточной массы тела и ожирения среди посетителей Центров здоровья города Томска составила 32,9% и 33,5% соответственно.

У женщин распространенность избыточной массы тела ниже, чем у мужчин, а ожирения выше.

При стратификации исследуемой популяции на возрастные группы, установлено, что ИМТ выше в старших возрастных группах (более 50 лет).

Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди посетителей Центров здоровья города Томска, установленная в результате исследования, существенно выше данных официальной статистики, согласно которым, общая заболеваемость ожирением в 2009 году составляла 9,36 на 1000 населения, в 2013 году данный показатель составил 12,81 на 1000 населения (за 5 лет рост показателя составил 27 %).

Такая ситуация, скорее всего, свидетельствует о недооценке врачами амбулаторно-поликлинической службы важности наличия у пациента ожирения и избыточной массы тела, что, в свою очередь, приводит к недоучету данных состояний.

Выявленную взаимосвязь наличия ожирения с возрастом и полом, необходимо учитывать при выработке концепции по борьбе с данным заболеванием, поскольку ожирение и избыточная масса – это состояния, которые в большинстве случаев поддаются диетической коррекции и лечению. Поддержание нормальной массы тела – важный элемент здорового образа жизни, как с позиции лечения заболеваний, так и сохранения здоровья населения в целом.

Литература:

1. Огородова Л.М., Куликов Е.С., Тимошина Е.Л. Ожирение и бронхиальная астма: новый взгляд (обзор) // Терапевтический архив. – 2007. - №10. – С. 32-35.
2. Распоряжение правительства РФ от 25 октября 2010 г. №1873-р «Об основах государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2020 года».
3. Яшина Л.А., С.Г. Ищук Бронхиальная астма у больных с ожирением – особый фенотип заболевания // Астма та алергія. – 2011. – С 14 – 15. – №4. – С.46 – 49.
4. Nick, H. Physical Inactivity and Obesity Relation to Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease ? [Text] /H.Nick, T.Hacken// Proc. Am. Thorac. Soc. – 2009. – Vol.6. – P. 663 – 667.
5. Перцева Т.А., Нудьга Н.П. Астма и ожирение: какова взаимосвязь //Украинский пульмонологический журнал. – 2011. - №1. – С. 61-64.
6. Півоварова О.А. Порушення функціонального стану респіраторного відділу легень у хворих на цукровий діабет 2 типу та метаболічний синдром (огляд літератури) [Текст]/ О.А. Півоварова, Б.М. Маньковський // Ендокринологія – 2007. – Т.12,№1. – С. 126-135.
7. Яшина Л.А. Избыточная масса тела, ожирение и патология легких: взгляд пульмонолога // Здоров'я України. – квітень 2011. – С 14-15.

8. Conway B., Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obes.Rev.*2004; 5: 145 – 151.
9. Coulain M., Doucet M., Major C. et al. The effect of obesity on chronic respirator disease: pathophysiology and therapeutic strategies. *Can. Med. Assoc. J.* 2006: 174 (9): 1293 – 1299.
10. Национальный проект «Здоровье». Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политики [http:// www.rost.ru/projects/heals_main.shtml](http://www.rost.ru/projects/heals_main.shtml). Дата обращения 19.06.12
11. Старовойтова Е.А., Кобякова О.С., Куликов Е.С., Деев И.А., Бойков В.А., Сомов С.Н., Ларичева О.Н., Подrezова Е.Л. Распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья Томской области // Профилактическая медицина. – 2013. - №4. – С. 40-45.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА DALY ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (2008-2012 ГГ.))

О.С. Кобякова¹, И.А. Деев¹, Н.Я. Несветайло², И.П. Шибалков³, В.А. Бойков¹, М.Н. Милькевич², А.А. Голубева⁴, Е.С. Куликов¹, А.О. Наумов²

¹*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

²*ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики», г. Томск*

³*Национальный исследовательский Томский политехнический университет, г. Томск*

⁴*Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники, г.*

Томск

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения. В настоящее время для оценки здоровья населения в Томской области, как и в целом по стране используются показатели заболеваемости, смертности, инвалидности и т.д. Однако данные параметры не позволяют проводить комплексную количественную оценку потерь здоровья.

Всемирный банк совместно со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1993 году разработали методологию расчёта глобального бремени болезни, в основе которой лежит определение состояния здоровья через подсчет потерь лет жизни в результате смерти или нетрудоспособности на основе показателя DALY (Disability Adjusted Life Years - Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) по каждому заболеванию в разрезе пола и возраста.

Целью данного исследования было проведение расчета динамики DALY в результате преждевременной смертности населения Томской области в 2008-2012 гг.

Расчет DALY проводился на основе методологии Института оценки и измерения здоровья (США, 2010 г.), адаптированной в соответствии с существующей на сегодняшний день системой статистики на территории Российской Федерации.

При расчетах использовались данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Томской области (Росстат), которые включали: пол умершего, день, месяц и год смерти, место жительства, причину смерти, день, месяц и год рождения умершего, а также численность и половозрастная структура населения Томской области за соответствующие годы.

Отношение шансов (ОШ) рассчитывалось по основным причинам смертности с их 95% доверительными интервалами (95%ДИ).

Качественные данные представлены в виде абсолютных или относительных (%) частот, количественные в виде $M \pm s$, где M – среднее арифметическое, s – стандартное отклонение. Разницу значений считали значимой при $p < 0,05$.

В 2012 году DALY в Томской области в результате преждевременной смертности составил 244,2 (22,9±17,7) года на 1000 населения, что меньше показателя 2008 г. (283,0

(23,7±17,8) года на 1000 населения) на 13,7 %. При этом DALY мужчин за аналогичный период снизился на 14,5%, женщин на 12,6%.

В период 2008-2012 гг. произошло снижение DALY на 1000 населения, как в целом, так и практически по всем классам заболеваний, за исключением болезней нервной системы. При этом достоверное снижение среднего количества лет, которые были потеряны в результате преждевременной смерти среди основных причин было только от болезней нервной системы ($p=0,023$), болезней органов дыхания ($p=0,034$) и болезней органов пищеварения ($p=0,032$), в то время как по смерти от новообразований ($p=0,102$), болезней системы кровообращения ($p=0,67$), травм и отравлений ($p=0,91$) и в целом ($p=0,83$) осталось практически неизменным.

В 2012 г. по сравнению с 2008 г. в структуре DALY произошло снижение потерь от преждевременной смертности в результате травм и отравлений на 5,6 процентных пункта. Значимое снижение было также среди болезней системы кровообращения (на 1,7 процентных пункта).

В 2012 г. у мужчин DALY в результате смерти от болезней системы кровообращения составил 101,7 на 1000 соответствующего населения, у женщин данный показатель был 50,6 - ОШ=0,83, (ДИ95% 0,81-0,84). Потери DALY в результате смерти от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин в мужской популяции составили 91,1 на 1000 соответствующего населения, в женской 20,9: ОШ=2,22 (ДИ95% 2,17-2,27). Отношение шансов потери DALY в результате смерти от новообразований у мужчин в 0,57 раза меньше, чем у женщин (ДИ95% 0,56-0,58).

За аналогичный период времени в мире произошло снижение DALY на 1000 соответствующего населения у мужчин на 8,9%, у женщин на 11,3%. В Российской Федерации аналогичные показатели составили 22,2% и 14,3% соответственно. Динамика показателя в Томской области в 2008-2012 гг., отличалась от общероссийской тенденции более низкими темпами снижения как для мужского (снижение на 14,5%), так и для женского населения (снижение на 12,6%) (рис. 1).

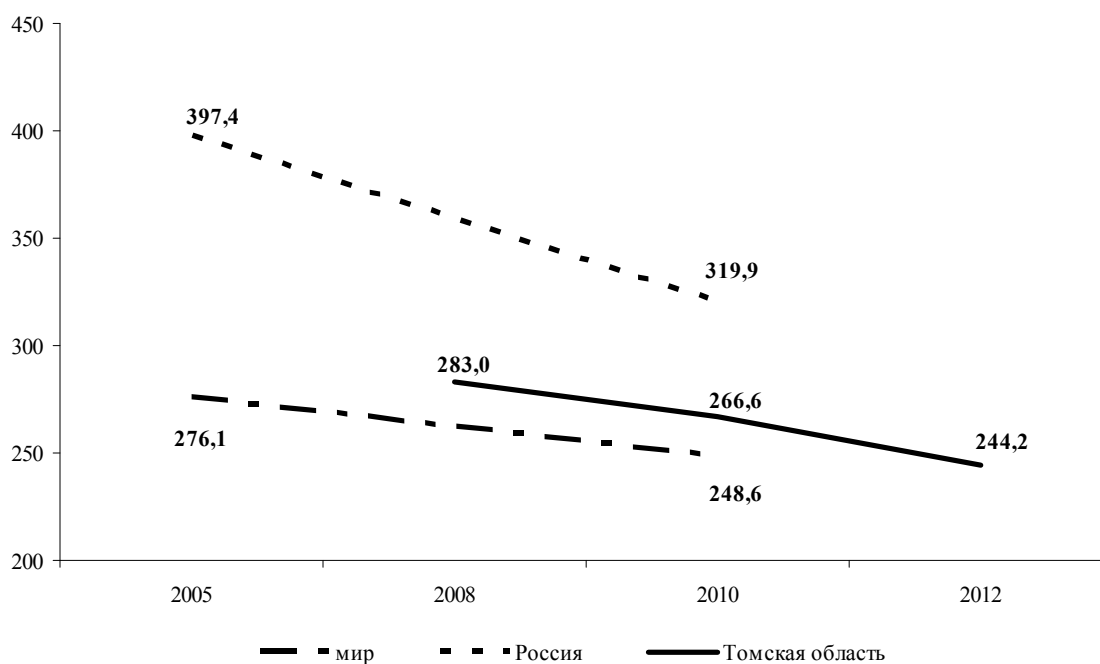


Рис. 1. Динамика суммарных потерь DALY на 1000 населения в 2005-2012 гг.

Таким образом, суммарные потери DALY на 1000 населения в Томской области значительно ниже, чем в Российской Федерации. Тенденции к снижению DALY на территории региона способствует ряд факторов, среди которых: постоянное повышение качества оказываемой медицинской помощи, реализуемые на территории области целевые программы по охране здоровья населения, а также функционирование федеральных научных и образовательных учреждений, способствующих внедрению современных методик оказания медицинской помощи в практическое здравоохранение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЯ КОЛИЧЕСТВА ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (DALY) НАСЕЛЕНИЕМ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ С УРОВНЕМ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2008-2013 ГГ.

О.С. Кобякова¹, И.А. Деев¹, Н.Я. Несветайло², И.П. Шибалков³, В.А. Бойков¹, М.Н. Милькевич², А.А. Голубева⁴, Е.С. Куликов¹, А.О. Наумов²

¹Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

²ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики», г. Томск

³Национальный исследовательский Томский политехнический университет

⁴Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники

Главной целью системы здравоохранения любой страны является поддержание и укрепления состояния здоровья населения. При этом, в условиях рыночной экономики и ограниченности ресурсов особую актуальность приобретают вопросы эффективности расходования имеющихся денежных средств в том числе в сфере здравоохранения.

В настоящее время, в зарубежной практике в целях оценки состояния здоровья населения и его влияния на экономику наиболее широко используются «модели индексов статуса здоровья», в частности - индекс DALY. В концептуальной основе этих моделей здоровье человека рассматривается как дискретное состояние, принимающее значения от полного здоровья до смерти. Впервые показатель количества потерянных лет здоровой жизни (DALY – disability adjusted life years) был использован Всемирным Банком в 1993 г. в отчете под названием «Инвестиции в здоровье» для оценки и выбора наиболее предпочтительных с точки зрения стоимости-эффективности вмешательств в здравоохранении. С помощью DALY возможно количественно оценить груз болезней в обществе, который связан как с преждевременной смертностью (YLL - years life lost - годы потерянной жизни в результате преждевременной смертности) и, так и с временной или постоянной инвалидизацией (YLD - years lost due to disability - годы жизни, потерянной вследствие нарушений здоровья (без учета смертельных исходов)).

В данном исследовании был проведен анализ взаимосвязи DALY с уровнем расходов на здравоохранение в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (далее - ТППГ) в Томской области в 2008-2013 гг.

Расчеты были проведены на основании данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Томской области о численности населения и умерших. Данные о каждом умершем за период 2008-2013 гг. включали: пол умершего; дату смерти; место жительства; причину смерти по полной номенклатуре; вид повреждения (краткая номенклатура), а также дату рождения. Данные о финансировании здравоохранения получены из формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи».

В течение 2008-2013 гг. в Томской области произошло снижение абсолютной величины DALY на 43,6 тыс. лет или 14,9 % (с 292,6 тыс. лет в 2008 г. до 249,0 тыс. лет в 2013 г.). Данная тенденция, наряду с увеличением численности населения субъекта Российской Федерации за аналогичный период на 29,3 тыс. чел. или 2,8 % (с 1 034 тыс. чел. по состоянию на 01.01.2008 г. до 1 064 тыс. чел. в 2013 г.), позволяет сделать вывод об улучшении состояния здоровья населения.

В целях сопоставимости проводимых расчетов по уровню финансирования, величина расходов на здравоохранение была приведена к базовому периоду (2008 г.) с учетом официального уровня инфляции (8,8 % в 2009 г., 8,8 % в 2010 г., 6,1 % в 2011 г., 6,6 % в 2012 г. и 4,5 % в 2013 г.). Финансирование системы здравоохранения Томской области за 2008-2013 гг. возросло в номинальном выражении на 6 952 млн. руб. (125 %), в реальном выражении (с учетом уровня инфляции) на 3 382 млн. руб. или 60,8 % (с 5 563 млн. руб. в 2008 г. до 8 945 млн. руб. в 2013 г.).

В целях проведения оценки, учитывающей изменение численности населения был проведен расчет показателя DALY на 1000 населения и расходов на здравоохранение на душу населения (руб.), выполненных в рамках ТППГ (рис. 1).

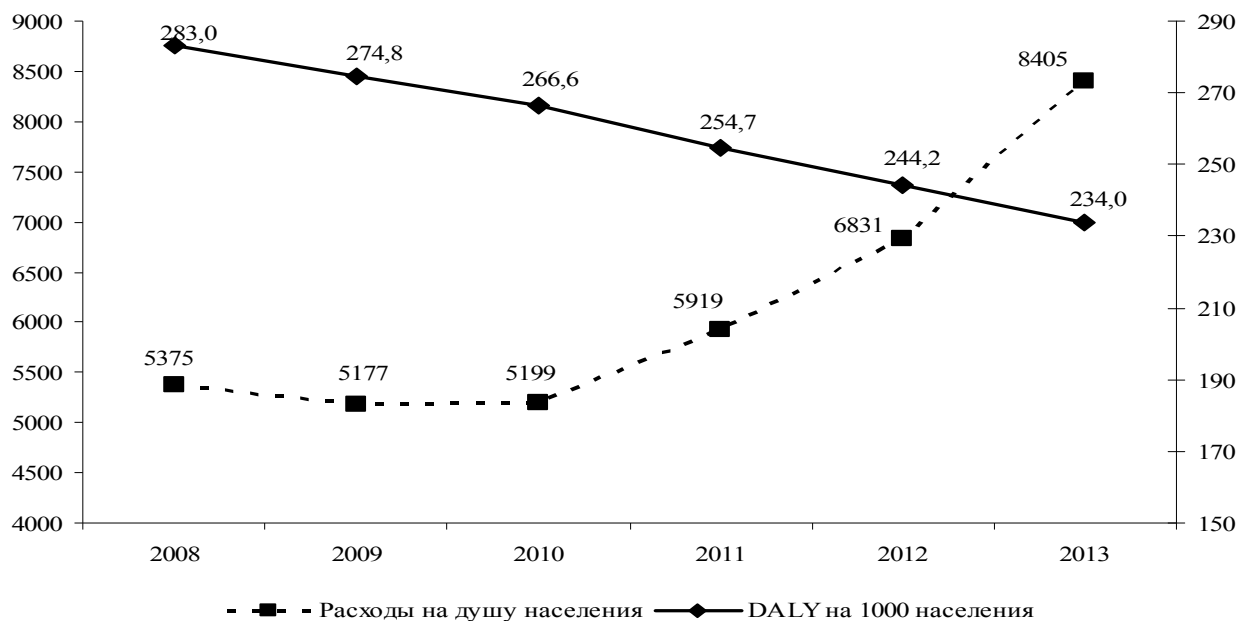


Рис. 1. Динамика YLL и расходов на здравоохранение на душу населения (руб.) в Томской области в 2008-2013 гг.

$r = - 0,83, p < 0,05$

Величина DALY на 1000 населения в течение 2008-2013 гг. на территории Томской области снизилась на 49,0 лет или 17,3 %. В этот же временной промежуток расходы на здравоохранение, выполненные в рамках ТПГТ выросли на 3030 руб. на человека или на 56,4 %.

Стабильное снижение величины DALY населением Томской области, сопровождающееся увеличением уровня финансирования системы здравоохранения, позволяет сделать вывод о возможной взаимосвязи данных параметров. При этом, система оказания медицинской помощи (в т.ч. уровень и структура ее финансирования) является лишь одним из факторов, формирующих здоровье населения. Экспертами Всемирной организации здравоохранения выделяются также генетические факторы, состояние окружающей среды и условия и образ жизни человека (включая экономическую, политическую ситуацию в стране и регионе, уровень заработной платы и т.д.), которые в совокупности обеспечивают до 90 % здоровья человека в современных условиях.

Таким образом, несмотря на наличие статистически значимой обратной корреляционной связи между рассматриваемыми показателями, определение величины и причин влияния финансирования системы здравоохранения на DALY и состояние здоровья населения, требует детального анализа и будет являться продолжением данного исследования.

Литература:

1. Экономические методы управления в здравоохранении / под общей ред. В.В. Уйба. - Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. - 314 с.
2. N. Homedes. The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use. [Электронный ресурс]: Санкт-Петербургский институт общественного здравоохранения. – URL: <http://pubhealth.spb.ru/COPC/DALY.html> [Дата обращения: 10.06.2014.]
3. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, et al. (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 2197–2223.

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ О СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

*О.С. Кобякова¹, А.В. Холопов², И.А. Деев¹, В.А. Бойков¹, Н.Я. Несветайло³,
А.О. Наумов³, М.Н. Милькевич³, И.П. Шибалков⁴, А.А. Голубева⁵*

¹Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

²Департамент здравоохранения Томской области

³ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики», г. Томск

⁴Национальный исследовательский Томский политехнический университет

⁵Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники

В Российской Федерации в рамках реализации государственной социальной политики особое место уделяется демографической политике, направленной на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения.

В целях сохранения и укрепления здоровья населения реализуется ряд федеральных и региональных программ, направленных на обеспечение доступной медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

При этом основными критериями эффективности реализации программ выступают показатели смертности населения, на основании которых оценивается деятельность органов исполнительной власти.

Это диктует создание системы контроля направленной на предоставление достоверных данных с последующим использованием для корректировки мероприятий, разрабатываемых в рамках развития социальной сферы.

В Томской области в 2012 году была разработана система контроля достоверности статистических данных о смертности. Реализация данного проекта предполагала несколько этапов. На первом этапе на базе ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики» был создан отдел «Мониторинга демографической ситуации» (Отдел).

Сотрудниками Отдела была осуществлена проверка деятельности большинства медицинских организаций Томской области в части достоверности предоставляемых статистических данных и качества оформления медицинских свидетельств о смерти (МСС). Проведенные мероприятия позволили выявить ряд ошибок, которые можно разделить на несколько типов:

- 1) ошибки, связанные с некорректным оформлением МСС;
- 2) ошибки, связанные с низким знанием специалистов правил кодирования в соответствии с «Международной классификацией болезней 10 пересмотра»;
- 3) ошибки, связанные с построением логической цепочки причины смерти.

При этом было отмечено, что около 30% ошибок при оформлении МСС и выстраивания логической цепочки возможно было избежать, автоматизировав процесс регистрации актов о смерти.

На втором этапе был проведен анализ существующих программных продуктов, позволяющих сформировать единый подход к регистрации случаев смерти и снизить вероятность ошибок. Учитывая региональные особенности была выбрана программа «Автоматизированная система сбора, накопления и анализа данных о смерти», разработанная Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ. Данное программное обеспечение (ПО) было приобретено и доработано для удобства использования в медицинских организациях Томской области.

Были разработаны нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок работы с ПО и единый подход к регистрации случаев смерти на территории Томской области.

Для реализации комплекса мероприятий по увеличению достоверности статистической информации о причинах смерти были отобраны три пилотных муниципальных образования, в которых по результатам проверок было выявлено наибольшее количество ошибок.

В медицинских организациях этих муниципальных образований была произведена установка ПО и обучение специалистов.

В период с августа 2013 года по август 2014 года в пилотных территориях при сохранении общего количества умерших произошло существенное перераспределение причин смерти населения. Так, отмечено снижение смертности от заболеваний класса «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», так называемые «мусорные коды» с 11 % в 2013 до 7 % в 2014 году.

Отмечен рост смертности от болезней системы кровообращения с 41 % (в 2013 году) до 43% (в 2014 году). Возросла доля умерших от болезней органов дыхания с 4 % (в 2013 году) до 5% (в 2014 году) и от инфекций с 1 % (в 2013 году) до 2% (в 2014 году).

Помимо этого, количество ошибок при оформлении медицинских свидетельств о смерти в пилотных районах снизилось на 80 %.

Таким образом, в рамках реализации проекта в пилотных муниципальных образованиях были реализованы следующие мероприятия:

- 1) организация структурного подразделения по контролю достоверности статистической информации о причинах смерти населения;
- 2) разработка нормативной базы;
- 3) автоматизация процесса регистрации случаев смерти населения;
- 4) систематическое обучение специалистов медицинских организаций;
- 5) постоянный контроль выполнения требований регламентирующих документов.

Данные мероприятия позволили в достаточно короткий срок увеличить достоверность статистической информации о причинах смерти. Использование специализированного ПО дало возможность мониторить ситуацию практически в режиме реального времени с минимальными затратами финансовых и трудовых ресурсов. В пилотных территориях удалось максимально минимизировать жалобы населения и органов ЗАГС на качество медицинской документации, подтверждающей случаи смерти.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОДВИЖЕНИЯ БАД НА РЫНКЕ ПРОДАЖ

И.Ф. Дудка

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

В течение последних лет наблюдается динамичное развитие рынка биологически активных добавок (БАД). В продолжительной борьбе мнений по вопросу положительного или отрицательного их влияния на организм человека сегодня устойчивые позиции занимают сторонники БАД. В России, говоря словами академика РАЕН А.Н. Орехова: «Нигилизм в отношении БАД связан, прежде всего, с неосведомленностью как населения, так и специалистов» [7]. Мы бы к названной причине добавили и существование в стране недостаточно развитой системы государственного регулирования и государственного контроля в этом сегменте рынка. Назрела острая необходимость актуализировать правовые аспекты регулирования производства и реализации БАД. Осмелимся предположить, что отсутствие должного внимания к правовым аспектам производства и продвижения БАД может, в конечном счете, повлечь за собой ухудшение здоровья населения страны.

Динамику правового регулирования рынка БАД можно представить следующим образом. Основы данного процесса были заложены с принятием в 1991 году Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Российской Федерации» [1] и в 1999 году - Федерального закона № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» [6]. Однако, в данных документах в нормативно-правовой оборот на уровне закона не было введено понятия БАД, что существенно снизило их регулятивную и охранительную функции. (Нужно заметить, что в 1996 году в Методических указаниях (МУК 4.2.577-96 «Методы микробиологического контроля продуктов детского, лечебного питания и их компонентов») упомянуто понятие «БАД», которое, однако, в данном документе не было актуализировано.)

На уровне закона (а не подзаконного акта) легальное определение БАД было дано в Федеральном законе «О качестве и безопасности пищевых продуктов» № 29-ФЗ от 02.01 2000 г.: « Биологически активные добавки к пище – это природные (или идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов». Отсюда следовало, что БАД не относятся к

лекарственным средствам и должны иметь свою, отличную от фармакопеи, систему обеспечения безопасности, качества и эффективности. С этого момента и формируется триада принципов, вокруг которых строится все нормативно-правовое поле на рынке БАД. Первый – принятие решения о гигиенической сертификации (регистрации) БАД должно осуществляться на федеральном уровне. Второй - экспертная оценка БАД осуществляется Институтом питания РАМН. Третий - БАД должны иметь разрешительный документ - гигиенический сертификат (регистрационное удостоверение) [2].

В соответствии и во исполнение вышеназванных федеральных законов было принято множество подзаконных нормативных актов. Четыре из них имеют непосредственное функциональное значение, т.е. закрепляют порядок производства, регистрации и реализации БАД. Во-первых, Методические указания МУК 2.3.2.721-98 «Определение безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище» (от 15.10.1998 г.). Данный документ закрепил требования к экспертизе и регистрации БАД, к разработке и постановке их на производство, требования к хранению, транспортировке, закупке, ввозу в страну и их реализации. Во-вторых, «Гигиенические требования к организации производства и оборота биологически активных добавок к пище» СанПиН 2.3.2.1290-03 (от 17.04.2003 г.). Этот документ детализирует требования к технической документации по производству БАД, их обороту, упаковке и информации, нанесенной на этикетку. В-третьих, «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» СанПиН 2.3.2.1078-01 (от 14.11.2001 г.), в которых утверждается, что биологически активные вещества, компоненты пищи и продукты, являющиеся их источником, используемые при изготовлении БАД, должны обеспечивать их эффективность и не оказывать вредного воздействия на здоровье человека. В случае, если эти вещества представляют по данным современных научных исследований опасность для жизни и здоровья человека, то они не допускаются к использованию при изготовлении БАД. В-четвертых, Методические рекомендации «Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ» МР 2.3.1.1915-04 (2004 г.), которые определяют адекватные и верхние допустимые уровни потребления данных веществ в составе БАД.

Нормативно-правовое регулирование продвижения БАД на рынке продаж обеспечивается требованиями еще двух Федеральных законов: «О рекламе» и «О защите прав потребителей». Закон о рекламе № 108-ФЗ от 18.07.1995 г. запрещает использовать недобросовестную, недостоверную и заведомо ложную рекламу. В соответствии с этими требованиями Министерством здравоохранения РФ определены ограничения для рекламы БАД: она не должна противоречить материалам, согласованным при регистрации БАД; не допускается реклама БАД, не прошедших государственную регистрацию в Минздраве России; не допускается реклама БАД как уникального, наиболее эффективного и безопасного препарата в плане побочных эффектов. Реклама не должна вводить в заблуждение потребителя относительно состава БАД и ее эффективности. Недопустимо в рекламе создавать впечатление, что природное происхождение сырья, используемое в составе БАД, является гарантией их безопасности. Реклама БАД не должна подрывать веру потребителей в эффективность других средств профилактики и вспомогательной терапии, не должна создавать впечатление о ненужности участия врача при применении БАД.

22 октября 2013 года вступил в силу Федеральный закон о внесении изменений в ФЗ «О рекламе». Теперь реклама БАД в каждом случае должна сопровождаться предупреждением о том, что объект рекламирования не является лекарственным средством; вводится ответственность рекламодателя за нарушение в рекламе БАД (ранее была установлена ответственность рекламодателя). Нарушение требований к рекламе БАД выделяется как самостоятельный состав правонарушения, за которое устанавливается ответственность в виде административного штрафа.

Следует заметить, в случае с БАД (прежде всего в Интернет-изданиях) реклама нередко прямо противоречит закону. Например, она часто сопровождается демонстрацией благодарственных писем людей, «излечившихся» с помощью БАД от тяжелых болезней.

Закон РФ «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992 г. является наиболее важным правовым источником в сфере потребительского рынка. В соответствии со ст. 10 Закона информация о товарах (работах, услугах) должна содержать сведения об основных потребительских свойствах товаров. В отношении продуктов питания (включая БАД) должны указываться сведения о составе, назначении, условиях применения и хранения, дате и месте

изготовления, а также сведения о противопоказаниях для их применения при отдельных заболеваниях. Кроме того, в состав обязательной информации входят сведения о местонахождении (юридическом адресе) изготовителя (исполнителя). Отсутствие или неполнота информации о товаре, особенно в части, касающейся его безопасности и возможности использования, может рассматриваться как основание для запрещения реализации товара.

Непосредственный контроль над производством и оборотом БАД осуществляет Роспотребнадзор. Им и правоохранительными органами (Федеральной службой РФ по контролю за оборотом наркотиков и Министерством внутренних дел РФ) в 2004 году были подготовлены два документа под общим названием - «О взаимодействии при осуществлении надзора (контроля) за производством и оборотом БАД» [3, 4]. В документах указывалось на необходимость проведения следующих важных мероприятий: осуществления обмена информацией по вопросам производства и оборота БАД; проведения совместных проверок предприятий, производящих БАД и осуществляющих их оборот; выявление фальсифицированных и некачественных продуктов; информирование населения о выявленных фальсификатах.

В 2006 году с целью оптимизации профилактики правонарушений на рынке БАД Роспотребнадзор утвердил и внес в Единый реестр систем добровольной сертификации «Систему добровольной сертификации биологически активных добавок к пище, пищевых добавок и пищевых продуктов, полученных из генетически модифицированных источников» [5]. Добровольная сертификация позволила добросовестным производителям и распространителям БАД донести до потребителя реальную, соответствующую истине информацию о БАД, подтвердить качество продукции.

Розничная торговля БАД по распоряжению Главного санитарного врача РФ осуществляется через аптечные учреждения (аптеки, аптечные магазины, аптечные киоски), через специальные отделы продовольственных магазинов. В случае розничной торговли БАД должны сопровождаться свидетельством о государственной регистрации, декларацией соответствия и качественным удостоверением изготовителя. Удостоверение о качестве и безопасности БАД должно содержать наименование и адрес предприятия – изготовителя, наименование и вид продукта. Должна быть указана дата изготовления, масса (объем) партии, номер партии и дата отгрузки. Необходима информация о том, что по результатам испытаний продукт соответствует требованиям нормативных и технических документов. Должен быть назван срок годности (при необходимости), условия хранения. Обозначен стандарт (технические условия), в соответствии с которыми изготовлен продукт.

К наиболее распространенным нарушениям при производстве и обороте БАД справедливо можно отнести реализацию БАД без регистрационных удостоверений (или санитарно-эпидемиологических заключений) и удостоверений о качестве и безопасности. Несоответствие информации на этикетке требованиям действующего законодательства и несоответствие продукции по содержанию основных биологически активных веществ, заявленных производителем в технической документации, на этикетках - не менее часто встречающееся нарушение. Реклама БАД, условия их реализации – также являются объектом противоправных деяний производителей и распространителей БАД.

За нарушение требований к обороту БАД предусмотрена административная ответственность должностных лиц и аптечных учреждений, предусматривающая наказание в виде административных штрафов. В случае, если хранение, перевозка, сбыт товаров не отвечают требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, предусмотрена уголовная ответственность в виде штрафа до 30 000 руб. либо лишения свободы на срок до двух лет (ст.238 УК РФ).

Таким образом, в целом нормативно-правовая основа регулирования обращения БАД на потребительском рынке имеет преимущественно подзаконный (даже ведомственный) характер. Усиление законодательного уровня могло бы повлечь за собой формирование более действенных механизмов контроля за продвижением БАД на рынке продаж и юридической ответственности за правонарушения в этой области предпринимательской деятельности.

Литература:

1. Закон РСФСР о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения № 1034-1 от 19.04.1991 г. //Ведомости Съезда НДРСФСР и ВС РСФСР № 20 – 1991. – 16 мая, – ст.641, 642.

2. «Ежемесячный розничный аудит фармацевтического рынка РФ» DSM Group 2013 г. – Режим доступа: yandex.ru/clck/jsredir?from=yandex.ru...
3. О взаимодействии при осуществлении надзора (контроля) за производством и оборотом БАД: письмо Роспотребнадзора № 0100/1565-04-32 от 24.09.2004, Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) № ВЧ-3563 от 01.10.2004. //Новая аптека, № 12. – 2004.
4. О взаимодействии при осуществлении надзора (контроля) за производством и оборотом БАД: письмо Роспотребнадзора № 0100/1130-04-32 от 31.08.2004, Министерство внутренних дел РФ (МВД РФ) № 1/5333 от 17.08.2004 //Новая аптека, № 12. – 2004.
5. О системе добровольной сертификации биологически активных добавок к пище: письмо Роспотребнадзора № 0100/4776-06-32 от 26.04.2006 //Новая аптека, № 9, - 2006.
6. Федеральный закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов» № 29-ФЗ от 02.01.2000 г. (ред. от 19.07.2011 г.) //рос. Газ. №5.- 2000. – 10 января.
7. www.liveinternet.ru

МЕСТО БАД НА РЫНКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

О.Ф. Дудка, А.В. Чеснокова

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Актуальность данной работы обусловлена тем, что на современном этапе развития практического здравоохранения четкого разделения лекарственных препаратов и биологически активных добавок не существует. Устойчивое положение занимает тенденция к смешению лекарственных средств на натуральной (в первую очередь – растительной) основе и БАД. Несмотря на то, что законодательно определен статус БАД как пищевых продуктов, а не лекарственных средств, на практике постепенно сложилось его расширенное толкование, которое позволяет (потребителям, прежде всего) рассматривать БАД как продукты оздоровительные. Этому способствует и противоположная практика значительной части производителей БАД, которые, опуская важнейшую часть термина – «к пище», напрямую позиционируют их как лекарственные средства, обеспечивающие возможность излечения широкого круга заболеваний.

Четкая идентификация БАД на рынке лекарственных препаратов обеспечит условие для более эффективного их применения с целью восполнения жизненно важных питательных веществ, индивидуализации питания конкретного человека.

В подтверждение данной гипотезы определим основания для унификации БАД, выделения их в отдельную группу, не относящуюся ни к лекарственным средствам, ни к продуктам питания.

Законодательно на рынке фармацевтических средств имеются следующие группы препаратов: лекарственные средства; средства медицинского назначения; биологически активные добавки.

Потребление БАД в течение нескольких последних десятилетий во многих развитых странах привело к заметному снижению заболеваемости и увеличению продолжительности жизни населения. Академик В.А. Дадали убежден: «Сегодня большинство людей, вне зависимости от качества своего питания, имеют дефицит всех питательных веществ, и многих на 100%» [5]. По информации Министерства здравоохранения РФ дефицит йода наблюдается у 80% россиян; дефицит бета каротина – у 60% населения; дефицит витаминов группы В и фолиевой кислоты – у 80%; дефицит аскорбиновой кислоты – у 100% населения [2]. Доказано, регулярный и целенаправленный прием БАД помогает восполнить дефицит жизненно важных питательных веществ.

Традиционно БАД подразделяют на нутрицевтики и парафармацевтики. Нутрицевтики – биологически активные добавки к пище, применяемые для коррекции химического состава пищи человека (дополнительные источники нутриентов: белка, аминокислот, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон). Эту группу можно отнести к пище, т.к. она представлена естественными ее компонентами, физиологическая потребность и биологическая роль которых доказаны.

Парафармацевтики (от лат. «пара» - рядом, «фармацевтики» - лекарственные средства) – пищевые добавки, способные регулировать некоторые процессы в человеческом организме и применяемые с целью профилактики определенных заболеваний в качестве вспомогательной терапии в комплексе с лекарствами. В отличие от нутрицевтиков они гораздо ближе к лекарствам, т.к. обладают определенными фармакологическими эффектами и большинство содержащихся в них компонентов, присутствуют в составе лекарственных препаратов. Но в парафармацевтиках эти вещества не превышают терапевтическую дозу, поэтому при приеме этого типа добавок должны отсутствовать побочные реакции [1].

Главное отличие БАД и лекарственных препаратов представлено в таблице № 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика действия БАД и фармакологических препаратов

БАД	Фармакологические препараты
Специфичность действия	
Регуляция очень широкого спектра биохимических реакций и физиологических функций. Специфическое действие всегда сопровождается неспецифическими эффектами, благоприятными для здоровья.	Строго избирательное и узко специфическое действие. Неспецифические эффекты чаще всего проявляются токсическими или побочными реакциями.
Физиологичность действия	
Оздоровляющий эффект реализуется через физиологические механизмы.	Лечебный эффект в большинстве случаев реализуется с помощью нефизиологических и эволюционно нехарактерных механизмов.
Токсичность и побочные реакции	
Для большинства БАД токсичная доза отсутствует. В остальных случаях токсичные эффекты являются предсказуемыми и легко предотвращаются.	Для многих медикаментозных средств терапевтический коридор очень узок. Токсические реакции и передозировка случаются часто.
Взаимодействие с другими препаратами	
Взаимодействие с другими БАД в большинстве случаев характеризуется синергизмом и способствует максимальной эффективности.	Взаимодействие с другими фармацевтическими препаратами часто характеризуется антагонизмом, нивелированием терапевтического эффекта или усугублением токсических реакций (т.н. полипрагмазия).
Скорость достижения эффекта	
Эффект медленный, но продолжительный.	Эффект быстрый, но кратковременный (часто ценой токсических или побочных реакций)

Мы видим, что БАД рассчитаны на использование в принципиально иных, чем лекарственные средства целях – для профилактики и поддержки функциональной активности органов и систем человека. Они не могут полностью заменить пищу и не предназначены для лечения заболеваний [3]. БАД специфически поддерживают организм в физиологических пределах, то есть выступают как вспомогательные вещества в комплексной терапии. Они рекомендуются и используются как источники нутриентов, некоторых веществ и минералов, а лекарственные препараты применяют согласно показаниям к применению. Лекарственные средства содержат терапевтическую дозу действующего вещества, а БАД – физиологическую, при этом суточная доза БАД не превышает разовую терапевтическую. Употреблять БАД может любой человек, предварительно прочитавший инструкцию и ознакомившийся с противопоказаниями, лекарственные препараты принимаются строго по рецепту врача.

Свойства биодобавок можно разбить на три доказанных действия: во-первых, выведение из организма токсинов тяжелых металлов и чужеродных веществ; во-вторых, повышение неспецифической резистентности организма, укрепление иммунной системы человека; в-третьих, коррекция дефицита различных микроэлементов, которые только БАД к пище при правильном их использовании могут возместить.

В отличие от продуктов питания БАД обладают определенными фармакологическими эффектами (особенно парафармацевтики). Для БАД характерно использование традиционных

фармацевтических форм в виде порошков, таблеток, капсул, сиропов, экстрактов, настоев, концентратов. Для них существует регламентация режима приема, что совершенно неприменимо к пищевым продуктам. У большинства БАД имеется сопроводительная документация: аннотация, листовки, инструкции по применению.

Таким образом, названные выше характеристики позволяют выделить БАД в отдельную группу, не относящуюся ни к лекарственным средствам, ни к продуктам питания.

Следует заметить, в 2013 году в России темпы развития биологических добавок к пище (несмотря на повышение ответственности за их рекламу и ужесточение требований к производству) по-прежнему обгоняли темпы развития фармацевтического рынка в целом. По данным мониторинга фармацевтического рынка за 2013 год коммерческий рынок БАД в России вырос на 19,1% по сравнению с 2012 годом. Наибольшим спросом у покупателей в 2013 году пользовались отечественные добавки. Доля их продаж составила 63% от стоимостного объема и 83% от натурального, в отличие от лекарственных средств, на рынке которых преобладает импорт [4]. 2014 год проходит под знаком усиления конкуренции на рынке БАД.

Основными конкурентами на рынке БАД в г. Томске являются: ООО «Компания «Артлайф», Корпорация «Сибирское здоровье» (г. Новосибирск), ООО «Биолит», ООО «SibEX», ООО «Сибирская клетчатка», ООО «Дон», ООО «ИФАР». По ассортименту, производительности и доходности три первые названные организации осуществляют свою деятельность наиболее эффективно. Проектные мощности компании «Артлайф» позволяют ей производить 2 млн. единиц биокомплексов в год. Компания «Сибирское здоровье» имеет 431 центр обслуживания населения по России. ООО «Биолит» выпускает 300 наименований продукции. Прибыль организации по сравнению с 2011 годом (1858 млн. руб.) составила 8378 млн. руб.

Таким образом, адекватно позиционируя БАД на рынке лекарственных препаратов (это концентраты (композиции) натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, которые предназначены для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биологически активными веществами или их комплексами), производители и потребители биологически активных добавок найдут оптимальный путь каждый к своей цели. Производители – эффективное получение прибыли. Потребители – улучшение пищевого статуса, укрепление здоровья и профилактику ряда заболеваний.

Литература:

1. Гигиенические требования к качеству и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов. Санитарные правила и нормы. СанПиН 2.3.2.560-96: постановление Госкомсанэпиднадзора РФ №27 от 24.10.1996 г. - М.: Госкомсанэпиднадзор России, 1997.
2. О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов, развитию производства пищевых продуктов функционального и специализированного назначения: постановление Главного государственного санитарного врача РФ №31 от 14 июня 2013 г. // Рос. газета. – 2013. - № 6184 – 18 сент.
3. Пищевые продукты и пищевые добавки. Определение безопасности и эффективности биологических добавок к пище: Методические указания МУК 2.3.2.721-98 утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 15.10.1998 г. - М., Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава РФ, 1999.
4. Российское предпринимательское право /под ред. И.В. Ершова, Г.Д. Отнюкова. – М.: - Проспект, 2011. – 1072 с.
5. Чикин И.Е. Потребительский рынок Российской Федерации: значение и понятие / И.Е. Чикин //Юрист. – 2005. - №12.

ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ИССЛЕДОВАНИИ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.С. Иванова

*Национальный исследовательский Томский госуниверситет, г. Томск
Национальный исследовательский Томский политехнический университет, г. Томск*

Модернизация (или реформирование) системы здравоохранения является не только новой идеологией, но необходимостью, без которой невозможна адекватная реакция на вызовы, стоящие и перед обществом в целом, и здравоохранением, но главное перед системой менеджмента медицинской отрасли.

Изменения сферы здравоохранения становятся реальностью: появляются новые подходы к принятию решений и формированию бюджетов всех уровней с учетом приоритетности задач охраны здоровья населения, формируется новая нормативно-правовая база деятельности учреждений здравоохранения в условиях рыночной экономики и т.д.

Одной из социальных инноваций в данной отрасли, является проведение различного рода социальных обследований, которые позволяют выявить мнения (оценки) различных социальных групп (потребителей медицинских услуг) по отношению к медицинским учреждениям и медперсоналу, а также определить уровень удовлетворенности и отношение к нововведениям в медицине. На основе результатов социальных обследований формируется банк своевременной, достоверной информации, необходимой для принятия качественных управленческих решений в системе здравоохранения.

Ключевыми вопросами также остаются противоречия, касающиеся взаимодействия персонала учреждений здравоохранительной системы, запросы и ожидания тех (врачебный и технический персонал медицинской отрасли), кто воплощает в жизнь реформационные идеи, их социальное самочувствие, а также факторы социальной напряженности, конфликтов, разногласий между руководителями и персоналом лечебных учреждений. На данный перечень вопросов в качестве ответов могут выступать результаты социологических исследований. Неслучайно в перечне отраслей современной социологической науки появилась социология медицины и здоровья.

Следует отметить, что вопросы здоровья и болезни, медицины и здравоохранения давно находятся в центре внимания ученых социологов. Особенностью социологии здоровья является её междисциплинарный характер. Это подтверждается тем, что становление социологии медицины и здоровья тесно связано с достижениями как медицинских (социальная гигиена, организация здравоохранения) и социологических наук (социология семьи, социальная работа) так и психологии, антропологии и экономики [3].

Более того, дисциплина – медицинская социология, сформировалась как самостоятельная отрасль еще в 50-е годы 20 века в США, получив развитие в Англии. В итоге сложилось два основных подхода в интерпретации медицины. Первый рассматривал медицину с точки зрения ее инкорпорирования в структуру общества. Авторы второго – настаивали на «применении социологического подхода к осмыслению опыта, распространения лечения недуга с использованием модели образа жизни» [2. С. 54], т.е. использовании социологического инструментария (методов сбора и анализа информации) с дальнейшим их применением в практике управления и решения социальных проблем.

Ключевой проблематикой социологии медицины того периода являлось конструирование образа болезни, связи данного образа либо с аграрными, либо с индустриальными «паттернами болезни», а также выявление факторов, способствующих развитию разного рода заболеваний, увеличению смертности населения и т.д. Результатом данных размышлений являлась модель, в которой пациент выступал в роли пассивного объекта медицинского вмешательства, и для того, чтобы восстановить его здоровье требуется использовать медицинские технологии. Современное общество дало толчок для создания иной модели, иного подхода в медицине: «перенос внимания с изучения болезни на изучение человека» [1].

Возвращаясь к развитию социологии здоровья, особенностям сегодняшнего дня, следует отметить актуализацию вопросов изучения потребностей в здоровье, ресурсов здоровья и его перспектив, гарантирующего сохранность общественной ценности – здоровья» [1]. Пытаясь выделить индивидуальное и общественное здоровье в качестве предмета социологической отрасли, социологи исследуют комплекс факторов, связанных с трудом, бытом, отдыхом,

образом жизни, способствующих укреплению (или разрушению) здоровья индивида. Есть запрос на «социальную обусловленность здоровья населения; социальные функции, структуры организации здравоохранения и медицины, роль здоровья в функционировании и развитии общества, в формировании и жизнедеятельности индивида" [4. С. 296]. Еще одной инновацией в исследовательской тематике является изучение превентивного поведения, интерпретируемого в категориях мотивов, установок индивида по отношению к своим социальным практикам, обуславливающим здоровое поведение, здоровый образ жизни.

В чем же ценность социологического анализа для системы менеджмента здравоохранения? Последние исследования в области управления организацией показали, что из-за подвижности и неустойчивости взаимоотношений между руководителем и подчиненным могут возникать такие формы организационных патологий, в результате которых утрачивается контроль со стороны управленцев [5]. Так, социологические обследования могут позволить ответить на вопросы: с какого же момента отношения между руководителем и подчиненным становятся патологическими? Почему структурный конфликт насыщается личностным содержанием, когда в него вовлекаются индивидуальные, групповые амбиции, предубеждения и обнаруживаются взаимные претензии? Какова зависимость между уровнем взаимопонимания работника с начальством и его ожиданиями, оценками и социальным самочувствием? Существует ли диалог между руководителем и персоналом медучреждения? Каков «административный климат» в учреждениях здравоохранения, т.е. пространство отношений «руководитель-подчиненный»? [3].

Общий вывод: социологические обследования, предоставляют информацию не только в области изучения общественного мнения функционирования системы здравоохранения, но могут позволить описать некоторые детали общей картины функционирования медицинских учреждений, которые не заметны для обычного взгляда, а также выявить вероятностные соотношения различных индикаторов, позволяющих строить предположения о возможных причинах неосуществления реформ.

Вероятно, возможность перехода из сегодняшней ситуации «в завтра» связана с тем, что менеджменту системы здравоохранения необходимо обращать внимание не только на, так называемые, «жесткие методы управления», но и на «мягкие», связанные с учетом социального самочувствия сотрудников медучреждений; с возможностью выстраивания диалога персонала с руководством, в котором содержится необходимый потенциал, способный подготовить персонал к инновациям [3].

Литература:

1. Верминенко Ю.В. «Социологическая интерпретация здоровья». http://www.socprob.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=53:2012-01-19-15-27-01&catid=34:-q-q-2008-1
2. Дмитриева Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья // СОЦИС. – 2003. - №11. – С.51-56.
3. Иванова В.С. Реформы здравоохранения: ожидания медперсонала // Вестн. Том. гос. ун-та. Сер. Философия. Социология. Политология. – Томск. – 2012. – № 4(20). – Вып. 1. – С. 143-151.
4. Михель Д.В. Социальная история медицины: становление и проблематика // Журнал исследований социальной политики. – 2009. – Т.3.- № 3. – С.295-313.
5. Пригожин А.И. Современная социология организаций. Учебник. – М.:ИНТЕРПРАКС, 1995. – 296 с.

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Г.И. Болтромюк

*Медицинский колледж железнодорожного транспорта, г. Иркутск
ФГБОУ ВПО «Иркутский государственный университет путей сообщения», г. Иркутск*

В условиях глобальных политических и социально-экономических изменений в России остро обозначаются подлинные ценности: жизнь и здоровье человека. Серьезную тревогу вызывает состояния здоровья молодого поколения.

Анализ современного состояния здоровья студентов медицинского колледжа свидетельствует о его снижении, при этом отмечается тенденция увеличения числа студентов с хроническими заболеваниями, у большинства студентов снижена адаптация к факторам внешней среды, происходит снижение иммунитета, работоспособности. Тревогу вызывает недостаточное развитие у молодых людей мотивации здорового образа жизни (ЗОЖ). *Так, 12,2% не ведут ЗОЖ, 52,9% ведут ЗОЖ от случая к случаю, 32,4% студентов стараются придерживаться ЗОЖ для достижения собственного благополучия и лишь 2,5% ведут здоровый образ жизни и стараются пропагандировать его в предстоящей профессиональной деятельности.* Фундамент мотивации к здоровому образу жизни человека закладывается в семье и корректируется во время образовательного деятельности, в том числе в процессе приобщении к профессиональной деятельности.

Обучение связано с такими факторами риска как информационная перегруженность, напряжение опорно-двигательного аппарата, зрительного анализатора, нерегулярное, несбалансированное питание, психоэмоциональное напряжение, связанное с адаптацией в новом коллективе, экзаменами, зачетами и т.п.

В последнее время выделяют такие дополнительные факторы, как несовершенная организация учебной деятельности, неоправданное увеличение объема информации, авторитарно-репродуктивная система обучения, несоответствие условий для использования технических средств обучения стандартным требованиям, недостаточный уровень культуры здоровья студентов и валеологической компетентности педагогов. Комплексное воздействие неблагоприятных факторов образовательного процесса приводят к возникновению функциональных расстройств и хронической патологии. Следовательно, проблема здоровьесбережения в образовательной организации не только медицинская, но и педагогическая.

Учитывая состояние здоровья студентов, и опираясь на регламентирующие документы, возникает необходимость формирования в образовательной организации единого здоровьесберегающего пространства.

Встает необходимость решение следующих задач:

- Создание информационного пространства здоровьесберегающей среды.
- Выявление уровня состояния здоровья и отношения к здоровому образу жизни студентов колледжа.
- Формирование ценностных ориентации, мотивации и внутренних побудительных стимулов к оздоровительной деятельности и здоровому образу жизни (формирование имиджа здорового человека).
- Интеграция здоровьесберегающего образования через систему междисциплинарных связей.
- Формирование профессиональной грамотности, направленной на профилактическую медицину.
- Экологизация учебного процесса.

Здоровьесберегающие педагогические технологии представляют собой процесс, при котором происходит педагогическое воздействие на студента с использованием научно-обоснованных здоровьесберегающих форм, средств и методов обучения. Применение системы здоровьесберегающих педагогических технологий освободит педагога от произвольности в настроении и даст возможность двигаться к прогнозируемому конечному результату при строгой обоснованности каждого компонента и этапа процесса обучения.

Направления реализации здоровьесберегающих педагогических технологий в учебно-воспитательном процессе:

- организация образовательной деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья студентов, формирование потребности в здоровом образе жизни;
- совершенствование содержания образования, направленное на формирование знаний и умений здорового образа жизни и профессиональной грамотности профилактической медицины.

Первое направление - здоровьесберегающая организация образовательной деятельности, включает в себя:

- оптимальное построение учебного процесса и занятий, обеспечивающее адекватное восстановление сил;
- соблюдение санитарно-гигиенических нормативов способствующих повышению работоспособности студентов;

- развитие мотивации обучения и ведения здорового образа жизни;
- использование научно-обоснованных здоровьесберегающих средств и методов обучения, контроля знаний и умений;
- создание благоприятного психологического микроклимата;
- создание учебно-методических комплексов учебных дисциплин и профессиональных модулей с акцентом ЗОЖ;
- использование творческих форм проведения занятий;
- осознание успешности обучения и педагогического труда.

Второе направление - валеологическое содержание образования реализуется через:

- инвариантную часть программы подготовки специалистов среднего звена – подчеркиванием важности изучаемых тем в сохранении здоровья человека
- вариативная часть программы подготовки специалистов среднего звена – внесение дополнительных тем по здоровьесбережению в учебные дисциплины и профессиональные модули;
- предметные кружки и спортивные секции, направленные на здоровьесбережение;
- методическое обеспечение образовательного процесса, содержащее аспекты здорового образа жизни.

Применение здоровьесберегающих технологий предполагает активизацию междисциплинарной интеграции знаний здорового образа жизни, проблемное построение обучения (организацию обучения путем самостоятельного добывания знаний в процессе решения учебных задач).

Формирование здоровьесберегающего пространства образовательной организации реализуется по следующим направлениям:

1. Развитие мотивации здоровьесбережения и здорового образа жизни.
2. Организация образовательной деятельности.
3. Состояние комфортного психологического микроклимата на занятиях.
4. Санитарно-гигиенические мероприятия.
5. Коррекция психического и физического здоровья.

Получение положительных результатов по формированию здорового образа жизни студентов возможно только при построении целостной системы, включающей в себя комплекс учебных и воспитательных мероприятий, а также систематическое проведение физкультурных пауз во время занятий. К ним относят комплекс упражнений для профилактики зрительного утомления, физкультурных пауз общетонизирующего воздействия на организм.

Примером является комплекс упражнений для физкультурной паузы.

Она проводится через 3-4 часа умственной работы в первой и второй половине дня, в течение 5 минут (количество выполняемых упражнений комбинируется).

Цель:

1. Профилактика утомления и застойных явлений в органах брюшной, тазовой областей, нижних конечностях.
2. Активизация кровообращения периферического кровообращения.
3. Поддержание общей работоспособности организма.
4. Повышение эмоционального состояния.

Примерный комплекс упражнений

Упражнение 1 И. п. - Основная стойка (о. с. - стоя ноги вместе, руки вдоль тела). Руки вверх кисти в "замок", потянуться на носках - вдох; вернуться в и. п. - выдох. Повторить 3-4 раза.

Упражнение 2 И. п. - о. с. Повороты головы в лево, в право. Темп средний, повторить 6-8 раз.

Упражнение 3 И. п. - о. с. Сильно зажмурить глаза на 3-5 секунд, открыть на 3-5 секунд. Повторить 6-8 раз.

Упражнение 4 И. п. - стоя, кисти к плечам. Круговые вращения рук назад - 4 раза; вперед - 4 раза. Повторить по 2-3 серии.

Упражнение 5 И. п. - стоя, руки на поясе. Поднять голову вверх - глубокий вдох; опустить подбородок на грудь - выдох. Повторить 3-4 раза.

Упражнение 6 И. п. - стоя, руки вперед. Энергичное сгибание и разгибание пальцев кистей, 10-12 раз.

Упражнение 7 И. п. - о. с. Потряхивание рук. 15-25 секунд.

Упражнение 8 И. п. - стоя, ноги врозь, руки на пояс. Поворот туловища влево - выдох, вернуться в и. п. - вдох; тоже в правую сторону. Повторить 6-8 раз.

Упражнение 9 И. п. - стоя, ноги врозь, руки на пояс. Наклон туловища вперед, прогнуться в спине - выдох; вернуться в и. п. - вдох. Повторить 5-6 раз.

Упражнение 10 И. п. - стоя, ноги врозь, руки на пояс. Прогнуться назад, посмотреть вверх - вдох; вернуться в и. п. - выдох. Повторить 6-8 раз.

Упражнение 11 И. п. - о. с. Ходьба на месте, 30 секунд или И. п. - стоя, руки на пояс. Полуприседания в сочетании с дыханием (выдох при полуприседании) 8-10 раз.

Упражнение 12 И. п. - стоя, руки на пояс. Локти отвести назад, прогнуться -вдох; свести локти вперед - выдох. Повторить 4-5 раз.

Упражнение 13 И. п. - стоя, ноги вместе, руки на пояс. Перекаты с пятки на носок с напряжением икроножных мышц. Повторить 10-12 раз.

Упражнение 14 И. п. - ноги врозь, руки на пояс. Руки вверх, потянуться за руками - вдох, И.п. - выдох. Повторить 3-4 раз.

Целенаправленный систематический подход к формированию здорового образа жизни мотивирует поведение молодого поколения к осознанию важности и необходимости сохранения своего здоровья.

Литература:

1. Комплекс идей и научных положений, обусловленных парадигмой здравотворчества, концепций ЗОЖ (Ф.Ф. Харисов, Н.М.Амосов, И.И.Брехман, В.П.Казначеев, Ю.П.Лисицын, В.П. Петленко, Г.Л.Апанасенко).
2. Борщенко И. Умный позвоночник. Москва. 2011 г.
3. Брэтмен С. Нетрадиционная медицина. Плюсы и минусы двадцати методов лечения. СПб: Питер, 1997

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ – ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВСЕГО ОБЩЕСТВА

Т.В. Михайлова¹, Л.А. Мочалина²

Центр лечебно-психологической помощи - структурное подразделение ОГБУЗ ТКПБ, г. Томск, ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Здоровье населения, в том числе психическое, является одним из основных показателей благосостояния всего общества и отражает его как экономическое, так и социальное благополучие.

Психическое здоровье - это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Психические болезни представляют серьезный вызов глобальному всемирному здоровью. Необходимо отметить, что во всем мире множество людей с психическими расстройствами испытывают значительные трудности в силу своей болезни и становятся мишенью для несправедливой дискриминации (стигматизация).

В последнее десятилетие усилия многих психиатров и организаторов здравоохранения направлены на решение вопроса о том, какой должна быть современная система психиатрической помощи и как снизить риск заболеваемости, а также саму заболеваемость психическими расстройствами, какие должны быть усовершенствованные профилактические и реабилитационные мероприятия.

В современных условиях в большей части регионов России наблюдается увеличение числа психических расстройств среди населения, и эта тенденция является весьма устойчивой. Наиболее распространенными заболеваниями являются: депрессии, тревожные расстройства, нарушения в связи со злоупотреблением психоактивными веществами. Предполагается, что такие факторы, как семейное и социальное неблагополучие, конфликты, теракты, бедность, безработица, вынужденное переселение и др., приводят к росту психических и неврологических расстройств.

По данным ВОЗ в специальных исследованиях, распространенность основных форм психических заболеваний возрастает каждые десять лет на 10-15%. В лечебные учреждения нашей страны ежегодно обращаются за психиатрической и наркологической помощью более 7,8 миллионов человек, что составляет - 5% от населения России. В последние годы продолжается рост показателя как впервые выявленные, так и в общей заболеваемости психическими расстройствами. При этом в диагностической структуре контингентов психически больных преобладают непсихотические психические расстройства (50,3%); психозы и состояния слабоумия составляют 26%, умственная отсталость 23,7. Следует отметить, что число инвалидов с психическими расстройствами постоянно увеличивается и составляет в среднем 10% от общей численности инвалидов (89% от всех инвалидов по психическим заболеваниям составляют инвалиды I-II групп, а 95%- лица моложе 40 лет). Доля освобожденных от службы в армии по психическим расстройствам составляет 18.5%. Все эти цифры указывают на необходимость развития психиатрической службы страны в новых направлениях. Все выше указанные проблемы психического здоровья населения так же являются актуальными и для Томской области.

Проводя анализ сравнения заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения с впервые в жизни установленным диагнозом (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) можно отметить, что на протяжении последних пяти лет (2009-2013гг.) уровень заболеваемости по Томской области значительно выше чем общероссийские показатели (рис. 1).

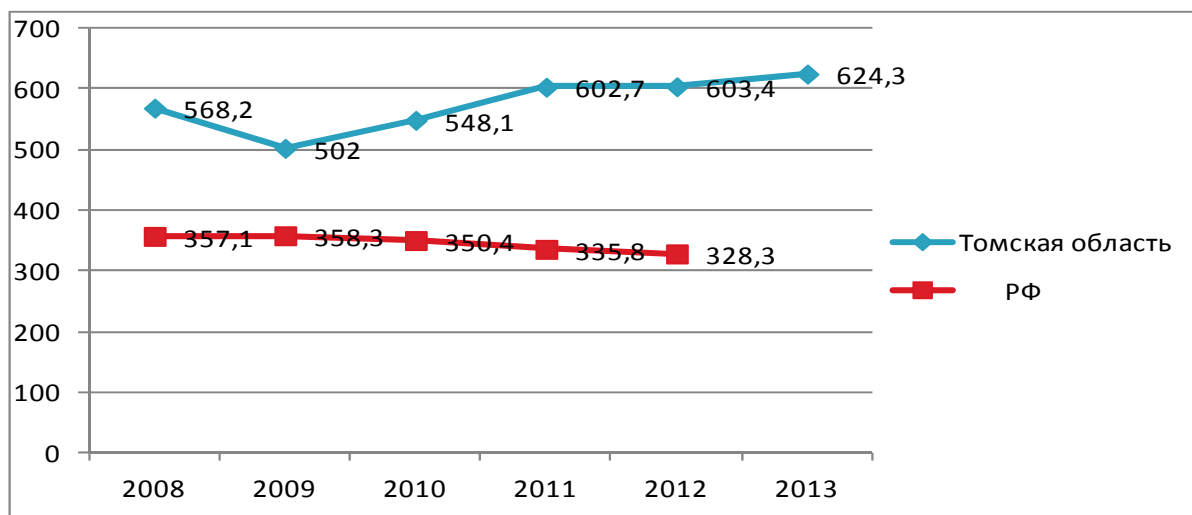


Рис. 1. Сравнительная характеристика заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, с впервые в жизни установленным диагнозом по Томской области и РФ (показатель на 100000 населения) за период 2009-2013гг.

При более детальном анализе заболеваемости мы можем сказать о том, что отмечается рост показателей впервые выявленной заболеваемости психическими расстройствами и приоритет двух возрастных категорий: подростки и взрослые. В динамике с 2009 -2013гг. лидирует заболеваемость, впервые выявленная в подростковой категории, число больных составило в 2009г - 855,6 на 100 тыс. населения и увеличилось по сравнению в 2013г на 327 человек (1182,7 на 100 тыс. нас.). Активное выявление данной категории увеличивается с возрастом, происходит в процессе работы медико-педагогических и призывных комиссий. Среди взрослой категории населения впервые выявленная заболеваемость выросла на 190,2 в 2013г. (493,3 на 100 тыс. нас) по сравнению с 2009 г. (303,1 на 100 тыс. нас.). Данный рост может быть связан с повышением доступности медицинской помощи и улучшением качества оказания медицинской помощи населению, с длительностью существования психиатрической службы, а так же, с проведением масштабной диспансеризации отдельных групп взрослого населения по Томской области (рис. 2).

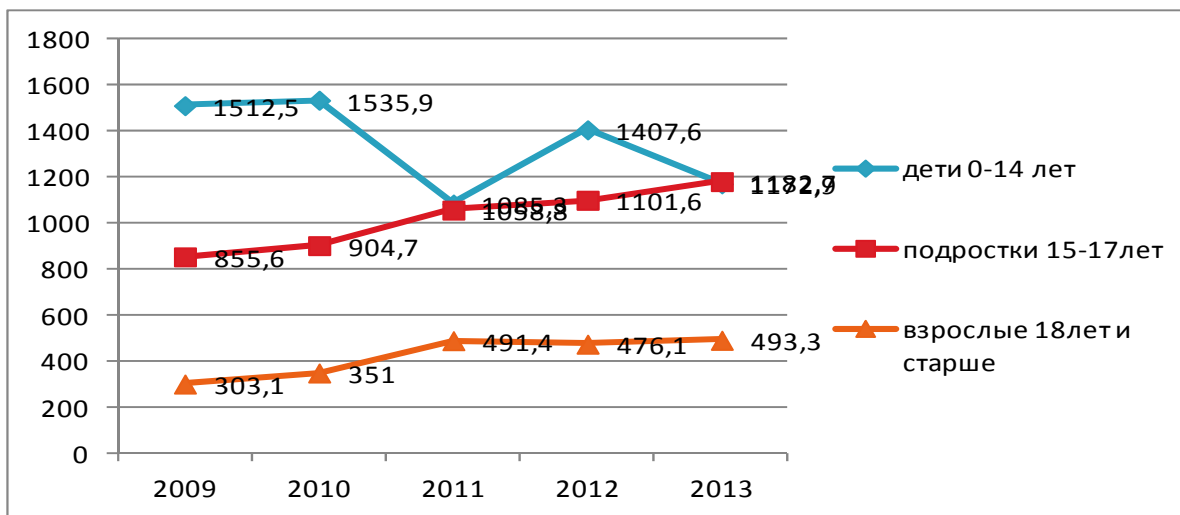


Рис. 2. Динамика впервые выявленной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в Томской области (2009-2013гг. на 100000 нас.)

При оценке состояния психиатрической помощи населению важное значение имеет показатель инвалидности вследствие психических расстройств. Количество инвалидов на протяжении последних лет растет, как на территории Томской области, так и в России в целом. 10% инвалидов в Российской Федерации - инвалиды с психическими расстройствами

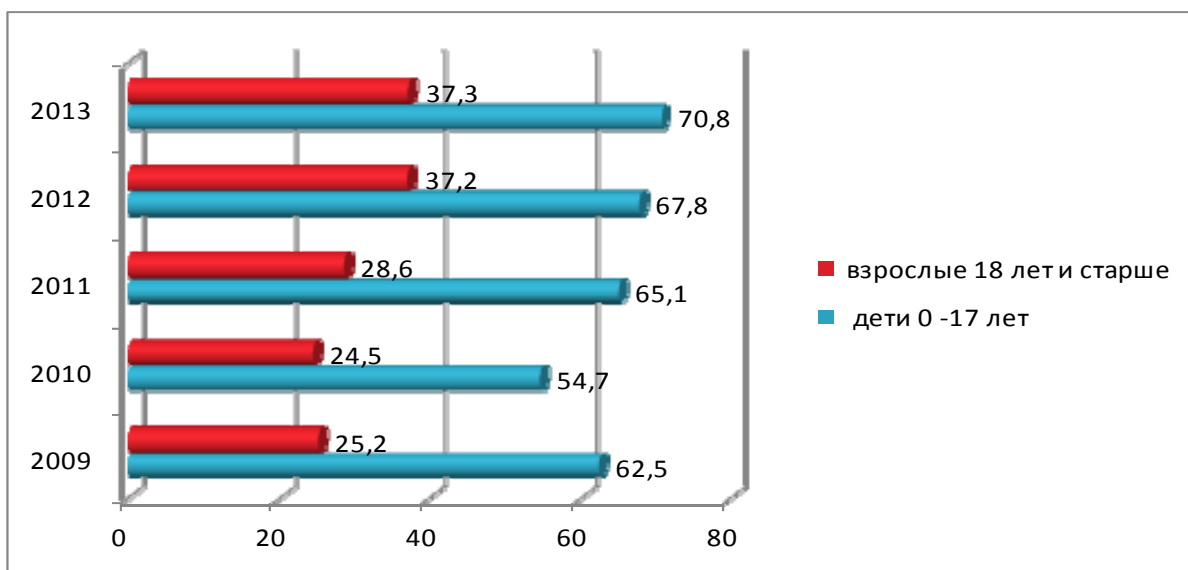


Рис. 3. Динамика впервые выявленной инвалидности психическими расстройствами и расстройствами поведения в Томской области (2009 -2013гг. на 100000 нас.)

Стойкий рост впервые выявленной инвалидности регистрируется среди взрослого и подросткового населения. Особенно хотелось бы отметить возрастную группу - взрослые (18 лет и старше) в которую, входят лица активного трудоспособного возраста, обуславливающие экономическое благополучие Томской области; ухудшение психического состояния здоровья населения репродуктивного возраста, что во-первых, увеличивает вероятность возникновения наследственной психической патологии, во –вторых, снижает качество социальных условий рождения и личностного формирования детей.

В настоящее время из общего числа больных, которые находятся под наблюдением у врачей-психиатров каждый четвертый является инвалидом по психическому заболеванию. Хотелось бы упомянуть основные причины повлекшие за собой инвалидизацию: неблагоприятные социально – экономические условия, рост безработицы как среди населения в целом, так в еще большей степени среди больных психическими заболеваниями. Из-за

снижения адаптивных возможностей в силу заболевания, больные не могут трудоустроиться после увольнения, а если удастся трудоустроиться, то они не могут адаптироваться к новым условиям труда и снова остаются без работы. Материальное положение их таково, что единственным условием существования данной группы больных и их семей является выход на инвалидность и получение пособий по инвалидности (пенсии). Необходимо упомянуть еще одну причину повлекшую, рост числа обращений в МСЭ для признания психически больными инвалидами – расширение перечня бесплатных дорогостоящих лекарственных препаратов (входящих в ДЛО).

Многие пациенты при впервые выявленной инвалидности понимают, что их статус изменился и им тяжело этот факт принять и смириться. Таким образом, основной концепцией развития психиатрической службы в г. Томске в современных условиях является дальнейшее совершенствование и внедрение в практику психосоциальной реабилитации, как для первичных инвалидов, так и для инвалидов, которые имеют бессрочную группу. Психосоциальная реабилитация - восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегию совладения с остаточной психотической симптоматикой и пр.) у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в обществе. Речь идет о применении различных форм и методов, данной реабилитации направленных на восстановление потенциала самого пациента, что делает возможным его усилия для достижения более полного или равного с другими положением в обществе. Реабилитация психически больных имеет свои особенности, которые связаны в первую очередь с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Личность больного в целом, его социальные связи страдают с самого начала психического заболевания. Одна из типичных целей психосоциальной работы является предупреждение повторных обострений и регоспитализаций. Развитие реабилитационных мероприятий в области психиатрической службы заложено в государственной программе РФ, направленной на развитие здравоохранения.

Вывод: Все это указывает на необходимость дальнейшего развития психиатрической службы Томской области в новых направлениях. Психиатрическая служба в Томской области развивается в рамках реализации приоритетного национального проекта в области здравоохранения, ключевое место в котором отводится региональным моделям оказания психиатрической помощи населению.

Лица, страдающие психическими расстройствами, наиболее уязвимы и не защищены в обществе с жесткой конкуренцией на рынке труда и безработицей. Необходимо помнить, что, низкий уровень психического здоровья отрицательно влияет на интеллектуальный потенциал нации, социально – экономическое состояние общества, обороноспособность страны и развитие производительных сил. Вопросы охраны и укрепления психического здоровья как томичей, так и россиян в целом, разрешаемы с позиции раннего выявления и предупреждения, основных нервно – психических расстройств, являются на современном этапе развития общества основополагающими для научной медицины и практического здравоохранения. Все это объясняет необходимость внимания к проблемам психического здоровья не только со стороны работников здравоохранения, но и со стороны общественности и представителей властных структур, так как психиатрическая помощь официально считается социально значимой.

Рекомендации

Проведенное нами исследование позволило проанализировать и выявить потребность населения Томской области в конкретном направлении психиатрической помощи. Актуальным и востребованным ставит вопрос о создании психотерапевтической службы на базе Центра лечебно – психологической помощи. Для организации данной службы необходимы следующие штатные специалисты: психотерапевты, врач-психиатр первичного эпизода, психологи - занимающиеся тренингами. Нужны следующие структурные подразделения данной службы: кабинет психологической разгрузки, кабинет социально-психологической помощи, психологической консультации, психопрофилактика, психогигиена, защита от стрессов и нервно – психических нагрузках (тренинги). В структуру данной службы необходимо, чтобы входил «телефон доверия» который, ориентирован на психологическую помощь населения не только населению г. Томска, но и Томской области и предназначенный для профилактической консультативной помощи. По телефону обращающимся давали бы квалифицированную

помощь с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий, так же помощь в кризисных ситуациях производственного, учебного или семейного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями.

Необходимым является разработать и внедрить психопрофилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению психического здоровья, пациентов первичного эпизода, чтобы у данной группы населения была альтернатива при обращении за квалифицированной медицинской помощью. И эта помощь начиналась бы не обязательно с фармакотерапии. Пациенты первичного эпизода с такими диагнозами как: пограничные психические расстройства, невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, не приобретали затяжной и прогрессирующий характер и тем самым не увеличивали бы рост первичной заболеваемости. В психиатрическую службу области необходимо активно дальше внедрять новые формы организации помощи и методы работы, включающие психотерапевтические и психосоциальные компоненты. На наш взгляд необходимо сделать психотерапию обязательной, повседневной составной частью ежедневной психиатрической практики.

Литература:

1. Букреева Н.Д. Организация деятельности психиатрических и психоневрологических учреждений с использованием современных методов управления, планирования и финансирования: методические рекомендации / Н.Д. Букреева, Б.А. Казаковцев. - М., 2011. - 33с.
2. Чуркин А.А. Состояние психиатрической службы в Российской Федерации в 2012г. / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал. - 2013. - №5. - С.36-42.
3. Чуркин А.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2012г. / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Российский психиатрический журнал - 2013. - № 4.
4. Сборник основных показателей психиатрической службы Томской области за 2013г.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК СРЕДСТВО ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

В.В. Орлова

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Инновационная парадигма современного образования включает инновацию как способ воспроизводства образования, инновационность как качество профессионально-педагогической культуры и инноваторство как личностную и профессиональную ценности. Основой инновационной парадигмы выступает концепция непрерывного образования. Непрерывность образования воспроизводится в традициях, передаче идейно-педагогического опыта старшего поколения акторам образования, которые действуют инновационно, если традиция способствует инновации или сохранение традиции связано с внедрением определенных инноваций. В образовании, как социально-воспроизводственной системе, традиции выполняют конституирующую и интегративную функции, поэтому инновации вступают в соперничество с традициями, вызывая либо состояние «компромисса», замещения традиций или возвращения к прежнему. **Социальный эффект** связан с обеспечением качественного практико-ориентируемого образования, с созданием мощной инновационной образовательной среды. В новом законе «Об образовании в Российской Федерации» целая статья посвящена экспериментальной и инновационной деятельности в сфере образования (статья 20) [1]. Все это приводит к тому, что университет должен быть инновационным. Необходимо отметить, что инновационный потенциал организации — это мера готовности выполнить задачи, обеспечивающие достижение поставленной инновационной цели, то есть мера готовности к реализации проекта или программы инновационных стратегических изменений.

Реализуемая в Томской области модель инновационного развития объединяет в цельную цепочку ключевые элементы инновационной системы области: университеты, вузовскую и академическую науку, инновационные предприятия и промышленные площадки. По данным обследования Росстата в Томской области, 11,8% всех организаций осуществляют технологические инновации, данный показатель является одним из самых высоких среди регионов АИРР (Ассоциации инновационных регионов России). Показателем,

характеризующим активность инновационной деятельности, является число созданных передовых производственных технологий в расчете на 1 млн человек экономически активного населения (ЭАН). По результатам исследования «Рейтинг инновационных регионов России для целей мониторинга и управления» лидером по уровню инновационного развития является г. Санкт-Петербург, за ним с небольшим отрывом следует г. Москва. Среди регионов АИРР лидирует Республика Татарстан, которая занимает третье место в России после двух столиц. В число сильных инноваторов вошли также такие регионы АИРР, как Томская область (6 место), Самарская область (8 место), Пермский край (9 место), Калужская область (11 место). В данных регионах значение индикатора инновационного развития минимум на треть выше среднероссийского уровня

Таблица 1

Ранг	Регион	Значение индикатора	% от среднего показателя	Группа	Изменение ранга по сравнению с версией 2013-1.0	СПРАВОЧНО: ВЕРСИЯ 2013-1.0	
						ранг	группа (если изменилась)
1	г. Санкт-Петербург	0.66	182%	СИЛЬНЫЕ ИННОВАТОРЫ	0	1	-
2	г. Москва	0.63	173%		0	2	-
3	Республика Татарстан	0.56	154%		1	4	-
4	Нижегородская область	0.56	154%		-1	3	-
5	Ярославская область	0.53	145%		3	8	-
6	Томская область	0.52	141%		-1	5	-
7	Московская область	0.50	137%		0	7	-
8	Самарская область	0.50	137%		-2	6	-
9	Пермский край	0.49	134%		1	10	-
10	Тульская область	0.49	134%		8	18	средне-сильные
11	Калужская область	0.47	130%		0	11	-

По результатам «Рейтинг инновационных регионов России для целей мониторинга и управления» 12. 2013 г. (версия 2013-2.0)

Взаимодействие между научно-исследовательскими учреждениями и промышленностью осуществляется за счет формирования региональных инновационных и промышленных кластеров. В Томской области осуществляются кластерные инициативы в области фармацевтики и медицинской технологии, информационной технологии, твердотельной СВЧ-электроники, фторидной технологии и др. Успешная коммерциализация научной разработки возможна при эффективном взаимодействии научно-исследовательских и образовательных организаций, предприятий, а также поставщиков оборудования, комплектующих, специализированных производственных и сервисных услуг в рамках инновационных кластеров.

Инновационный потенциал в образовательном пространстве выступает, в первую очередь, как совокупность интеллектуальных, профессиональных и креативных ресурсов. Модернизация образования направлена на регулирование и планируемость инноваций, связанных с формированием инновационного климата, новациями в образовании и появлении инновационных групп, трансформация определяет «перестановку» акцентов в инновационности, выявляет социальные завышенные ожидания и вытеснение из инновационных процессов большинства акторов образования. Инновация в контексте модернизации предполагает социальную диффузию, а трансформационный процесс включает конкуренцию «планируемых» и «спонтанных» инноваций, осуществляемых в нерелексивных социальных практиках.

Ключевые характеристики, формирующие инновационный потенциал и «образ инновационного образовательного учреждения», это конкурентоспособность. То есть, университет способен к интеграции разных образовательных программ, способен к «экспорту» образовательных услуг и имеет спрос на эти услуги, обеспечен компетентными кадрами, реализует возможности корпоративного обучения. Кроме того, образовательное учреждение должно играть активную роль в образовательном пространстве города, страны, наличие

устойчивых связей с внешними, в том числе и иностранными, партнерами. Успешность осуществления инновационной деятельности в вузе зависит от множества различных факторов, которые в разной степени влияют на отдельные компоненты ИД, на ее интенсивность и результативность. В условиях высокой конкуренции на томском рынке вузам приходится изыскивать новые способы обеспечения устойчивых конкурентных преимуществ, источником которых являются ключевые компетенции и отличительные способности вуза, в том числе – эффективная реализация университетом инновационной деятельности.

Использование основных принципов и положений системной теории позволяет выделить четыре основных критерия конкурентоспособности:

- 1) конкурентоспособность ресурсов вуза;
- 2) конкурентоспособность результатов функционирования вуза;
- 3) конкурентоспособность среды;
- 4) конкурентоспособность процессов.

Указанные критерии использовались для формирования системы показателей (объективных и субъективных), позволяющих оценить вклад инновационной составляющей в конкурентоспособность вуза. Такая характеристика образовательного учреждения как безопасность, комфортность раскрывается наличием здоровьесберегающих, с полным инфраструктурным пакетом (медицина, питание, спорт, медиатека, психолого-педагогическое сопровождение, информационный центр и прочее), открыто участию научных, профессиональных сообществ, общественности.

Инновации в образовании характеризуются «локальным взаимодействием», что определяет «лоскутность», неравномерность образования или продуцирования демонстрационного эффекта. В отличие от экономических и технологических инноваций, инновации в образовании зависят от субъективного восприятия индивида, инновационного потенциала образовательных программ и возможной эффективности переноса инноваций в социальную сферу. В качестве интегративного критерия эффективности может выступать социально - образовательная ценность инновации, содержащая в себе следующие индикаторы: степень изменения эффективности образовательного и педагогического процессов с ориентацией на перспективы общественного развития; профессионально-педагогический и социальный объём преобразований; степень профессионально-педагогического и социального воспроизводства (широта круга потребителей и скорость распространения).

Именно этот критерий охватывает результативность инновации, достигаемую только по завершении полного жизненного цикла, удерживая при этом и содержательность и предметность инновационного процесса. Он же позволяет более точно определить предварительные условия реализации инновационного действия, которые и составляют инновационный потенциал.

Инновационное образовательное учреждение ведет инновационную деятельность, то есть разрабатывает и использует новые образовательные технологии, новые программы и методики, которые ведут к новым образовательным результатам. При этом инновационный университет является не только обучающей, но и обучающейся организацией, осуществляющей внутрикорпоративное обучение, диссеминацию передового педагогического опыта.

Одним из значимых факторов, стимулирующих развитие статических партнерств, является интенсивность конкуренции образовательных учреждений на профильных рынках, в рамках исследования был рассмотрен конкурентный контекст формирования сетевых взаимосвязей.

Сегодня вузы сталкиваются с наиболее интенсивной конкуренцией на профильных рынках высшего и дополнительного профессионального образования, а также рынке НИОКР. В то же время по данным ФОМ, (опрос 2014г. об оценке процессов формирования и развития стратегических партнерств на основе кластерных проектов с участием ведущих инженерных вузов в 2014 году, а также данные экспертных оценок указанных выше процессов, отмечается, что на рынке труда их выпускники сталкиваются со средней конкуренцией, а наименее конкурентным (относительно других рынков) является рынок конкуренции вуза за научно-педагогические кадры на рынке труда.

Полученные данные позволяют сделать предположение, что сферами наиболее активного взаимодействия вузов в рамках формирования и развития стратегических партнерств должны стать непрерывное образование и НИОКР.

Помимо уровня конкуренции на профильных рынках, ключевым фактором, определяющим целесообразность и перспективы развития стратегических партнерств, является конкурентоспособность вуза на данных рынках. В рамках настоящего исследования сравнительный анализ уровня конкуренции вузов и их конкурентоспособности был проведен для рынка высшего профессионального образования (ВПО), рынка дополнительного профессионального образования (ДПО), рынка НИР и ОКР, рынка трудоустройства выпускников, рынок труда научно-педагогических работников. Можно утверждать, что формирование стратегических партнерств происходит в условиях наличия у образовательного учреждения конкурентных преимуществ в области основного бизнес-процесса, однако для дальнейшего развития данного преимущества в условиях высокой конкуренции инструмент формирования стратегического партнерства является весьма востребованным. Можно также отметить, что значимая доля респондентов (около 20%) отметила отсутствие у их организаций конкурентных преимуществ на профильном рынке ВПО, что делает развитие стратегического партнерства основным инструментом создания таковых преимуществ. Установка на системные инновации, как процесс преднамеренной адаптации к структурным изменениям, означает внедрение инноваций под влиянием внешних вызовов и разделение акторов образования на активное меньшинство и «инертное большинство» по отношению к инновациям. В классической социологии инновации сопряжены с компенсаторным эффектом, как качества «восстановления» и резистентности системы, в то время как теория «человеческих ресурсов» предполагает, что инновация относится к спонтанной деятельности в процессе рефлексивного мониторинга системных изменений. Эффективность инновационных изменений предопределяется инновационным потенциалом, включающим в себя инновационную готовность, инновационную способность и инновационную возможность.

Литература:

1. Закон «Об образовании в Российской Федерации» // Режим доступа: <http://минобрнауки.рф/документы/2974>
2. Клещева И.В. Инноватика в образовании: векторы перемен. Сборник научно-методических статей / Отд. образования администрации Центрального р-на Санкт-Петербурга, Гос.образовательное учреждение доп. проф. образования Центр повышения квалификации специалистов Центрального р-на Санкт-Петербурга, "Науч.-методический центр" ; [сост.: Клещева И. В. (отв. ред.), Шарова Е. П.]. - СПб, 2010.
3. Орлова В.В. Образовательные учебные заведения и их роль в социализации сибирской молодежи / Alma mater (Вестник высшей школы). - 2010. - № 8.- С. 31-35.
4. Орлова В.В. Социализация молодежи в условиях трансформации современного российского общества: региональный аспект (на материалах Томской и Кемеровской областей) : [монография] / В. В. Орлова – Улан-Удэ, 2010.

СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ ИННОВАЦИИ

В.В. Орлова, Ю.А. Луц

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

ФГБОУ ВПО ТУСУР, г. Томск

Современное состояние образование характеризуется как процесс парадигмальной трансформации. Образовательные парадигмы, определяются общественно организованной формой удовлетворения потребности в образовании, характеризуют отношения образования с обществом (осознание статусных позиций образования) и дифференцируется на основе социальной ценности образования. Традиционная модель образования делает упор на интегративную функцию, модернизация реализует социально-структурирующую и социально-мобилизационную роль образования, что приводит к автономности образования, соответствующего изменению его социальных функций. Парадигма образования фундаментальна по отношению к традициям в образовании, установкам на определенный уровень, форму и цели образовательного процесса, смена же парадигм связана с инновационным преобразованием системы, что существенно усиливает значимость инновационного потенциала системы образования.

От образования в современных условиях ожидают не только участия в социальном воспроизводстве, но и в социальных инновациях. Еще в 40-е годы XX века К. Мангейм отмечает, что образование обязано ликвидировать разрыв с жизнью, то есть образование становится катализатором социальных изменений, влияет на социально-трансформационные процессы в экономике, политике, социальной сфере.

В классической социологии (Э. Дюркгейм, Г. Спенсер, М. Вебер) образование выполняет социально-структурирующую, социально-стабилизирующую функции вторично по отношению к трансформациям в обществе. На современном этапе в российской социологической мысли идеи Дюркгейма развиваются в работах Г.Е. Зборовского, Ф.Р. Филиппова, В.Г. Харчева, В.Э. Шереги, В.Я. Нечаева и др. Инновации оцениваются, как изменения, коррелирующие, прежде всего, с социоструктурными сдвигами, образованием новых социально-профессиональных групп. Структурный подход к инновациям в образовании основывается на экзо-генности исследований, определяющих связь образования через систему профессиональной подготовки и воспитания с обществом.

В социологии Т. Парсонса образование вносит вклад в социальную дифференциацию, повышение адаптивности общества. Инновации рассматриваются в контексте изменений норм и ценностей образования, способствующих стабильности системы образования. Функции образования (социализационная, социально-интегративная, социальнодифференцирующая) влияют на структуру, так что изменение потребностей общества оказывается ведущим в инновациях, предпринимаемых акторами образования в соответствии со структурными обстоятельствами.

Тема *социальных эффектов инноваций* приобретает в настоящее время особую актуальность. Не имеет значения, создана ли инновация внутри данного общества или проникла извне в результате диффузии. Сложность получения *социальных эффектов* заключается в том, что лишь немногие из них могут быть выражены в стоимостной форме, а большая часть не поддается стоимостной оценке, следовательно, необходимо сопоставлять размерность с другими видами размерности, и тогда возникает дополнительная проблема их сводимости. Поэтому во многих случаях необходимо строить систему ограничений. И если решение не выходит за рамки выстроенных ограничений, оно имеет право на реализацию, в противном случае его реализация нецелесообразна. С образованием связывается улучшение стратегических позиций и инновации направлены на изменение сегментов образования, субъективацию объективированных социальных структур.

Профессионально-педагогическое сообщество выступает коллективным субъектом инновационности только в том случае, если переводит инновацию в организацию и коммуникацию профессиональной деятельности, если инновационность является критерием профессионализма и обладает свойствами «самодетерминации», проявляет независимый от адаптивных стимулов интерес. Принципиальное отличие профессионально-педагогической общности как субъекта инновации и системы образования любого уровня заключается, в том, что первая воспроизводит инновации как способ собственного существования, т.е. обладает инновационностью, вторая - использует инновации в качестве средства развития. Дифференциация профессионально-педагогического сообщества осуществляется по инновационному восприятию и инновационному потенциалу, что выявляет нацеленность на инновацию не социальных аутсайдеров, маргиналов от образования, а сообщества педагогов, занимающих «экспертные» или «организаторские позиции» в образовании.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСРЕДСТВОМ МЕТОДА ОЗОНОТЕРАПИИ НА БАЗЕ «ГБУЗ РХ ЦГБ» Г. САЯНОГОРСК

В.В. Орлова, Ю. В. Кочкина
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

В России метод озонотерапии используется врачами различных специальностей, но не во всех ЛПУ. В основном метод озонотерапии успешно функционирует в платных клиниках и частных кабинетах. В бюджетных лечебных учреждениях население обслуживается бесплатно по программе ОМС. Хотя многие больницы оказывают как платные, так и бесплатные услуги лечения методом озонотерапии. Ежегодно повышают свою квалификацию десятки врачей по

применению озона и при проведении трансфузионной терапии, обработке переливаемой консервированной и аутокрови у больных в послеоперационном и постреанимационном периодах

Многообразие механизмов лечебного действия озона определило и широту его клинического применения в методе лечения озонотерапия – лечебный метод, основанный на использовании газовых смесей или растворов, содержащих в своем составе озон. Методы озонотерапии делят на общие (системные) и местные. При местной озонотерапии используются озонкислородные смеси, озонированные растворы дистиллированной воды и физиологического раствора, реже масел. В дерматологии используют аппликационный способ озонотерапии [1].

В России накоплен значительный опыт применения озонотерапии в комплексном лечении заболеваний и была проведена оценка данного метода лечения, показавшая высокую медицинскую эффективность озонотерапии (табл. 1.).

Таблица 1

Медицинская эффективность лечения методом озонотерапии

Заболевание	Достоверное улучшение, %
Ишемическая болезнь сердца	91
Дисциркуляторная энцефалопатия	78
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	98
Хронический гастрит	95
Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки	95
Деформирующий остеоартроз	88
Моно- и полиневропатии	92
Бронхиальная астма	58
Вторичные иммунодефициты	84
Нейродермит	90
Сахарный диабет	89
Невынашивание беременности	86
Воспалительные заболевания гинеталий	85

За достоверное улучшение состояния пациентов принято полное исчезновение симптомов заболевания или их уменьшение не менее, чем на половину.

Предназначение и задачи кабинета озонотерапии

Исследование проводилось на базе физиотерапевтического отделения ГБУЗ РХ ЦГБ г. Саяногорска. Для лечения различных заболеваний приоритетным направлением деятельности физиотерапевтического отделения на базе ГБУЗ РХ ЦГБ является использование метода озонотерапии.

Центральная городская больница г. Саяногорска – многопрофильная больница, предназначенная для госпитализации взрослого и детского населения с различной патологией, оказания профилактической и медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому взрослому населению, с различной патологией, оказания профилактической и медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому взрослому населению. ЦГБ имеет в своем составе: главный корпус; поликлинический блок; блок круглосуточного стационара; блок административной службы.

Кабинет озонотерапии является составляющим звеном физиотерапевтического отделения. Предназначен, для оказания квалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи пациентам, направляемым на процедуры специалистами ЛПУ.

Деятельность и объем работы кабинета определяются профилем лечебно-профилактического учреждения и соответствующими нормативными документами. Организация, структура, объем и содержание работы кабинета, количество аппаратов и установок определяются в зависимости от штатной коечной ёмкости ЛУ. В достаточном объеме должен быть организован кабинет для тех методов лечения, которые наиболее часто могут и должны быть применены для лечения основного контингента пациентов.

Основными задачами кабинета являются:

1. Проведение лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий;
2. Правильная организация выполнения назначенных процедур озонотерапии;
3. Лечение больных и профилактика заболеваний путем широкого использования современных методов лечения озонотерапии;
3. Организация мероприятий по подготовке и повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
4. Анализ ошибок в назначениях процедур озонотерапии врачами других специальностей и повышение их квалификации в области озонотерапии;
5. Проведение научной работы по анализу деятельности и актуальным проблемам оказания физиотерапевтической помощи, проведения процедур озонотерапии;
6. Соблюдение правил охраны труда персоналом при работе на аппаратуре для озонотерапии;
7. Организация пропаганды методов лечения озонотерапии среди пациентов и медицинских работников;
8. Внедрение в практику новых методов лечения и методик по озонотерапии;
9. Разработка методов комплексного применения лечебных процедур озонотерапии у пациентов с наиболее часто встречающейся патологией;
10. Учет работы кабинета в соответствии учетно-отчетной документацией, утвержденной Росздравнадзором [2, с. 3].

Предполагаемое число посещений кабинета озонотерапии – 20 человек (процедур) в день. Рассчитаем доход от работы этого кабинета с учетом того, что количество платных процедур будет составлять 10, и количество бесплатных 10. Цены на предполагаемые процедуры озонотерапии взяты из прейскуранта цен функционирующего кабинета озонотерапии республиканской больницы г. Абакана.

С учетом того, что фонд рабочего времени составляет 240 дней в год, годовой доход составит:

$$Д = 5\ 252 \times 240 = 1\ 260\ 480 \text{ руб.}$$

Годовая прибыль от работы кабинета озонотерапии равна:

$$П = Д - З = 1\ 260\ 480 - 1\ 002\ 665 = 257\ 815 \text{ руб.}$$

С учетом полной загруженности кабинета *экономическая эффективность (рентабельность)* работы кабинета будет равна:

$$Э = П : З \times 100\% = 257\ 815 : 1\ 002\ 665 = 0,2571297 \times 100 = 25,8\%$$

По существующим расчетам открытие кабинета по озонотерапии окупится в первые 2,5 месяца работы, если загруженность уже с 1-его месяца будет приближена к 100%.

В ФТО ведет прием врач-физиотерапевт, медсестер 8, средний медперсонал – 6 человек, 2 массажиста. Укомплектованность ФТО сотрудниками составляет 82,8%. Всего аттестованных в физиотерапевтическом отделении 76,9%.

Общие требования к помещению определены СанПиН 2.1.3.1375-03 и СНИП 2.08.02-89. Специальные требования к кабинетам озонотерапии содержатся в эксплуатационной документации на озонаторы и оснащение. При работе с аппаратом необходимо выполнять требования безопасности в соответствии с действующими «Правилами технической безопасности при эксплуатации электроустановок потребителем».

Расчет затрат на организацию кабинета озонотерапии и его экономическую эффективность составляет стоимость аппаратуры для озонотерапии составила 150 070 руб., стоимость медицинского оборудования равна 77 721 руб. Общая стоимость оборудования составила 227 791 руб.

Годовые затраты на содержание кабинета озонотерапии составляют 1002665 руб. Годовой доход от работы кабинета составит 1260480 руб. Экономическая эффективность (рентабельность) работы кабинета равна 25,8%.

Организация, структура, объем, и содержание работы физиотерапевтических подразделений определены Приказом МЗ СССР от 21.12.1984 № 1440. Процедуры озонотерапии должен назначать лечащий врач, согласуя их с врачом-физиотерапевтом. Безопасность работы в кабинете, должна осуществляться согласно Федеральному Закону от 17 июля 1999 года №181-ФЗ и ОСТ 42-21-16-86. Охрана труда работников кабинета озонотерапии осуществляется на основании «Положения об организации работы по охране труда в органах управления и учреждениях системы Министерства Здравоохранения РФ (приложение к приказу МЗ РФ № 126 от 29.04.97)». В соответствии с данным Положением общее руководство и ответственность за организацию работы по охране труда в учреждениях и структурных

подразделениях учреждений (отделениях, лабораториях и т.д.) здравоохранения возлагается на руководителя лечебного учреждения.

Литература:

1. Улащик, В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия [текст] / В.С. Улащик. – Минск : Книжный Дом, 2008. – 640 с.
2. Воронин, А.А. Интраоперационная профилактика инфекционно – воспалительных осложнений эндоскопических операций у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и мочекаменной болезнью (Экспериментальное исследование) [текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / А.А. Воронин. – Барнаул, 2007 – 23 с.

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

О.В. Кулемзина, Л.И. Гибельгауз

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Томский государственный архитектурно-строительный университет, г. Томск

Изменение – это свойство всякой системы, которое говорит о том, что система обладает динамичностью и способностью расти или уменьшаться; приобретать новые свойства; проходить разные стадии развития, качественно отличающиеся друг от друга; менять приоритеты своих функций. Организации растут и развиваются. Быстрый рост, опережающий качественные изменения, создает большие проблемы, подвергает организацию определенному риску, ведет к хаосу. При таком росте разные системы организации и её культура не успевают приходить в соответствующий вид, и организация начинает сбиваться с ритма, запаздывать с принятием решений, становится неповоротливой и уязвимой.

Изменения в организациях могут происходить по различным причинам. Некоторые изменения навязываются извне (конкуренция, политика, «жизненный цикл» развития организаций, и т.д.), инициаторами других являются они сами.

Существование любой организации описывается парадоксальной ситуацией: с одной стороны, изменения необходимы и если организация не развивается, то она изживает самое себя, с другой стороны, структура организации постоянно сопротивляется любым изменениям, которые необходимы для выживания, и стремится сохранить стабильность. Практически ни одно нововведение не проходит гладко; каким бы прогрессивным оно ни было.

Основными подходами к проведению изменений являются: подход "сверху-вниз"; подход "снизу-вверх" и экспертный подход.

Подход "сверху-вниз" используется в том случае, когда кто-либо с позиции власти решает ввести изменение, дает четкие указания и предоставляет "необходимую" информацию исполнителям. У сотрудников, которых затрагивает изменение, практически отсутствуют возможности повлиять на предложения тех, кто принимал решение.

Основным преимуществом является то, что этот подход планируется заранее и подходит для радикальных изменений. А в качестве ограничений можно отметить: недостаточность возможностей воодушевлять и мотивировать сотрудников; руководство может не справиться с разнообразием и спецификой на местах; если не проявлять осторожность и не предоставлять обширной и точной информации всем, кого затрагивает изменение, инициатива "сверху-вниз" часто может вызвать негодование и сопротивление, а также ощущение того, что изменение было навязано.

Что же происходит внутри организаций в процессе слияний и после них?

Рассматривая процесс о слиянии, руководство учреждений обычно внимательно проверяет финансовое состояние, репутацию, стратегию управления и другие аспекты, характеризующие «здоровье» организации. Но довольно редко анализируют внутреннюю структуру организации, ее философию, базовые представления и ценности, всё, что называют организационной культурой. При отсутствии внимания этим вопросам, можно получить культурное несоответствие при слиянии, что представляет такую же серьезную угрозу, что и финансовое, производственное или рыночное несоответствие, то есть причина неудач слияния компаний кроется в столкновении корпоративных культур.

Разница в традициях, организации и культуре столь существенна, что обычно вырастает в проблему, требующую кардинальных решений. Существует большой риск, в том, что в процессе слияния может уничтожить систему ценностей организаций. Довольно часто при неудачном проведении слияния можно констатировать, что доверие к руководству падает, лучшие профессионалы уходят и официальная информация игнорируется.

Чтобы слияние проходило в конструктивном варианте, необходимо объединить культуры организаций в одну, оставляя лучшие черты присущие каждой в неизменном виде. Предоставлять информацию персоналу в достаточном объеме, чтобы сотрудники преодолели свой страх перед будущим, поняли смысл слияния, доверились руководству и поверили в правильность происходящего.

В соответствии с планом деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2013–2018, где предусмотрено (это одна из целей) повышение эффективности системы оказания медицинской помощи на основе оптимизации деятельности медицинских организаций и медицинских работников и с целью рационального использования зданий и помещений; кадров; техники и повышения качества оказания услуг, было принято решение о слиянии двух медицинских организаций и проведении этих изменений в обязательном (принудительном) порядке.

Авторами проведена исследовательская работа по вопросу оценки изменений в организации и их последствий на примере изучения частного случая объединения двух муниципальных ЛПУ в городе Томске, полученные результаты оказались как позитивными, так и негативными.

Позитивные результаты:

1. Реорганизация помогла:

- более рационально использовать имеющиеся ресурсы, финансы, кадры, медицинское оборудование
- сократить административно-управленческий аппарат и более рационально использовать площади: перепрофилировать высвободившиеся кабинеты под лечебные
- улучшить материально-техническую базу и оснащенность объединенного ЛПУ современным оборудованием за счет сэкономленных средств
- создать единую кадровую, статистическую, бухгалтерскую службы. сформировать единую службу контроля качества оказания медицинской помощи, создать единые комиссии (врачебные и др.).
- использовать единые подходы к контролю за использованием оборудования.
- повысить доступность диагностических исследований за счет оптимизации графиков работы кабинетов.

2. Часть сотрудников (меньшая):

- поддерживает изменения и считает, что перемены назрели и необходимы;
- надеется на положительный эффект от объединения и что все трудности, связанные с реорганизацией можно преодолеть;
- уверена в том, что менеджмент обладает достаточной силой для решения ежедневных задач;
- в целом доверяет менеджменту, но нуждается в его поддержке;
- на эту группу сотрудников менеджмент может опереться в своей работе и рассчитывать на их лояльность;
- считает, что предоставляемой информации достаточно и не думают, что изменения угрожают их интересам;
- не боится, что отношения на работе ухудшатся в результате изменений;
- люди верят, что если что-то пойдет не так, это легко можно будет исправить.

3. Бюрократическая культура способна упорядочить изменения, удержать организацию от разрушения.

Негативные результаты:

1. Четко определяется диссонанс между продвигаемой и поддерживаемой руководством организационной бюрократической культурой и культурой клановой, которой хотели бы придерживаться большинство работников (до объединения ведущей

организационной культурой была клановая, о чем говорит большое число ее сторонников среди сотрудников и долгая история организации (более 20 лет)).

2. В коллективе нарастает внутренний конфликт, не все готовы сразу воспринять новую культуру, принять ее правила.
3. Уровень сопротивления персонала проводимому процессу слияния достаточно высокий.
4. Часть специалистов покинула организацию.
5. Часть сотрудников (большая):
 - в первую очередь обеспокоена позицией менеджмента, а точнее отсутствием четкой линии управления, эта часть сотрудников сомневается в необходимости реорганизации как таковой, и опасается за свое будущее
 - сила давления менеджмента по продвижению изменений чрезмерна. Отсутствует влияние на людей так, чтобы они сами ощутили приверженность изменениям.
 - сомневаются, что изменения хорошо согласуются с ценностями организации.
 - люди не видят необходимости в реорганизации и не чувствуют себя вовлеченными в изменения.
 - людям недостаточно информации, которую предоставляет руководство.
 - у людей стойкое ощущение, что цели изменений и их собственные не сопоставимы.
 - люди чувствуют себя в организации дезориентированными.
 - персонал выражает беспокойство, что основные характеристики работы пострадают.
 - есть страх, что интересы работников пострадают.
 - сотрудники обеспокоены защитой своего прошлого.
 - персонал не уверен, что его рабочие привычки уважаются.

Таким образом, перед руководством организации встают дополнительные задачи, которые необходимо решить для благоприятного эффекта от изменений:

1. Соотнести цели персонала и цели новой объединившейся организации.
2. Преодолеть сопротивление персонала.
3. Найти точки соприкосновения между желаемой большинством работников - клановой культурой и культурой, которую хотело бы видеть руководство - бюрократической; внести в управление элементы клановой культуры, которые позволят добиться большей лояльности от коллектива.

ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ШКОЛЕ

Г.С. Дмитренко¹, ²Н.Н. Власова

¹ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

²МБОУ «Зырянская СОШ»

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны.

В современных условиях школа призвана выполнять не только образовательную функцию, но и заботиться о сохранении и укреплении здоровья детей, так как через школу проходит каждый и проблему сохранения и укрепления здоровья нужно решать именно здесь. Но наблюдение за состоянием здоровья школьников выявляет стойкую тенденцию ухудшения показателей здоровья: уменьшается удельный вес здоровых детей с одновременным увеличением хронических форм заболеваний при переходе из класса в класс в процессе обучения, снижается индекс здоровья. Количество здоровых детей, по данным Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Российской академии медицинских наук, снизилось в три раза.

Причин сложившейся ситуации несколько и многие из них связаны со школой. К основным факторам риска формирования здоровья школьников относятся: несоблюдение санитарно-эпидемиологического благополучия в образовательных учреждениях, неполноценное питание, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе, низкая двигательная активность, постоянная интенсификация учебного процесса в сочетании с неблагоприятными гигиеническими условиями обучения (несоответствие школьной мебели гигиеническим требованиям), занятия во вторую смену, большое количество детей в классе, массовое отсутствие спортзалов и т.п.

Таким образом, появилось понятие «здоровьесберегающая технология», которое является качественной характеристикой любой образовательной технологии, показывающей насколько решается задача сохранения здоровья учеников и учителя.

Среди здоровьесберегающих технологий, применяемых в системе образования, специалисты выделяют несколько групп, в которых используется разный подход к охране здоровья, а соответственно, и разные методы и формы работы. (Н.К. Смирнов, «Здоровьесберегающие технологии в современной школе.», Москва, Издательство «АПКИПРО»2010.):

1. Медико-гигиенические технологии. Все проблемы, связанные со здоровьем человека, традиционно относятся к компетенции медицинских работников, к ответственности системы здравоохранения. На самом же деле, хотя понятие «здоровье» является краеугольным в медицине, на практике медицинские работники занимаются не столько здоровьем, сколько болезнями. Провозглашаемый профилактической медициной приоритет профилактики перед лечением остается благим пожеланием.

К медико-гигиеническим технологиям относятся контроль и помощь в обеспечении надлежащих гигиенических условий в соответствии с регламентациями СанПиНов. Медицинский кабинет школы организует проведение прививок учащимся, оказание консультативной и неотложной помощи обратившимся в медицинский кабинет, проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению учащихся и педагогического коллектива, следит за динамикой здоровья учащихся, организует профилактические мероприятия в преддверии эпидемий (гриппа), проводит занятия по лечебной физкультуре, организует фитобары и решает много других задач, относящихся к компетенции медицинской службы.

2. Физкультурно- оздоровительные технологии. Они направлены на физическое развитие занимающихся: закаливание, тренировку силы, выносливости, быстроты, гибкости и других качеств, отличающего здорового, тренированного человека от физически немощного.
3. Экологические здоровьесберегающие технологии. Направленность этих технологий – создание природосообразных, экологически оптимальных условий жизни и деятельности людей, гармоничных взаимоотношений с природой. В школе это – и обустройство пришкольной территории, и зеленые растения в классах. И живой уголок, и участие в природоохранительных мероприятиях.
4. Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности.
5. Образовательные здоровьесберегающие технологии, которые подразделяются на пять подгрупп:

- организационно-педагогические технологии, определяющие структуру учебного процесса, способствующих предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и др.;

- психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной работой учителя на уроке;

- учебно-воспитательные технологии, которые включают программы по обучению грамотной заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся;

- социально адаптирующие и личностно-развивающие технологии, которые обеспечивают формирование и укрепление психологического здоровья;

- лечебно-оздоровительные технологии составляют самостоятельные медико-педагогические области знаний: лечебную педагогику и лечебную физкультуру.

Системный подход реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях предполагает два важных условия решения этих проблем для достижения объединяющей их цели: сохранение и укрепление здоровья учащихся.

Использование таких технологий позволила уменьшить влияние основных факторов риска в МБОУ «Зырянская СОШ». В этой школе медицинский кабинет тесно взаимодействовал с педагогическим коллективом и это позволило добиться существенных результатов на примере работы с учащимися начальной школы. В 2012-2013г.г. медицинские работники школы наблюдали состояние учеников начальной школы, а именно учащихся в возрасте 7-8 лет. Было обследовано 74 учащихся (31 мальчик и 43 девочки), в 2012году это ученики 1 класса, в 2013 году это те же ученики 2 класса.

В период изучения проблем здоровья в данной школе были увеличены часы физкультуры вместо 2 раз в неделю стали проводить уроки физкультуры 3 раза в неделю, ввели урок ритмики. При этом уделялось внимание на упражнения , влияющие на улучшение осанки, проводились физкультминутки на уроке, больше внимания стали уделять пальчиковой гимнастики, Увеличили количество и время внеклассных занятий физическими упражнениями, привлекали детей в зал для занятий фитболом и лечебной физкультурой, проводились «Уроки под голубым небом», были организованы прогулки на свежем воздухе.

Для повышения работоспособности в классах начальной школы приобрели и установили соответствующую мебель – наряду с традиционными партами установили столы-«конторки». Таким образом, учащиеся могли в течение урока менять положения тела, не отвлекаясь от выполнения заданий.

Школьные медработники контролировали рациональность расписания, нагрузки на учащихся, следили за организацией питания в школьной столовой.

Результаты наблюдения позволили сделать некоторые выводы.

Таблица 1

Оценка физического развития обследованных учащихся 7,8 лет (%)

класс	Нормальное, На 1.09.12, 7лет	Дефицит массы тела, 7лет	Избыток к массы веса, 7 лет	Низкий рост (задержка физ.разв.) 7лет	Нормальное на20.09.13 8 лет	Дефицит массы тела,8 лет	Избыток массы тела, 8 лет	Низкий рост, 8 лет
2А	81,6%	11,0%	3,5%	0,4%	98,8%	0,4%	0,8%	0,4%
2Б	82,0%	10,0%	3,0%	0%	97,8%	1,02%	2,0%	0%
2В	82,9%	10,3%	3,6%	0,2%	98,1%	0,6%	0,8%	0,4%
2К	81,0%	10,9%	3,4%	0%	97,4%	1,4%	2,1%	0%

В целом, динамика физического развития учащихся положительная.

Таблица 2

Индекс здоровья не болевших детей 2012-2013г.г.

Классы	Кол-во учащихся	Пропущено по болезни уроков,2012г	Пропущено по болезни уроков,2013	«Индекс здоровья»(% не болевших детей),2012	«Индекс здоровья» (% не болевших детей),2013
2А	21	120	20	62%	96%
2Б	21	218	78	54%	75%
2В	25	198	65	55%	46%
2К	7	126	54	63%	96%

По данным таблицы можно сделать вывод, что более благоприятный режим учебно-воспитательного процесса в 2013 году способствовал повышению уровня физической подготовленности учащихся.

В целом можно отметить, что проведение некоторых мер по обеспечению здоровьесберегающей инфраструктуры в образовательном процессе, таких как:

- организация физкультурно-оздоровительной работы;
- формирование культуры здоровья и здорового образа жизни;
- использование здоровьесберегающих технологий;
- непрерывный мониторинг состояния здоровья учащихся

Доказало свою эффективность и привело к снижению показателей заболеваемости по данным обращаемости в ЛПУ на 23,5%, улучшению значений функциональных тестов на 17%, снижению доли учащихся с повышенной степенью невротизации на 22%, повышению успеваемости школьников.

ПСИХОЛОГО-ЭТИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО

Г.И. Цыров¹, О.В. Кулемзина¹, Н.Э. Шубенкина²
¹ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск
Поликлиника ТНЦ СО РАН, г. Томск

Курация – выхаживание, наставничество всегда связана с вопросами этики. Основными участниками лечебно-диагностического действия являются: врач – медсестра – больной, где каждому отводится определённая роль.

Ведущим в этом «треугольнике» безоговорочно был и остается сегодня врач. Медсестра подчинялась врачу, и их отношения характеризовались послушанием. Основная задача медсестры заключалась в том, чтобы точно выполнять распоряжения и предписания врача. Всё это, в конечном счете, приводило к выполнению простого, не требующего серьезной теоритической подготовки набора профессиональных действий, повторяющихся годами. И это приводило к неостребованности знаний медсестры, полученных за годы профессионального обучения в колледже или училище. Не реализовывались многие ее возможности, в том числе профессионального и карьерного роста. Именно это стало главным в падении престижа важнейшей специальности в практической медицине. Но ведь курация больного никогда не ограничивалась получением процедур и лекарств. Медсестра была и остается основной фигурой в психологической составляющей бытия больного человека. Еще Гиппократ изрек: «Нужно лечить не болезнь, а больного». Но и настоящее время в большинстве случаев на практике остается нозология основой курации больного. А больной человек - в виде приложения, носителя болезни, а не как личность. Отношения с пациентом описывались попечительскими терминами, и его роль была практически бессловесной и пассивной. Таким образом, психолого-этическая составляющая личности больного человека оставалась за кадром.

Медсестра большую часть своего рабочего времени проводит в контакте с больным человеком, располагает большими возможностями познать духовный мир бытия конкретного человека. Она лучше врача знает его личные проблемы, но эти данные практически не используются в курации. Таким образом, в курации больного человека не выполняется основной постулат Парацельса: «Любовь и забота - лучшие лекарства».

В России традиционно участие медсестры в процессе лечения основывается на двух принципах: 1 - медсестра выполняет вспомогательные функции, обеспечивающие работу врача; 2 - медсестра поддерживает скорее пассивный тип отношений с пациентом.

В соответствии с этими постулатами действуют и принципы ролевого поведения: Принцип функционального разграничения – суть его состоит в том, что обязанности медсестры жёстко регламентированы и практически не пересекаются с обязанностями врача. Её действия предшествуют действиям врача, сопутствуют им либо завершают их.

Принцип функционального ограничения – состоит в том, что из круга своих обязанностей медсестра в каждом конкретном случае выполняет только те, на которые указал врач. Данный принцип, как и предыдущий, неоднозначен, ибо фактически снимает с медсестры личную ответственность за уместность своих действий – за это отвечает врач. Медсестра следит только за качеством того, что ей указано сделать. Принцип «делай то, что скажет врач» обесценивает опыт медсестры и блокирует самостоятельность её мышления.

Нами, на ФВМСО в клиническую практику была введена сестринская история болезни или сестринский лист курации. Эти дополнительные документы ни в коем случае не конкурируют с врачебной историей болезни. Они органично дополняют

сведения о больном человеке психологического и духовного характера, помогая при этом врачу глубже понять личность пациента. Позволяют вносить соответствующие позитивные коррективы в диагностику и лечение.

В современных условиях назрела необходимость расширения роли медсестры на клиническом приёме и в процессе лечения. Особенно актуально необходимо активизировать функции медсестры по информационному и психологическому сопровождению пациента. Современная идеология предоставления медицинских услуг должна основываться на идеях профессионального партнёрства врача и медсестры. А начать, по свидетельству специалистов, следует с того, чтобы узаконить статус медицинской сестры. И прежде всего – на самом высоком уровне. Только законодательно оформленная профессия медсестры в России может повысить статус работника.

Группой медицинских сестёр (в том числе старшие и главные медсёстры, работающие в практическом здравоохранении, совокупный стаж работы которых составил более 100 лет), была разработана модель статуса медсестры, позволяющая понять и определить её роль в современном здравоохранении. Поле деятельности медсестры и степень её внедрения в лечебный процесс представлены в виде 5-ти уровней, которые мы условно назвали: «профилактика», «терапия», «хирургия», «реанимация», «утешение или соболезнования». Они определяют не сферу деятельности медсестры, а поле её деятельности и характеризуют уровень подготовки, направленность и объём выполняемой медицинской сестрой работы, её роль и статус.

Уровни деятельности, определяющие статус медсестры

Название параметра	Уровни деятельности				
	“профилактика”	“терапия”	“хирургия”	“реанимация”	“утешение, соболезнования”
Объём влияния	Максимальный	До наступления ремиссии	7 раз отмерь 1 раз отрежь	Дать выжить	минимальный
Широта воздействия	Все аспекты здорового образа жизни	Ограничена всеми внутренними заболеваниями. Умеет и знает, как облегчить симптомы; за любым заболеванием видит, прежде всего, человека; общение в позитиве; хорошее настроение - быстрый путь к выздоровлению	Ограничена всеми хирургическими заболеваниями. Работает с хирургом на уровне невербального общения, быстро, ловко. Знает технику и ход всех хирургических вмешательств. Умеет оказать определённый спектр хирургических услуг самостоятельно	Ограничена всеми неотложными состояниями, работает с пациентами до операции, во время и в послеоперационном периоде	Только психологическая поддержка родственников. Умеет выразить соболезнования
Время	Пока человек здоров и полон сил	От начала заболевания до наступления ремиссии	От 5 минут до нескольких часов	Ограничено	В этот час

Возможности и объём изменений	Не ограничены	Купировать острое состояние, облегчить либо устранить симптомы заболевания, восстановить утраченную функцию, добиться длительной ремиссии	Ограничены стандартным набором действий: ушить, наложить анастомоз, дренировать, восстановить отток либо приток, зафиксировать, удалить	Стандартный набор действий по восстановлению витальных функций организма	Нет возможности что-либо изменить
Сохранность для себя и пациента	Чёткое знание, что и кому советовать. Элементарные правила здорового образа жизни безопасны для всех!	Рискует пациент (человек сложная система), рискует мед. работник (пациенты бывают разные)	Высокий риск и травматизм как для пациента, так и для мед. работников (психологически, эмоциональный)	Пациент один со своими проблемами; для мед. работника главное - добиться стабильности	Для пациента уже всё потеряно; для мед. работника – психологическое и очень тяжело
Доверие к медсестре	Огромное доверие и уважение	Нужно заслужить доверие своим профессионализмом; зачастую человек пытается оттянуть обращение в больницу	Доверие должно быть максимальным, т.к. это на 90% влияет на положительный результат	Если человек в коме, то нет. Если в сознании, то доверие должно быть максимальным	Минимально и только со стороны родственников; сложно говорить о доверии
Требуемый объём знаний (компетенции)	Максимальный	Знает все внутренние заболевания и алгоритмы их лечения; готова и умеет оказать первую помощь	Владеет знаниями в области хирургической патологии и её лечения	Владеет знаниями в области анестезиологии и реанимации, действует чётко и быстро	Минимален; главное - уметь сделать скорбное лицо
Производительный результат	Здоровье; повышается качество жизни	Достичь ремиссии, улучшить качество жизни, не допустить возникновения острых состояний	сохранена жизнь; не допустить инвалидизации; Улучшено качество жизни;	Восстановлены витальные функции организма	Психологическая поддержка родственников
Период получения информации	Систематически в течение всей жизни	От нескольких дней до нескольких лет	По окончании хирургического вмешательства	От нескольких минут до нескольких дней	Здесь и сейчас
РОЛЬ М/С	Медсестра – партнёр врача	Медсестра-защитник, “локализатор” проблем	Медсестра – “стабилизатор” состояния	Медсестра – “исполнитель” распоряжений	Медсестра – “плакальщица”

Условия современной практики дают основание обозначить 3 принципа поведения медсестры: самостоятельность, активность, инициатива.

Принцип самостоятельности состоит в том, что в процессе лечения медсестра получает возможность:

- варьировать своё поведение в зависимости от ситуации – опыта и свойств личности врача, состояния и особенностей пациента;
- играть собственную роль (встреча пациента, выяснение самочувствия, проблем и пр.);
- принимать самостоятельные решения в рамках профессиональной компетенции и доверия со стороны врача.

Принцип активности проявляется:

- в опережающем отражении при взаимодействии с врачом, т.е. в умении понимать его «без слов», предугадывать решения и действия;
- в предупредительном отношении к пациенту, т.е. заранее предупредить о возможном дискомфорте и разъяснить свои действия во избежание тревоги.

Принцип инициативы проявляется в таких показателях деятельности медсестры, как:

- творческий подход к обязанностям – стремление усовершенствовать выполнение тех или иных манипуляций и процедур;
- находчивость, т.е. умение находить решения и поступать оптимальным образом в неожиданных и экстремальных ситуациях.

Разумеется, внедрение этих принципов в практику предусматривает изменение статуса медсестры: партнер врача. В качестве партнера врача медсестра сможет продуктивнее действовать, создавая комфортные условия и для коллег, и для пациента. Этому будет способствовать расширение её роли. На уровень комфорта во время лечения влияет не только статус медсестры, но и её «сработанность» с врачом.

Профессиональная сработанность – это устойчивый стиль совместной деятельности, который способствует достижению высоких результатов при оптимальных затратах усилий и доставляет партнёрам удовлетворение, что возможно благодаря сочетаемости или взаимодополняемости их качеств. Взаимное принятие партнёрами друг друга как профессионалов – самое важное условие сработанности.

Профессиональное доверие создаёт фундамент деловых отношений. Действительно, о какой сработанности врача и медсестры может идти речь, если они не принимают друг друга как профессионалы или низко оценивают свой профессиональный дуэт?

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Роль и статус медсестры в условиях современной медицины должны измениться. Медсестра – это профессионал, ведущий к повышению качества жизни. Это «проводник» по здоровому образу жизни.

2. Изменение ролевого поведения должно быть в первую очередь направлено на обеспечение комфортных условий во время лечения благодаря информационному и психологическому сопровождению пациента.

3. На уровень комфорта во время лечения оказывает влияние профессиональная сработанность медсестры и врача.

У нас еще есть возможность подготовки медсестёр на любом из уровней. Всё зависит только от того, какая медсестра нам нужна: медицинская сестра – как партнёр врача, либо медсестра-плакальщица. Средства и время на подготовку разные, но и результаты, которые мы получаем трудно сравнивать между собой.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТЕРРИТОРИЯ КАК МОТИВИРУЮЩИЙ ФАКТОР

О.В. Кулемзина¹, Л.И. Гибельгауз²

¹*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

²*Томский государственный архитектурно-строительный университет, г. Томск*

Многие современные руководители, разрабатывая системы мотивации персонала, в первую очередь обращаются к сознательному началу в человеке, к его разуму. Такие системы мотивации, к сожалению, не всегда дают ожидаемый результат с точки зрения влияния на сотрудников. Почему? На силы разума приходится примерно 10% эффекта от влияния, а остальные 90% стихийной энергии мотивации приходится на силы природы, обращение к которым отсутствует в большинстве случаев. Это силы территории, с учетом которых человек определяет свою позицию, не всегда даже осознавая это. Задача менеджера заключается в том, чтобы знать и использовать эти силы во благо своей организации, и не причиняя вреда носителям этих сил – людям.

Понятие територизма подводит нас к пониманию, что такое профессиональная территория и как можно мотивировать (или демотивировать) сотрудников организации, воздействуя на их территорию. Территоризм - есть выражение главного стремления человека существовать всегда и везде. Поэтому каждый человек автоматически, на уровне инстинкта, оберегает свое пространство и борется за него, чтобы сохранить свои возможности в решении своей главной жизненной задачи, независимо от того, осознает он это как свою жизненную задачу или нет.

Законы территории показывают, что:

- человек сначала решает вопросы наличия собственной территории: надо захватить, отстоять, сохранить;
- затем вопросы упорядочения и организации имеющейся территории, что позволит жить и работать в определенном комфорте;
- после этого решает вопросы красоты – улучшить и вопросы престижа – обогатить свою территорию;
- и потом смотрит за пределы своей территории – интересно расширить свое жизненное пространство и физически, и психологически.

У людей есть территория материальная – тут физическое пространство и объекты, и психологическая, нематериальная, символическая. Граница между ними условна. Человек воспринимает свою территорию как продолжение самого себя.

На предприятии территория материальная предполагает как минимум наличие рабочего места: конкретный стол, стул, компьютер, канцелярские принадлежности и т.д. А территория психологическая – это компетентность сотрудника и относящиеся к его уровню задачи, его полномочия, проекты и подчиненные, конкурсы, авторство, уважение коллег, информация. Потребности четырех нижних уровней пирамиды Маслоу коррелируют с понятием територизма и его законов.

Потребности	Законы территории (физической и психологической)
самоактуализация	
уважение, признание	- улучшить, обогатить
социальные	- упорядочить
безопасность	- сохранить
физиологические	- захватить, обрести

Рис. 1. Корреляция потребностей четырех нижних уровней пирамиды Маслоу с понятием територизма и его законов

В подразделении одной крупной организации имел место затяжной конфликт, который то затихал, то вспыхивал с новой силой. Разрешить его не могли. Когда сотрудникам была на семинаре предоставлена информация по територизму, они смогли найти причину этого конфликта. Оказалось, что рабочих столов меньше, чем сотрудников и своё рабочее место было не у всех и приходилось делить с коллегой один стол. Это было неудобно для работы и не

очень приятно для человека как для личности. Дополнительный кабинет с необходимым количеством столов разрешили ситуацию.

Намерения и действия, мешающие реализации чьих-либо территориальных устремлений, называют антитерриторизмом. Он выражается в том, что мы мешаем другим людям захватывать, сохранять, расширять и обогащать их жизненное пространство. Сознательное препятствие манипулятивно: фактически мы играем на слабой струне, зная, что это вызовет протест, злость, стремление ответить тем же.

Нарушение психологической территории воспринимается человеком значительно тяжелее, т.к. это связано с сомнениями в его компетентности, попытками присвоить его работу или «выдавить» из проекта, отсутствием уважения, сокрытием ключевой информации и т.д.

Отношение окружения к профессиональной территории сотрудника влияет не только на формирование его позиции в организации, но и является инструментом мотивации. Поощряя сотрудника в его территориальных устремлениях, можно мотивировать его на более эффективную и результативную работу, повышать его значимость для организации и показывать его ценность. Любые препятствия в этом плане (сознательные или нет) могут демотивировать сотрудника настолько, что у человека «опускаются руки». Нарушения территории бывают (табл.1):

Таблица 1

Типология нарушения территории

	мягкие	чувствительные	жесткие	нестерпимые
	нарушитель			
Материальной территории	сокращает расстояние до некомфортного для человека	берет какие-то предметы человека	занимает место за столом, компьютером человека	забирает и уносит вещи человека
Психологической территории	дает советы человеку в сфере его компетенции	по собственной инициативе анализирует ошибки человека	предлагает помощь подчиненным человека	выходит с предложениями к руководству по сокращению психологической территории человека

Человек повинуется действию природных сил, и его позиция может быть следующей:

При уважительном отношении к территории	При нарушении территории			
	мягком	чувствительном	жестком	нестерпимом
<ul style="list-style-type: none"> • творец • свободный, довольный человек • самоактуализирующаяся личность 	<ul style="list-style-type: none"> • недовольный человек, ему дискомфортно 	<ul style="list-style-type: none"> • озлобленный • обиженный, ущемленный 	<ul style="list-style-type: none"> • сопротивляющийся • «винтик» 	<ul style="list-style-type: none"> • бунтует, делает «революции» • «ломается» как личность • уходит

Вряд ли можно демотивированному человеку поручить серьезные и творческие задачи и надеяться на качественный и своевременный результат. А если нарушения территории постоянны, то в организации «воспитывается» сотрудник с определенным поведением, в котором доминирует отсутствие инициативы и заинтересованности, стремление уйти от любой ответственности и выполнять работу «от сих до сих», необходимость постоянного контроля. И такое поведение подкрепляется.

В контексте полного цикла своей деятельности («вход» – «процесс» - «выход») и в соответствии со своей позицией сотрудник может по-разному определять пространство и объем персональной ответственности.

В таблице цветом обозначены пространства ответственности, соответствующие роли и описана модель поведения для каждой роли (табл.2). Например, сотрудник берет на себя ответственность только за «вход» и «выход». В этом случае его роль – «экспериментатор», а в

поведении можно отметить следующие особенности: человек уверен, что он обеспечит всё, что надо для работы и получит нужный результат, а вот как? – об этом нет заботы (в таблице выделено цветом).

Таблица 2

Пространства ответственности, соответствующие роли и модель поведения для каждой роли

«вход»	«процесс»	«выход»
«поставщик»/ «снабженец»: всё обеспечу, что надо	Как-нибудь, как умею	Что-нибудь всё равно получим!
	«перестраховщик»: всё обеспечу, что надо – знаю, как делать и буду делать именно так	Я сделал всё, что мог!
«экспериментатор»: всё обеспечу, что надо	Что-нибудь придумаю!	«ментатор» получу то, что надо. Я сказал!
Что дадите, с тем и буду работать	«функционер»: я своё дело знаю	Что получится, то и получится
Что дадите, с тем и буду работать	«ответственный исполнитель»: я своё дело знаю – и сделаю всё возможное в данных условиях. Лучше уже сделать нельзя.	
Какая разница, из чего?	Какая разница, как?	«авантюрист»: вы получите то, что хотите
«хозяин положения»: Я знаю и могу обеспечить то, что нужно – я знаю своё дело – я достигну того результата, о котором договорились		

«Хозяином положения» может быть только сотрудник, к территории которого относятся уважительно и считаются с ней. У такого человека есть в совокупности и своё видение, и профессиональная честь. Такая позиция сотрудников очень выгодна для организации. Мотивированное поведение – это всегда результат выбора самого человека.

Выгода для сотрудников:

- сотрудники предлагают то, что действительно умеют и за что готовы нести ответственность;
- через результат обозначается значимость человека для предприятия и определенная степень свободы, предполагающая творчество и поиск;
- заложена возможность саморазвития;
- сотруднику понятно, что оплачивается (какие результаты) и как можно заработать.

Выгода для управленцев:

- приняв специалиста, можно не вмешиваться в профессиональную «кухню» производства нужного результата;
- профессиональная территория – это дополнительный инструмент мотивации;
- критерии оценки - конкретные, измеримые и понятные обеим сторонам;
- результат подкрепляется персональной ответственностью сотрудника;
- актуальной становится самодисциплина.

Природная, органически присущая человеку, естественная мотивация может быть преобразована в повышение качества результатов, совершенствование процессов, создание новых проектов. Силы территории даны природой. Они бесплатны и могут быть сильнейшими мотиваторами.

ПРИМЕНЕНИЕ ФРИЛАНСА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В.В. Неволina, В.Н. Казанчев

ТГПУ, НИ ТГУ, г. Томск

Теневая экономика - это разветвленная всепроникающая и всеобъемлющая система взаимосвязанных экономических отношений, которые имеют место вне рамок действующих законов и недоступны прямому и регулярному статистическому учету и налоговому контролю. Следует отметить, что теневая экономика - явление чрезвычайно разнообразное и многоплановое.

Прежде всего, в составе теневой экономики можно выделить черную, серую и фиктивную. Черная экономика- экономическая составляющая, связанная с нарушениями законодательства. Например, продажа наркотиков, контрабанда, проституция и т.д. Серая экономика - это не связанная с нарушением законодательства деятельность. Фиктивная или приписанная экономика связана с нарушением статистического учета : искажение отчетности на предприятиях с целью уменьшения налогового бремени.

Причины появления для серой или приписанной экономики - это несовершенство системы организации статистики в государстве. А для черной - наличие законов, государственных монополий и налогов. В связи с этим существует две точки зрения на причины возникновения и развития теневой экономики.

Первая видит эти причины в снижении роли государства в экономике, ликвидации государственных предприятий (неоклассическая теория). Вторая точка зрения утверждает, что в случае снижения роли государства в экономике, оно потеряет достаточное количество рычагов для выполнения своей социальной роли (неокейнсианство). На самом деле теневая экономика находит пути для выживания и в тех и в других условиях. Доказательством тому служат попытки легализации наркотиков. За первую точку зрения говорит то, что при легализации марихуаны в Нидерландах, процент попробовавших ее снизился, а преступные группировки, занимавшиеся ее распространением, оказались в тяжёлом положении. С другой стороны можно привести пример легализации алкоголя США, когда группировки, поднышавшие на его продаже, стали заниматься чем-то другим и лишь окрепли.

В тех или иных формах теневая экономика присуща любой экономической системе и исчезнуть может лишь вместе с ней и государством, которое регулирует экономические процессы законодательно. Полностью уничтожить теневую экономику - задача нереальная. Речь можно вести только об уменьшении ее масштабов и уничтожении наиболее опасных для общества форм.

Одной из основных характеристик теневой экономики является ее связь с внешней средой, проявляющейся в процессе взаимодействия с ней через тесное переплетение с официальной экономикой посредством легальных хозяйствующих структур, а также с институтами государства и общества.

В этой связи легализация бизнеса в стране, осуществление экономических и правовых мер по выводу экономики из тени выступает актуальной задачей социально- экономической политики страны в условиях рыночных отношений.

Как уже отмечалось, теневая экономика - явление многоплановое, комплексное и поэтому при выработке политики по отношению к ней следует подходить к явлениям неоднозначно, дифференцированно

Если рассматривать с этой точки зрения государственные предприятия в сфере медицины и образования, то следует признать, что они являются рассадником для теневых процессов. Но, с другой стороны, обеспечивают возможность нуждающимся и платежеспособным слоям населения получать эти услуги.

Субъекты теневой экономики представляют разные социальные группы, имеющие неодинаковые интересы. Значительная часть теневиков - это хозяйственники и самозанятые в сфере вынужденной нелегальной экономики. При осмысленном подходе они способны стать реальной силой, поддерживающей демократическое государство и укрепляющей отечественное производство.

Для борьбы с теневыми операциями следует создать комплексную систему контроля за экономикой, построенной по принципу сбора и анализа информации о финансово-хозяйственной деятельности предприятий и физических лиц с последующим обменом ею

между заинтересованными государственными органами. Необходимо установление действенного и постоянного контроля за доходами и расходами граждан, который должен осуществляться государственными органами, а также четкое разграничение криминальных элементов и "вынужденных теневиков" и фиксирование данного разделения в новых экономико-правовых актах. Все это обосновывает применение дифференцированного подхода при выработке мер по борьбе с теневыми процессами.

С этой точки зрения типичным является фриланс (свободный художник с англ) - вид занятости без заключения трудового долговременного договора. Фриланс можно отнести к серому сектору теневой экономики по причинам того, что во- первых, сложен, а порой и невозможен прямой учет и контроль результатов деятельности и заработной платы фрилансеров в системе национального счетоводства, поэтому необходимо использовать косвенные методы, в связи с чем возникают проблемы со сбором налогов, во - вторых, регулирование данного явления со стороны государства весьма проблематично т.д

Компании заинтересованы во фрилансе, поскольку он дает возможность привлекать высококлассных специалистов на непродолжительное время,

либо большое количество рабочей силы для решения какой-либо разовой задачи. Компании таким образом уменьшают платежи в фонды социального страхования. Работникам это дает следующие возможности: самостоятельно планировать свой рабочий день, самостоятельно определять объем работы и размер заработка, возможность не платить налоги. Компании нет необходимости держать на работе высоко оплачиваемого специалиста постоянно, если его услуги требуются от случая к случаю. Для государства в современном мире необходимо зарегулировать данный рынок с этой целью следует сделать шаги в следующем направлении. Во-первых, определить, какая сторона в данной сделке должна отвечать за налоговый учет; во-вторых, если данная ответственность будет возложена на самого фриланстера, то налоговым органам следует упростить процесс декларирования его дохода или создать особую форму налогообложения.

На данный момент основной налог, под который попадает фрилансер (если он не является ИП) - налог на вмененный доход (Налоговый Кодекс, ст. 326,26)

Кроме того следует решить вопрос о том, каким образом взимать с заработной платы фрилансеров взносы в фонды социального страхования. Таким образом, фриланс - это элемент теневой экономики, который следует не уничтожать, а только преобразовывать, поскольку он создает необходимую для любого государства мобильность рабочей силы и возможность для мелких и средних компаний сокращать расходы, связанные с деятельностью тех работников, которые не нужны постоянно.

Если говорить о фрилансе в медицине, то нужно понимать, что большинство высококлассных специалистов не могут работать в одиночку и из-за этого фриланс здесь во многом не годится. Некоторые ученые выделяют в качестве фрилансовой деятельности работу по совместительству, что не является фрилансом в полном смысле слова. Но все же можно выделить некоторые виды деятельности, которые можно считать фрилансовыми. Такие как: оказание медицинских консультаций, коммерческая неотложная скорая помощь, оказание деликатных медицинских услуг, таких как лечение абсцессного синдрома, услуги семейного врача, услуги венеролога и т.д. Но все же деятельность фрилансеров в медицинской сфере встречает определенные трудности. Во-первых, сложности с отсутствием у фрилансеров необходимого медицинского оборудования, во - вторых сложности с использованием баз данных о работниках-фрилансерах, в- третьих, законодательные сложности. Таким образом, для развития данной сферы государству необходимо облегчить законодательство в плане возможностей работы фрилансеров, облегчить взаимодействие между фрилансером и узкими специалистами (возможность направлять пациентов к ним на консультации) и т. д. Идеальным вариантом было бы создание централизованной базы и возможность для частных клиник привлекать для консультаций фрилансеров- узких специалистов.

Литература:

1. Авдийский В., Дадалко В. Теневая экономика и экономическая безопасность М.: Альфа-М и Инфра-М, 2012.
2. Казанчев В., Неволлина В. Теневая экономика и экономический интерес региона.// Вестник ТГПУ. – 2013.
3. Купрошенко Н. Теневая экономика. - М.: ЮНИТИ-Дана, 2013.

ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ В СТРУКТУРЕ РУКОВОДИТЕЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А.Г. Трофимчук
г. Новочеркасск

Для успешного руководства образовательным учреждением, потенциальному администратору, целесообразно обладать комплексом профессионально-педагогических компетенций. Для ответа на актуальный, социально значимый вопрос целесообразно обратиться к общечеловеческим ценностям. В понимании общечеловеческих ценностей мы исходим из утверждающегося в педагогической науке положения о том, что общечеловеческие ценности олицетворяют интересы всего человечества, в них выражено представление о добре, прекрасном, истинном, которое человеческая история вырабатывала и проверяла веками. К ним она относит: историю народа, философию (этику, эстетику), искусство, религию, литературу, педагогику, семью[1]. Нам представляется, что общечеловеческие ценности, являющиеся основой совершенствования духовного мира человека, - есть выработанные и накопленные достижения духовного, нравственного и эстетического опыта, вошедшие в жизнь человеческого сообщества и позволяющие поддерживать определенный уровень духовно-нравственного равновесия в человеческом обществе.

«Для того, чтобы человеку хорошо прожить свою жизнь, ему надо знать, что он должен и чего не должен делать. Для того, чтобы знать это, ему надо понимать, что такое он сам и тот мир, среди которого он живет. Об этом учили во все времена самые мудрые и добрые люди всех народов» - рекомендует в своём итоговом труде «Путь души» («Путь жизни») Л.Н.Толстой [6, с.5].

Знания, необходимые человеку для того чтобы хорошо прожить свою жизнь, мы понимаем как – общечеловеческие ценности.

Общечеловеческие ценности, являющиеся основой воспитания человека, есть выработанные и накопленные достижения духовного, нравственного и эстетического опыта, вошедшие в жизнь человеческого сообщества и позволяющие поддерживать определенный уровень духовно-нравственного равновесия в обществе.

Общечеловеческие ценности, способствующие воспитанию (совершенствованию духовного мира человека), содержат: духовно-нравственные основы: религий; философии (этики, эстетики); искусств (изобразительного - в виде полотен (репродукций) картин художников - реалистов, архитектурных памятников и скульптур; шедевров музыкального искусства в виде аудиозаписей известных и почитаемых во всём мире исполнителей; фильмов выдающихся режиссёров с участием известных актёров, признанных шедеврами во всём мире в виде видеозаписей и др.); классики всемирной литературы; культуры поведения и взаимоотношений между людьми; духовно-нравственный жизненный опыт выдающихся личностей всемирной истории; нравственные истоки истории государства (народа); нравственные основы педагогики; нравственные основы и смысл семейной жизни [7, с.13-15].

В диалоге «Алкивиад I», Аристокл (Платон) делает вывод: «Если ни тело, ни целое, состоящее из тела и души, не есть человек, остается, думаю я, либо считать его ничем, либо, если он все же является чем-то, заключить, что человек – это душа. Надо заботиться о душе и именно на нее обращать внимание» [3, с.225].

Научное определение понятия души даёт (и описывает её основные характеристики) известный немецкий философ и учёный Г.В.Лейбниц в труде «Монадология»: 1) Реальный мир, по Лейбницу, состоит из бесчисленных психических деятельных субстанций, неделимых первоэлементов бытия – монад, которые находятся между собой в отношении предустановленной гармонии. 2) Развитие каждой монады находится в полном соответствии с развитием других и всего мира в целом. 3) В монаде заложена индивидуальная программа духовного совершенствования. 4) Монады образуют восходящую Иерархию в соответствии с уровнем духовного развития. 5) Монады, которые способны не только к восприятию, но и к самосознанию, - Г.В.Лейбниц относил к душам людей [8, с.359].

В работе «Для чего люди одурманиваются», Л.Н.Толстой описывает функционирование психики человека: « В период сознательной жизни человек часто может заметить в себе два отдельные существа: одно — слепое, чувственное и другое — зрячее, духовное. Слепое, животное существо ест, пьёт, отдыхает, спит, плодится и движется, как движется заведенная

машина; зрячее, духовное существо, связанное с животным, само ничего не делает, но только оценивает деятельность животного существа тем, что совпадает с ним, когда одобряет эту деятельность, и расходится с ним, когда не одобряет ее.... Но стоит сделать поступок, противный совести, и появляется сознание духовного существа, указывающее отклонение животной деятельности от, указываемого совестью»[5, с.6]..

Процесс самовоспитания на общечеловеческих ценностях, представляет обогащение индивидуальности (и личности) человека знаниями, как он должен жить и что он должен и не должен в жизни делать, а также развитыми положительными моральными качествами общечеловеческого идеала современной этики (бережливости, благородства, вежливости, великодушия, верности, выдержки, духовности, идейности, искренности, мужества, правдивости, принципиальности, самоотверженности, скромности, смелости, терпимости, трудолюбия, человечности, честности, чувства нового, чуткости; с одновременным изжитием противоположных отрицательных: *зазнайства, злословия, карьеризма, корыстолюбия, мещанства, распутства, скупости, ханжества, чванства, эгоизма, злорадства, грубости, вероломства, цинизма, лицемерия малодушия, высокомерия, трусости, тунеядства, косности* [4]), применёнными в повседневной жизнедеятельности [7, с.66].

Литература:

1. Вейсс Ф.Р. Нравственные основы жизни: Пер. с фр./ Ф.Р. Вейсс. – Мн.: Юнацтва,1994.– 526 с.
2. Высоцкий В.С. Педагогу Е. Ф. Саричевой (1960г.) [Электронный ресурс]. URL: <http://forum.siberianet.ru/showthread.php?t=27884#post697363> (дата обращения: 20.09.2013).
3. Платон. Собрание сочинений в 4т.: Т.1/ Общ. ред. А.Ф. Лосева. – М.: Мысль, 1990. – 860с.
4. Словарь по этике / Под. ред. А.А. Гусейнова и И.С. Кона. – М.: Политиздат, 1989. – 447с.
5. Толстой Л.Н. Круг чтения. Избранные, собранные и расположенные на каждый день Л. Толстым мысли многих писателей об истине, жизни и поведении: В 2Т.: Т.2. – Москва.: Политиздат, 1991. –399с.
6. Толстой Л.Н. Путь жизни /Л.Н. Толстой. – М.: Республика, 1993. – 431с.
7. Трофимчук А.Г. Воспитание на основе общечеловеческих ценностей: монография / Новочерк. гос. мелиор. акад.. – Новочеркасск, 2009. – 170с.
8. Философский энциклопедический словарь/ Гл. ред. Ильичев Л.Ф., Федосеев П.Н. и др. – М.: Сов. Энциклопедия, 1983.– 840 с.

ПУТЬ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАНИЯ В ВОЕННОМ ВУЗЕ

И.Е. Шемякина, Е.А. Плесовских

Тюменское высшее военно-инженерное командное училище (военный институт) имени маршала инженерных войск А.И. Прошлякова, г. Тюмень

С позиции современного образования его качество достигается разными путями. Модель обучения в военном вузе являлась и является управленческой моделью обучения. Авторы (В.А. Якунин и др.) рассматривают такое обучение в терминах управления. С этих позиций процесс обучения курсантов осуществляется на основе соотнесения дальних, средних и ближних целей (стратегических, тактических, оперативных задач). Раскрывая процесс обучения, выделяются этапы его организации как процесса управления: формирование целей; формирование информационной основы обучения; прогнозирование; принятие решения; организация исполнения; коммуникация; контроль и оценка результатов; коррекция. Сложившуюся в мире систему образования, имеющуюся в военном вузе, многие называют "поддерживающим обучением". Оно основано на подготовке курсанта к решению повседневных проблем и предназначено в основном для поддержания существующей системы образа жизни и его учебно-профессиональной и личностной деятельности. Однако в мире обозначилась иная тенденция, связанная с переходом на другой тип обучения – "инновационный". Такое обучение должно подготовить курсанта к использованию методов прогнозирования, моделирования и проектирования в жизни и профессиональной

деятельности. Современное инновационное обучение требует, прежде всего, личностный подход к каждому из обучающихся курсантов, а именно развитие способностей личности курсанта на основе его образования и самообразования.

Авторы [1] считают, что основное противоречие современной системы образования, в том числе и военно-профессионального между быстрым темпом приращения знаний в современном мире и ограниченными возможностями их усвоения каждым отдельным индивидом. Именно это противоречие заставляет педагогическую теорию и практику, применяемую в военном вузе отказаться от абсолютного образовательного идеала во всесторонне развитой личности, и перейти к новому идеалу – максимальному развитию способностей курсанта к саморегуляции и самообразованию [2, 3].

Считаем, что один из путей решения проблемы качественной подготовки курсантов военного вуза находится в поле доверия к ним и к их деятельности, учитывая специфику образовательной среды военного вуза в условиях ее современных изменений [4]. Такой подход выбран в следствии лонгитюдных исследований (с 2007 по 2011 г.г.) образовательной среды военного вуза, описанных в работе [5], результаты которых подтвердили закономерность понижения профессиональной направленности курсантов к концу второго года обучения. Так по сравнению с первым годом обучения количество курсантов, имеющих высокий уровень профессиональной направленности в среднем уменьшается на 23%, т.е. уменьшается количество курсантов, стремящихся к овладению избранной военной профессии, которым приобретаемая профессия нравится, которые хотели бы в будущем работать и совершенствоваться, считающих выбранную профессию делом своей жизни. А вот количество курсантов, имеющих низкий уровень профессиональной направленности, наоборот повышается в среднем на 23%, т.е. увеличивается число курсантов, которые не видят ничего хорошего для себя в своей будущей военной профессии. И как следствие уже к середине второго курса преподаватели ежегодно отмечают, что у курсантов резко падает интерес к изучению дисциплин естественнонаучного и математического цикла, а значит, снижается качество их образования. Проанализировав ситуацию, мы увидели, что причин этому достаточно много, например, те, что описаны в работе [6]. Считаем, что помочь курсанту в сложный для них период адаптации можно, если предложить ему «инструмент» по оценке своего учебного труда. Таким инструментом может быть обыкновенная диагностическая шкала с единицей измерения в один процент. Так в начале учебного занятия мы предлагали курсантам начертить три шкалы и оценить свои знания (З), умения (У), владения (В) по объявленной теме занятия точкой. В конце занятия также предлагалось курсантам осуществить замер своих знаний (З), умений (У), владений (В) и обозначить на шкале новой точкой. Отмечалось, что курсанты подходят к процессу самооценивания индивидуально, т.к. некоторым необходима помощь преподавателя, что подтверждает разный уровень развития у курсантов самооценки своего учебного труда. На следующем этапе исследования было решено предложить курсантам оценивать себя не только с помощью диагностических шкал, но и оценкой по пятибалльной системе, т.е. так как оценивали учителя их труд на протяжении одиннадцати лет обучения в школе. Критерии оценки обсуждались с курсантами в начале занятия. Заинтересованность курсантов на таких занятиях заметно возрастала. Курсанты, имея возможность оценить себя самостоятельно без внешней оценки преподавателя, отмечали свой уровень знаний, умений и владений по изучаемой теме занятия на диагностических шкалах изменением положения начальной точки. Можно отметить, что именно на таких занятиях роль педагога из оценивающего перерастала в большее, а именно помогающего курсанту поступить честно в первую очередь по отношению к самому себе в самооценке. Возможно, именно в этот момент занятия отношения курсант-преподаватель перерастали в субъект-субъектные, что можно отметить как социальный эффект в образовательной среде учебного занятия. Необходимо заметить, что только в военном вузе каждое учебное занятие начинается со следующих многозначных слов: «Здравствуйтесь, товарищи курсанты!», «Здравствуйтесь, товарищ преподаватель!». Результаты педагогического эксперимента были обсуждены на заседании предметно-методической комиссии кафедры. Решено продолжить деятельность по развитию способностей курсантов к саморегуляции и самообразованию, как один из путей повышения качества образования в военном вузе.

Литература:

1. Гребнева Н.А., Зыкова В.К. Дидактические закономерности обучения// Научный сборник, Тюмень: ТВВИКУ (г. Тюмень), 2013г. - с. 421.

2. Шемякина И.Е. Формирование и развитие компетенций самоорганизации и самоуправления//«Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития». – 2014. Т. 3, Вып. 1 (9). - 98 с.
3. Шемякина И.Е. Самообразование – основа становления субъектности курсантов в современных условиях социально-педагогических изменений образовательной среды высшего военного учебного заведения//«Ученые записки Орловского государственного университета. Серия «Гуманитарные и социальные науки»: научный журнал. – 2013. - №5 (55).
4. Шемякина И.Е., Дорофеев С.М. Специфика образовательной среды военного вуза – главный фактор в выборе образовательной технологии обучения курсантов // Математика и информационные технологии в естественнонаучном образовании: сборник научных трудов (включены материалы Всероссийской научно-практической конференции).- Тюмень: Издательство Тюменского государственного университета, 2014. – 328 с.
5. Шемякина И.Е. Изучение уровня профессиональной направленности курсантов военных ВУЗов (на примере ТВВИКУ) //Теоретические и прикладные аспекты личностно-профессионального развития: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. В 2-х частях. Ч. 2. – Омск, 2011. – 152 с.
6. Шемякина И.Е. Выявление факторов, влияющих на уровень усвоения курсантами дисциплин математика и теоретическая механика// Образование в эпоху перемен //Сборник научных трудов. Выпуск 7/ Ред. С.В. Кривых - СПб.: ИДПИ, 2011. – 242 с.

НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДСЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ОСНОВА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.А. Шутова

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Совершенствование профессиональной деятельности сестринского персонала определено Минздравом России как одно из ключевых направлений кадровой политики. Квалифицированные кадры становятся одним из наиболее ценных ресурсов для российского здравоохранения. Необходимость непрерывного профессионального образования становится сегодня этически и экономически обоснованным требованием.

К сожалению, существующая образовательная система не в полной мере обеспечивает решение этой задачи., что отмечается во многих исследованиях. Без решения этой задачи невозможно решить и проблему, которую министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова сформулировала в «Итогах работы Министерства в 2013 г. и задачах на 2014 год»: назрела необходимость внедрения новых технологий в деятельность среднего медицинского персонала с дифференцированным расширением его функций на разных уровнях оказания медицинской помощи. Расширение функциональных обязанностей, высокие требования к профессиональному уровню требуют постоянного совершенствования их знаний и умений с целью повышения качества медицинской услуги и обеспечения населения доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощью. Это определяет потребность в систематической последипломной их подготовке.

Во многих томских ЛПУ актуальной является проблема организации эффективной системы повышения квалификации, а о создании системы непрерывного образования на рабочем месте, похоже, ещё не задумались. При этом социологические исследования, проведенные в Перинатальном Центре, в НИИ кардиологии и в томской ЦРБ показали низкую степень удовлетворенности медсестер существующей системой повышения квалификации. В ЦРБ и Перинатальном центре только около 50%, в НИИ кардиологии – 63 % респондентов признали её достаточной.

Был проведён и сравнительный анализ оценки профессиональных знаний медсестёр врачами, пациентами и самими медсестрами в ЦРБ и НИИ кардиологии. В ЦРБ как высокий оценили уровень знаний медсестер только 27% докторов, 50% пациентов и 67 % медсестёр. В

НИИ кардиологии уровень профессиональных знаний медсестёр как высокий оценили 89% докторов, 90% пациентов, но только 46% медицинских сестёр. Как средний оценили – 11% докторов, 10% пациентов и 54% медсестёр. Хотя профессиональный уровень медицинского персонала в НИИ кардиологии оценивается выше, чем в томской ЦРБ, но и здесь большая часть медсестер оценивает свои знания как средние. А средний уровень знаний и умений уже совершенно недостаточен. Опрос медсестёр показал, что они испытывают дефицит профессиональных знаний в какой-либо области и понимают необходимость восполнения их. Существующую ныне систему повышения квалификации они признали неудовлетворительной, отмечая часто формальную организацию учебы: из года в год читается одно и то же, не нравится форма проведения учебы и поэтому «нет реальной пользы». Многие при опросе отмечали отсутствие мотивации к повышению своей квалификации. Подобная ситуация является типичной для многих российских ЛПУ, о чем свидетельствуют публикации в журналах «Главная медсестра», «Здравоохранение» и других.

Вместе с тем, имеется положительный опыт создания системы непрерывного образования в некоторых российских ЛПУ. Непрерывное медицинское образование начинается после получения специальности и продолжается непрерывно в течение всей жизни. Мерилом является набор кредитов, которые являются единицей измерения учебной нагрузки по программам повышения квалификации и переподготовки.

Непрерывное профессиональное развитие специалистов сестринского дела может осуществляться в различных формах, которые включают как формальное обучение (в системе первичного или дополнительного профессионального образования), так и неформальное и информальное (самообразование, обновление знаний и умений и профессиональных навыков на рабочем месте, конференциях, семинарах и др.) Так, возможны следующие варианты получения знаний: очное обучение в образовательной организации дополнительного профессионального обучения; дистанционное обучение; участие в модульно-накопительной системе; обучение, стажировка на рабочем месте; обучение в общении с коллегами и руководителями; участие в конференциях, съездах, семинарах и других мероприятиях; изучение специальной литературы; использование возможностей Интернета.

Изучение этого опыта показывает, что, во-первых, медперсонал должен быть мотивирован в постоянном совершенствовании себя как профессионала, а для этого должны улучшаться условия труда и совершенствоваться система оплаты труда – внедряться дифференцированные, стимулирующие варианты оплаты, ориентированные на применение новейших медицинских технологий, объем выполненного труда, достижение медицинской результативности. На основании Законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», законом «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», приказами и письмами Министерства здравоохранения определены социальные гарантии и компенсации для специалистов, желающих повысить свою квалификацию и профессиональную подготовку. Однако на практике такая поддержка не компенсирует потери, связанные с отрывом от работы. Поэтому, во-вторых, обучение на рабочем месте имеет преимущества по сравнению с другими формами, так как содержание программ обучения и время его проведения могут быть приспособлены к конкретным насущным потребностям ЛПУ. В процессе обучения может использоваться реальное медицинское оборудование, процедуры и методы выполнения конкретных видов работ. Обучение может быть экономически выгодным, т.к. оно проводится без отрыва от производства. При внедрении накопительной системы повышения квалификации наиболее приемлемым и реально выполнимыми для существующего уровня сестринского дела являются апробированные формы проведения краткосрочных обучающих мероприятий для зачёта по накопительной системе. Это могут быть:

- семинары, тематика которых соответствует содержанию образовательных стандартов и обязательно включает инновации в сестринском деле с зачётом всех часов;
- сестринские конференции, тематика которых соответствует содержанию образовательных стандартов и обязательно включает инновации в сестринском деле по обсуждаемой тематике с зачётом всего времени проведения конференции;
- мастер-классы, которые проводятся с обязательным привлечением присутствующих медработников в процесс проведения тренинга, тестирования, решения проблемных задач.

В третьих - обучение персонала требует системного подхода, включающего диагностику, собственно обучение и последующий контроль знаний и умений.

Диагностические мероприятия могут быть разнообразными как по форме, так и по охвату персонала. Могут оцениваться качественные (чему учить, какие навыки развивать) и количественные (какое число работников разных категорий нуждается в обучении) потребности в обучении, которые выявляются следующими методами:

- оценка информации кадровой службы (стаж, опыт, образование, участие в программах повышения квалификации и др.);
- сбор и анализ заявок на обучение персонала от руководителей подразделений;
- наблюдение и анализ проблем, мешающих эффективной работе (низкое качество работы, ошибки, просчёты, ведущие к нарушениям техники безопасности, потерям времени и т.п.);
- изучение опыта других ЛПУ;
- экспертные оценки (в качестве экспертов могут выступать как внешние консультанты, так и работники организации-руководители, специалисты кадровой службы, центра обучения).

Подготовка:

- опросы медсестер;
- тестирование (тесты по различным теоретическим вопросам);
- оценка правильности выполнения манипуляций (алгоритмы манипуляций, стандарты деятельности и т.п.);
- оценка умения обучать пациентов и грамотно общаться (специальные психологические тесты, профессиональные задачи с выбором вариантов решения, элементы ролевой и деловой игры для оценки действия в различных ситуациях и т.п.);
- оценка умения действовать в критических ситуациях (деловые игры, решение конкретных ситуационных задач, алгоритмы оказания неотложной помощи и т.п.).

Ситуация, в которой в ЛПУ не уделяется достаточного внимания выявлению потребности в обучении, является довольно типичной. Потребность в обучении оценивается «на глазок». Медсёстры в этих условиях вынуждены сами восполнять недостаток знаний и навыков, нужных для работы.

В организации необходимо выстроить систему контроля результатов обучения. Для определения того, насколько эффективно оказалось обучение, следует определить, где произошёл прирост знаний, умений и навыков во время обучения.

Лучший способ оценить качество обучающего курса - это опросить медсестёр, которые его прошли (при условии, что они были мотивированы на обучение). Насколько прикладной характер имеет программа, каков профессиональный уровень преподавателей, соответствует ли тема содержанию – всё это ценная информация, которая в дальнейшем позволит более грамотно выбрать оператора на рынке обучения.

В четвёртых - общее руководство организацией обучения персонала должно осуществляться менеджером сестринского дела. Эту должность должна занимать медицинская сестра с высшим сестринским образованием. В её обязанности должно входить обеспечение учебного процесса, но также организация и участие в проведении общебольничных конференций, семинаров, круглых столов и т.п.

Для реализации перечисленных общеобразовательных мероприятий нужно создать необходимую материально-техническую базу в ЛПУ:

- компьютеризировать рабочие места;
- обеспечить сотрудникам доступ к современным высококачественным источникам информации, в т.ч. в Интернет;
- создать методические кабинеты, обеспеченные современными книжными изданиями.

Литература:

1. Алексеева Г.М. Опыт организации непрерывного обучения среднего и младшего персонала на базе ФГУЗ КБ № 85 ФМБА России // Главная медсестра. – 2011. - №7. - С. 29-43.
2. Васильева А.З. Инновационные методы подготовки специалистов здравоохранения среднего звена для обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. // Главная медсестра. 2010. - № 9. - С.139-146.
3. М.М. Волкова, С.Р. Волков. О возможности использования программ ФГОС третьего поколения специальности 060501 сестринское дело в целях непрерывного профессионального развития медицинских работников. // Гл. медсестра. – 2013. - № 2. - С. 124-134
4. Перспективы развития непрерывного профессионального образования средних медицинских работников в Росс. // Главная медицинская сестра.- 2013.- № 5. - С. 99-108.

5. Попова Н.М., Салахутдинова В.А. Совершенствование квалификации среднего медицинского персонала как важный фактор повышения качества оказания сестринской помощи в медицинской организации. // Главная медсестра. – 2012. - № 9. - С. 39-58; №10, С. 28-48.
6. Стафорандова Н.В, Придченко Г.А. Система обучения среднего медицинского персонала санаторного учреждения. / Главная медицинская сестра. – 2013. - № 3. - С. 27-35.
7. Шувалов А.Е., Лепляева А.К., Володин А.В. Накопительная система повышения квалификации- эффективная форма непрерывного профессионального образования. // Главная медсестра. – 2011. - № 4. - С. 103-115.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ СИБИРСКОЙ МОЛОДЕЖИ О ФЕНОМЕНЕ «ЭКСТРЕМИЗМ»

Э.И. Мещерякова¹, С.Н. Шабанова¹, А.В. Ларионова²

*Национальный исследовательский Томский государственный университет¹, г. Томск
Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники², г. Томск*

*Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда,
проект 14-06-18025 «Исследование современных форм экстремистского поведения молодежи
с учетом влияния культурно-средовых факторов»*

В последнее время в мировой науке большое внимание уделяется социальным проблемам общества. Особое место в этом проблемном поле относится к понятию «экстремизм». Стратегия национальной безопасности РФ (до 2020 года) содержит прогноз того, что экстремизм как проявление крайних взглядов в национальных и конфессиональных отношениях будет негативно сказываться на обеспечении национальных интересов государства, его целостности и на всех аспектах национальной безопасности. Поэтому на долгосрочную перспективу главными направлениями государственной политики в сфере обеспечения национальной и общественной безопасности должны стать усиление роли государства, противодействию этим угрозам [4].

В литературе представлено множество предметных исследований проблемы экстремизма из различных областей научного знания. Разработки, направленные на определение понятия экстремизм, установление причин возникновения экстремизма, его экспертизы представлены в работах отечественных исследователей А.Г. Залужного (2002), Л.Н. Аксеновской (2006), О.В. Поповой (2008), О.В. Зелениной, П. Е. Суслонова (2009), Ф. П. Васильева (2010), В.А. Диля и И.В. Вехова (2011). Вместе с тем, несмотря на обилие научной литературы, имеющей либо непосредственное, либо опосредованное отношение к исследуемой проблеме, существует еще целый ряд неразрешенных задач - практически нет работ, посвященных систематизации и концептуализации проблемы экстремизма, тогда как динамика развития современного общества требуют постоянного и пристального научного внимания к проблеме экстремизма, а также проведения исследовательских изысканий. Поэтому одной из основных задач в понимании природы экстремизма является определение глубинных причин, лежащих в его основе. Для решения данной задачи наиболее подходит применение антропологического подхода, который позволит обобщить имеющиеся теоретические представления и разработать типологию современных форм экстремистского поведения молодежи, рассмотреть проблему через призму условий и качеств человеческого бытия, его конкретности и определенности, локальности, временности и историчности человеческого существования, возможности потери и обретения человеческой сущности [3].

В генезисе экстремизма ведущее место занимает личность экстремиста. Формирования личности экстремиста обусловлено некоторыми особенностями (внешних и внутренних), сочетание которых приводит человека к экстремистской деятельности. Личность человека, совершившего преступления с экстремистской мотивацией, с одной стороны, отражает в обобщенной форме наиболее существенные признаки личности преступника как таковой, с другой, имеет особенности личности, свойственные только экстремистам.

С целью определения специфичных особенностей личности экстремиста было проведено исследование, которое включало анализ документов (приговор, биография,

характеристики), что позволяло составить первичное представление о социально – демографических, уголовно–правовых и психологических особенностях осужденного, условиях его семейного воспитания и трудовой деятельности, а также психодиагностическое исследование. В результате осужденные распределились по трем кластерам: террористы с мотивацией риска (искусственно подвергающие себя рискам) - 30 чел., террористы с психопатологией (садомазохизм, психопатологическая агрессия, маниакальные тенденции, потенциальные суицидники с субдепрессиями, наркоманы) -12 чел.; эксплуатируемые террористы-зомби (низкий интеллектуальный уровень, повышенная зависимость от окружающих, отсутствие имущества, примитивная вера в существование «того света» и др.) - 10 чел. При обобщении результатов исследования были сделаны следующие выводы, во-первых, личность с экстремистскими тенденциями в поведении имеет различное структурно – уровневое содержание в зависимости от культурно – средовых и возрастных факторов; во-вторых, различны психологические механизмы проявлений экстремизма; в-третьих, обнаруживаются эвристические психологические факторы, содержание которых указывает на генез становления противоправных установок [3].

Особое место в исследовании феномена экстремизма занимает молодежный экстремизм. По официальным данным МВД и ФСБ России в среднем 80 процентов участников организаций экстремистского характера составляют лица, возраст которых не превышает 30 лет [2]. Исследованием социально-психологических характеристик и механизмов распространения экстремистских настроений в молодежной среде занимаются: А. А. Козлов (2003), Ю. А. Зубок, В. И. Чупров (2008), Р.Р. Гомлешко (2011). Авторы подчеркивают необходимость исследования молодежного экстремизма на «додеятельностном» уровне, когда потенциальная направленность к экстремисткой деятельности переходит в актуальную, то есть «латентный» экстремизм. Так, И.В. Вехов отмечает, что экстремистские установки, убеждения, идеи, взгляды распространены в обществе гораздо шире, чем открытые проявления агрессии и ненависти и присутствуют на всех слоях общества. Такой «неактуализованный» экстремизм, будучи «растворенным» в общественном сознании, создает основу социальной напряженности. Не менее важно и то, что формируя повседневный фон, на котором протекает регулярная деятельность индивидов, латентный экстремизм оказывает влияние на социализацию и мировосприятие молодого поколения, самовоспроизводясь в будущих поколениях. [1]. Проблема «латентного» экстремизма, в большей степени, разработана в зарубежной литературе, данный феномен рассмотрен в трудах Б. Альтмайер, Д. Канетти-Низим, Х.П. Кун, А. Педасур, Д. Хаген, В. Хайтмайер. Недостаточная изученность проблемы «латентного» экстремизма в российской науке обуславливает необходимость выявления специфических особенностей «латентного» экстремизма для российской молодежи. И.В. Вехов отмечает, что задача исследователя, ставящего перед собой цель выявить уровень экстремистского потенциала в обществе, сводится к выделению специфики мировоззрения экстремиста, анализу его составляющих и нахождению аналогичных культурно-ценностных установок среди широких слоев населения. В результате выявляются предпосылки проявления «открытого» экстремизма в виде его латентных форм, что позволит выработать эффективные профилактические меры для предотвращения экстремистских проявлений среди молодежи.

Организация исследования. Исследование проходило на базе г. Томска, всего в исследовании приняло участие 82 студента, характеристика выборки представлена в таблице.

Таблица

Характеристика выборки

Категории выборки	Пол (женский)	Пол (мужской)	Возрастная группа 17-20 лет	Возрастная группа 21-25 лет	Возрастная группа 26-35 лет
Количество (чел)	64	18	37	43	2
Количество (%)	78%	22%	45%	52%	2%

Основным методом сбора информации была анкета, содержащая 19 вопросов открытого и закрытого типа.

Обсуждение результатов исследования. Вопросы анкеты были разделены на блоки, которые затрагивали различные проблемные стороны феномена экстремизма: представление

молодежи об экстремизме и понимание самого феномена, уровень информированности об экстремистской ситуации в мире, причины возникновения экстремистской направленности в поведении, мотивация к экстремистской деятельности, отношение к различным видам экстремизма (религиозный, национальный, политический, информационный, культурный).

На вопрос «Знаете ли Вы что такое экстремизм?», 81% респондентов ответили утвердительно, 17% затрудняются ответить и 2% ответили, что не знают. При этом в понятие экстремизм студенты вкладывают следующие смыслы:

1. Отрицательные эмоции (ненависть, нетерпимость, злость, агрессия и т.д.).
2. Разрушительные действия (война, насилие, убийство, терроризм и т.п.).
3. Деструктивная идеология (радикализм, расизм, национализм, фашизм и т.п.).
4. Конкретные вещи, события, личности, (хачи, фанаты футбола, майдан, коммунизм и т.д.).

На вопрос, «В чем, по Вашему мнению, заключаются основные причины экстремизма», 62% опрошенных считают, что причина экстремизма в целенаправленном «разжигании» представителями экстремистско-настроенных организаций националистической агрессии, 35% видят причину в деформации системы ценностей в современном обществе, 12% видят причину в многонациональности населения, проживающего на территории России, 5% - в недостаточном правовом просвещении граждан в сфере противодействия (профилактики) экстремизма.

На вопрос, «Приходилось ли Вам сталкиваться с проявлениями экстремизма в повседневной жизни», 46% студентов ответили отрицательно, 34% - сталкивались несколько раз, 13% - затруднились ответить, 5% сталкивались достаточно часто.

На вопрос, «В каких случаях экстремистские действия будут оправданы?», 54% респондентов ответили «никогда», 22% считают, что оправдать экстремизм можно, когда эти действия позволяют донести какую-то идею до народа, государства, 18% считают, что оправдать можно, когда эти действия защищают определенную группу людей, 4% затруднились ответить.

На вопрос, «Какие причины могли бы Вас мотивировать стать членом экстремистской (радикальной) группы?», 64% опрошенных ответили, что «никакие», 20% ответили, что «если я согласен с позицией этой группы», 12% ответили, что «если это поможет решить какую-либо проблему в обществе», 3% - «если это принесет материальную выгоду», 1% - «если это принесет новые ощущения».

Обобщая результаты исследования, можно сделать несколько выводов об особенностях представлений молодежи о проблеме экстремизма: 1. Молодежь имеет четкие негативные представления о феномене «экстремизм». 2. Большинство опрошенных (77%) ассоциируют феномен экстремизма с отдельным его видом – национальным экстремизмом. 3. Несмотря на понимание негативной природы экстремизма, 40% опрошенных считают, что в отдельных случаях экстремистские действия могут быть оправданы, и 5% не имеют четкой позиции на этот счет, при этом 36% опрошенных допускают возможность стать членом экстремистской группировки.

Полученные предварительные результаты исследования эмпирически обосновывают необходимость постоянного и пристального научного внимания к проблеме экстремизма и проведения исследовательских изысканий. Обнаруженная потенциальная готовность молодежи (с преобладанием идеологического мотивационного компонента) стать членом экстремистской группы свидетельствует о нарастающей напряженности в молодежной среде и задают вектор профилактической работы с учетом средовых факторов влияния и индивидуально-психологических особенностей личности.

Литература:

1. Вехов И.В. Экстремизм в современной России: механизм воспроизводства и меры социального контроля. Автореф. дисс. канд. социол. наук: Санкт-Петербург. 2011. 26 с.
2. Методические рекомендации по профилактике и противодействию экстремизму в молодежной среде. <http://news.rambler.ru/9621370/>. (дата обращения: 20.10.2014).
3. Мещерякова Э.И., Бохан Т.Г., Ларионова А.В. Учет эвристик маргинальности в психокоррекционной работе с осужденными за экстремизм: антропологический подход // СПЖ. № 52. 2014. С. 104-114.
4. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г.

УПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ РАБОТЫ В КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Э.В. Плучевская, Г.А. Алехина

Национальный исследовательский Томский политехнический университет, г. Томск

Ни для кого не секрет сегодня, что существование и развитие любой организации возможно при условии потребности в ее услугах, продукции, товарах, которые она оказывает, производит или продает. В современном мире потребитель любой сферы, будь то автомобилестроение, образование или здравоохранение уже не ограничивается прямым потреблением, а предпочитает то, что обладает так называемой «объемной расширенной ценностью». Особенно значимо это понятие касается сферы услуг, в том числе сферы здравоохранения.

В условиях функционирования российского рынка здравоохранения, когда в различных сферах функционирует множество продавцов однотипных медицинских услуг, учитывая одинаковую стоимость входящих материалов, медикаментов, специалистов, а так же однообразие в имеющемся оборудовании, конкурировать коммерческим медицинским организациям только по цене уже не представляется возможным. Уверенно привлекать дополнительного потребителя можно создавая условия для появления объемной расширенной ценностью. В это понятие сегодня включается:

- во-первых, качество оказываемой услуги,
- во-вторых, сервисное сопровождение,
- и только, в-третьих, проводимая на рынке ценовая политика организации.

И то, и другое, в первую очередь, достижимо при высокой эффективности работы всей медицинской организации, что, в свою очередь, предполагает успешное проведение следующих мероприятий:

- контроля за качеством оказываемой услуги,
- предотвращения потерь,
- отсутствия дополнительных затрат на оказание услуги,
- высокий сервис обслуживания пациента как «на входе», так и «на выходе».

Управление эффективностью работы медицинской коммерческой организации – это процесс, который должен протекать непрерывно и циклично, и быть направлен в первую очередь на повышение степени удовлетворенности пациента.

С точки зрения теории управления - управление эффективностью деятельности медицинской коммерческой организации - это набор управленческих процессов (планирования, организации выполнения, контроля и анализа), которые позволяют медицинской коммерческой организации, как бизнесу, определить стратегические цели и затем оценивать и управлять деятельностью по достижению поставленных целей при оптимальном использовании имеющихся ресурсов. Это система управления, построенная на принципах управления стоимостью организации.

При этом нужно понимать, что управление эффективностью деятельности медицинской коммерческой организации усложняется тем, что охватывает весь спектр задач в области стратегического, финансового, маркетингового и, главное, операционного управления процессами: встречи, регистрации, приема пациента, оказания квалифицированной медицинской помощи, консультации, назначения лечения и т.д. Поскольку эти процессы являются основными в любой медицинской организации и направлены на удовлетворение потребителя, в данном случае, оказания пациенту качественной медицинской помощи, то в первую очередь, необходимо наладить систему управления эффективностью работы и уже затем, как верхний контролирующий блок, строить систему управления деятельностью.

Конечно, основная цель любой коммерческой организации, осуществляющей предпринимательскую деятельность – получение прибыли. И на деле мы часто сталкиваемся с дилеммой: отношение владельцев бизнеса к прибыли и способам ее получения весьма разное.

Есть предположение, что в бизнесе нет места моральным исканиям и философским размышлениям. Здесь все подчинено единой цели и стратегии – зарабатывать деньги и наращивать прибыль, величина которой завтра должна быть выше, чем сегодня. Однако такой упрощенный и прямолинейный подход не может быть приемлем для бизнеса в медицинской сфере. Попытки многих бизнесменов и предприятий действовать лишь в рамках

узкоэгоистических интересов, пренебрегая интересами потребителей, государства и общества, ведут, в конечном счете, к подрыву репутации медицинской организации, потере потребителей и ее потенциальному закрытию в перспективе. Современный бизнес в медицинской сфере требует иных подходов к планированию и осуществлению предпринимательской деятельности. Соответственно, для собственника бизнеса в медицинской сфере первоочередная задача построить систему управления эффективностью, объединив и увязав между собой управленческие и операционные цели, соблюдая при этом этику оказания медицинской услуги.

Если для одних прибыль – это главный результат, для достижения которого приемлемы любые средства, то для других немаловажным мерилom являются способы получения прибыли, удовлетворение потребителей и следование определенным моральным принципам. Если мы говорим о медицинской коммерческой организации, то этические и моральные принципы бизнеса в медицине дополнительно курируются и ограничиваются законодательными и нормативными рамками и в этом случае, очевидно, должен быть возможен только второй вариант.

Управление эффективностью, таким образом, должно включать в себя применение таких управленческих технологий, как моделирование стратегии, карты сбалансированных показателей, процессно-ориентированное планирование и функционально-стоимостной анализ, бюджетирование и бизнес-моделирование, консолидированная управленческая отчетность и анализ, мониторинг ключевых показателей деятельности, связанных со стратегией.

Управление эффективностью деятельности в коммерческой медицинской организации - во всех без исключения областях управления - включает три основных вида деятельности:

1. постановка целей,
2. анализ значений показателей, характеризующих достижение организацией поставленных целей,
3. управляющие воздействия менеджеров по результатам анализа, направленные на улучшение будущей деятельности организации по достижению поставленных целей.

Для иллюстрации последовательности процессов, составляющих цикл управления эффективностью деятельности медицинской коммерческой организации, представим ее в виде схемы. (См. схему 1)

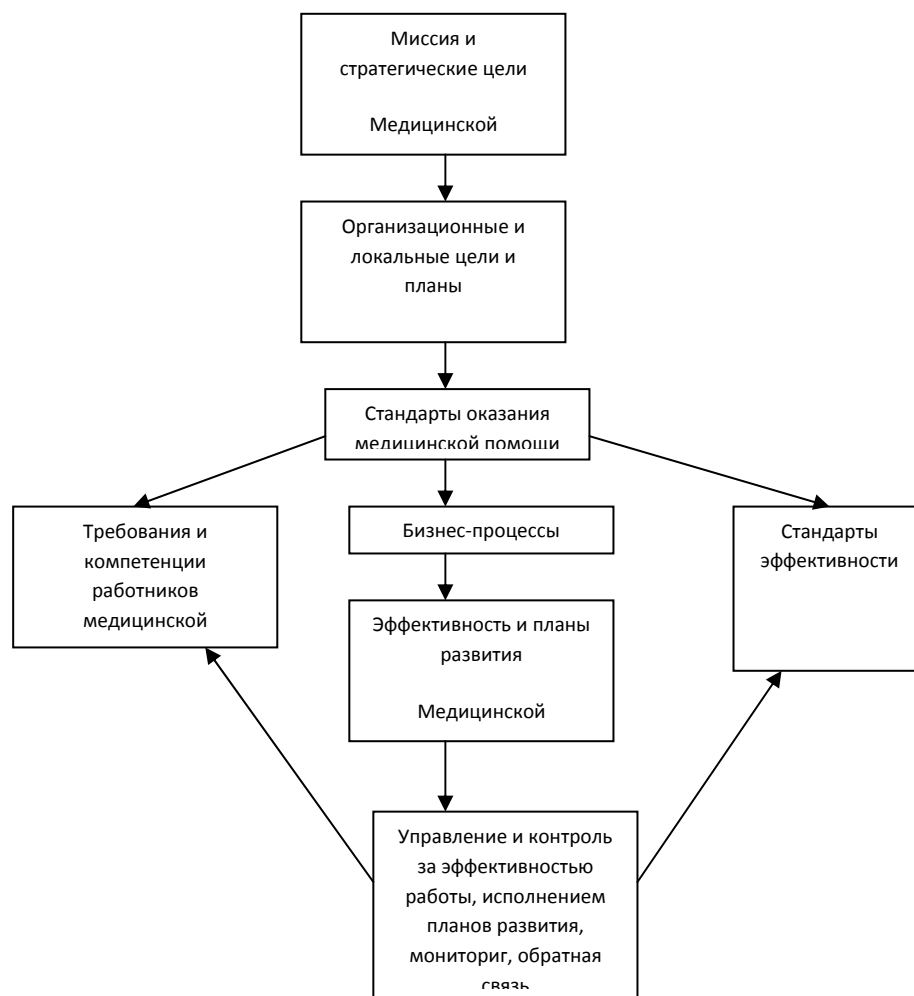
Данная схема достаточно проста и реализуема, инструменты, применяемые для ее внедрения уже доказали свою эффективность как на примере зарубежных медицинских организаций, так и российских.

Единственная и, наверное, основная проблема, с которой сталкивается руководитель медицинской коммерческой организации сегодня в России – это отсутствие знаний, навыков и компетенций по применению таких инструментов. Многие идут по пути привлечения консультантов и, в целом, они правы. Но в этом случае возникают дальнейшие вопросы, связанные с пониманием, контролем и оценкой работы консультанта и дальнейшей компетентной и эффективной реализацией выдвинутых предложений.

На сегодняшний день, приходится констатировать актуальную проблему в сфере здравоохранения - необходимость соответствующего управленческого образования у руководителей и собственников медицинских организаций для разработки и внедрения проектов по повышению эффективности работы организации и увеличения степени удовлетворенности пациентов оказываемыми услугами в режиме управления затратами.

Отвечая на заданный вопрос, можно с уверенностью заявить, что проблема образования и получения компетентных знаний по управлению медицинским предприятием любого уровня собственности уже на протяжении нескольких лет успешно решается в Центре программ МВА «Master of Business Administration» - Мастер делового администрирования» Томского политехнического университета.

Схема 1. Последовательность процессов управления эффективностью деятельности медицинской коммерческой организации.



Таким логическим образом система дополнительного делового образования отвечает на запросы времени в рамках рыночной экономики в целом и, решает потребности бизнеса в медицине, в том числе.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДЕЛОВОЙ КОММУНИКАЦИИ

А.Ю. Кузин, Ю.И. Кузина

Национальный исследовательский Томский политехнический университет, г. Томск

Эмоциональная культура развивалась вместе с человечеством; необходимость сотрудничать, адаптироваться в социальной среде и ладить с другими была решающей для выживания племен древних охотников и собирателей Человеческий мозг отражает этот неоспоримый факт. Усовершенствованная техника трехмерного сканирования мозга недавно подтвердила, что многие мыслительные процессы проходят через эмоциональные центры мозга во время своего физиологического путешествия, которое превращает внешнюю информацию в действие или ответ. Таким образом, с одной стороны эмоциональные способности так же стары, как мир, но с практической точки зрения исследователи сосредоточились на концепции эмоционального интеллекта (EQ) в XX веке. Термин «эмоциональная культура» («эмоциональный интеллект») был в 1990 году сформулирован и определен Дж. Мейером и П. Саловой (Salovey, Mayer, 1990) из Йельского университета для обозначения таких специфических свойств человеческой психики, как умение разбираться в собственных

чувствах, понимать настроение людей, а также регулировать собственные эмоции. В 1995 Д. Гоулмен (Goleman, 1996) также начал опубликовывать свои исследования, посвященные эмоциональному интеллекту. Смысл, вложенный им в это понятие был таким: «Эмоциональный интеллект – есть способность человека истолковывать собственные эмоции и эмоции окружающих с тем, чтобы использовать полученную информацию для реализации собственных целей». Исследователи выделяют следующие составляющие эмоционального интеллекта, проявляющиеся в деловой сфере, в частности в общении менеджера, продавца с клиентом: позитивный настрой, коммуникабельность, честность и прямота, инициативность, эмпатия, контроль над импульсами, способность определять и удовлетворять запросы, учет возраста и пола, воодушевление и влияние. Методика «Правило минимума» разработана с опорой на такие составляющие эмоционального интеллекта, как эмпатия и контроль над импульсами. В разработке методики также был использован предложенный Е. Сидоренко (Сидоренко, 2004) метод противостояния манипуляциям – метод частичного согласия. Кроме того, методика включает в себя также некоторые идеи из разработанной С. и К. Андреасами (Андреас, Андреас, 2001) «Стратегии реакции на критику».

Методику можно применять в переговорах, когда любой из участников может выйти из коммуникации, для предотвращения и разрешения конфликтов, во время выступления перед аудиторией, когда нужно отвечать на вопросы. Также методика может быть полезна для «людей сервиса», для тех, кто непосредственно обслуживает клиентов – менеджеров продаж, регистраторов, операторов, кассиров и их руководителей. Подходит при работе с неадекватными клиентами. Также помогает выстроить структуру разговора, когда приходится сообщать клиентам неприятную информацию.

К сожалению, большинство людей просто не представляют себе, как они могут развить в себе дипломатичность и гибкость при общении на темы, которые затрагивают их лично или интересы дела. Это в свою очередь ведёт к коммуникативным тупикам, конфликтам, патологической коммуникации, стрессу и даже болезням. Для профилактики и преодоления патологической коммуникации была разработана методика, которую мы назвали «правило минимума».

Шаг 1.

С тактикой поведения в тупиковой, конфликтной коммуникации надо определяться «по-ходу», проясняя, кто «минимально прав» в данной ситуации. «Для того, чтобы конструктивно отреагировать на критику, надо определить, кто минимально прав: критик или вы сами». И сделать это легче, чем кажется. Важно, для начала, задаться таким вопросом. Ведь при аварии и сотрудник ГИБДД, и простой участник дорожного движения задаются вопросом «кто виноват?» Исходя из компетентного ответа на этот вопрос, становится понятнее, что делать. Тупики в коммуникации напоминают аварии на дороге. (Выражение «минимально прав» используется для того, чтобы избежать разговорных слов – не прав, виноват и т.д.).

Правоту можно оценить в процентном соотношении. Правы ли вы на 51% или на 95% - неважно - нужно реагировать одним образом, если вы правы на 5% или на 49% - нужно реагировать иначе. Давайте для простоты договоримся оценивать соотношение правоты собеседников как 95 процентов на 5 процентов (см. Таблицу 1).

Таблица 1

Участник коммуникации А минимально прав	Участник коммуникации Б максимально прав
5%	95 %

Шаг 2.

Второй шаг может быть выражен стратегией «Спасти лицо тому, кто минимально прав и затем признать правоту того, кто прав максимально». Важно коммуникацию провести в двух частях, указывая на эти два момента. Также важно не затянуть первую часть, иначе вторая часть потеряется. Еще хуже забыть первую часть. Но, обо всем по порядку, т.е. на примерах.

Варианты использования

В данном контексте возможны две ситуации – минимально права наша или не наша сторона. Рассмотрим обе эти ситуации.

1. Минимально права другая сторона. В авиакомпании, которую я консультировал, работники привели пример часто встречающейся трудной ситуации, когда постоянный

покупатель предъявляет неправомерную претензию. Например, он купил билет в другой кассе, в другой системе, хотя и с похожим названием и требует поменять ему билет в данной кассе, причем немедленно! Работники авиакассы, конечно, сразу же объясняют ему, что это невозможно, система другая и не позволит выполнить операцию. Но покупатель не слушает, не вникает, приводит различные веские на его взгляд аргументы и еще больше «распаляется», грозит и скандалит. Клиент может уйти к конкуренту и сделать авиакомпании антирекламу, но выглядит и ведет себя такой человек, с точки зрения персонала, как идиот. «Эти пять процентов» вопят и требуют!!! Работникам ничего не остается, как разъяснять ему подробности того, в чем он не прав. И чем больше они разъясняют, тем громче он ругается. Тупик! Мы в шутку назвали такой подход к работе с покупателями «Вы – дебил, и я вам сейчас объясню – почему!» (см. Таблицу 2).

Таблица 2

Сотрудница авиакассы права на 95 %, покупатель на 5%.	
Покупатель минимально прав	Сотрудница кассы максимально права
5%.	95 %

И в чем прав покупатель, спрашивается? А прав, хотя и минимально, он в том, что заплатил деньги и является клиентом бизнеса, берущего комиссию за предоставления услуг, в том числе и за сервис. Он прав в том, что пришел к профессионалам, и ему обязаны предоставить специальную информацию в его трудной ситуации. Правильным подходом здесь будет сначала «спасти лицо» минимально правого участника коммуникации – пусть и коротко, но вникнуть в ситуацию покупателя, посочувствовать ему, уточнить запрос, проконсультировать по возможным вариантам решения проблемы клиента, как бы растягивая «пять процентов» правоты клиента. А затем, уже извинившись, отказать, коротко сославшись на «девяносто пять процентов» своей правоты. Сотрудники авиакассы согласились в дальнейшем «спасать лицо» неправым покупателям, а потом заканчивать разговор, объясняя свою правоту. И эта тактика принесла позитивные плоды в виде улучшения обслуживания и повышения профессионализма сотрудников данной сети авиакасс.

2. Наша сторона минимально права. Менеджеры продаж типографии, с которой я работал, предложили типичную трудную ситуацию, когда типография срывает сроки изготовления заказа по внутренним причинам, а им, менеджерам, приходится сообщать о задержке клиентам и переносить сроки, хотя предоплата составляет 100%. Вина компании здесь налицо. Сотрудники сильно нервничают перед такими звонками и оттягивают их, иногда забывая их сделать. А разговор проводят «стиснув зубы» и после него им нужно какое-то время, чтобы прийти в себя (см. Таблицу 3).

Таблица 3

Сотрудница типографии минимально права	Покупатель максимально прав
5%	95 %

Сотрудница здесь хотя и минимально, но права в том, что нет бумаги, решения принимает не она, и правильным подходом здесь будет сначала говорить терминами, напоминать заслуги компании перед данным заказчиком, подчеркнуть плюсы, напомнить о бонусах, таким образом растягивая свои «пять процентов» правоты. А в завершение разговора выразить понимание ситуации, принести извинения, попросить подождать еще, назначить новые сроки, объяснить причины задержки, показать личное участие. Сотрудники должны спасти лицо компании, себе, а потом ставить точку, признавая правоту клиента, предлагая пути ликвидации проблемы.

Практика подтверждает, что «большинство людей (около 70%!) реагируют на критику немедленным приливом пораженческих чувств, сомнений, неуверенности. Переходят, так сказать, на сторону критика. Как говорит Радислав Гандапас, страх «быть отверженными группой» – один из самых сильных. Другие (около 20%) реагируют на критику, с гневом и отбрасывают ее, даже если она оправдана (настаивают на своем по типу «есть две точки зрения – моя и неправильная»). Третья группа (менее 10 %) – это люди, внимательно выслушивающие критику в свой адрес или в адрес проекта, оставаясь на интеллектуальном уровне. Они ищут в

критике полезную информацию, и, если находят, меняют свое поведение. Надеемся, что статья поможет читателям и их коллегам все чаще причислять себя к третьей группе.

Литература:

1. Андреас С., Андреас К.. Сердце разума. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 248 с.
2. Сидоренко Е. В. Тренинг влияния и противостояния влиянию. — СПб.: Речь, 2004. — 256 с.
3. Goleman, D. (1996) *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*, Bantam Books. 4. Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990) *Emotional intelligence. Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Е.В. Ямковая, Т.В. Рудко, И.А. Гальцова

Центр трансфера технологий ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Инновационная деятельность в современном высшем учебном заведении является ключевым элементом его развития. Инновации направлены на совершенствование процесса деятельности с целью повышения конкурентоспособности. Для учреждения очень важно учитывать особенности инновационной деятельности, двигаться достаточно быстро и целеустремленно в ускоренно развивающемся и изменяющемся мире.

Базовой областью, где создаются наиболее революционные инновации, является наука. Научно-исследовательская деятельность способствует развитию стратегических инноваций, носящих опережающий, инициативный характер, направленных на получение и развитие конкурентных преимуществ в перспективе.

Научно-исследовательская работа начинается с возникновения идеи, её дальнейшей реализации в виде выполнения научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ. На первом этапе развития большое значение имеет поиск возможных источников финансирования научного исследования. Грантовая система финансирования, различные конкурсы в рамках федеральных целевых программ оказывают финансовую поддержку научно-исследовательских проектов, опытно-конструкторских и технологических работ. В течение всего года проводятся различные конкурсы, их тематика весьма обширна и затрагивает все сферы деятельности, области знаний, в рамках которых проводятся научные исследования. Самое главное здесь правильно выбрать потенциальный источник финансирования, конкурс на который можно подать проект и грамотно написать заявку. А для этого необходимо обладать информацией о конкурсах и специфике Фондов и программ, а также владеть мастерством написания заявки. Для того чтобы облегчить эту работу в учреждениях функционируют специальные структуры, осуществляющие помощь исследователям в грантовой деятельности.

В ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России реализованы системные действия по формированию эффективной инновационной инфраструктуры, создавшей платформу для завершения инновационного цикла. Для реализации этих действий был создан центр трансфера технологий (ЦТТ). Миссией ЦТТ является развитие инновационной деятельности в СибГМУ, создание условий для эффективного управления результатами интеллектуальной деятельности и обеспечения трансфера (коммерциализации) технологий и разработок в интересах СибГМУ, его работников, студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, и докторантов, а также оказания консалтингового и научно-технического сервиса в инновационной сфере. Одной из задач центра является создание организационных условий для реализации научных проектов в соответствии с приоритетными направлениями развития сектора исследований и разработок СибГМУ; обеспечение мероприятий, направленных на привлечение финансирования для осуществления научной и инновационной деятельности из федеральных фондов и программ. Одной из функций центра является информирование сотрудников ВУЗа, молодых ученых, аспирантов о различных конкурсах, консультирование о деятельности и требованиях различных потенциальных грантодателей, помощь в формировании заявки на конкурс. Каждый, кто заинтересован принять участие в конкурсе на

финансирование своего проекта, имеет возможность получить консультацию, обратившись в центр трансфера технологий.

Слаженная работа всех звеньев обеспечения научной, грантовой деятельности способствует оптимизации работы, повышению качества проектов и привлечению потоков финансовых средств для выполнения научных исследований, привлекая инноваторов к воплощению своих идей, что, в свою очередь, позволяет развивать научно-исследовательскую и образовательную деятельность, обеспечивая конкурентоспособность учреждения в ускоренно развивающемся и изменяющемся мире.

Литература:

1. Инновационное предпринимательство, его риски и обеспечение безопасности / Пособие для предпринимателя / М.В. Грачева, А.С. Кулагин, С.Ю. Симаранов. - М.: АНХ, 2000. -144 с.

СЛАБЫЕ СТОРОНЫ НАПИСАНИЯ ГРАНТОВЫХ ЗАЯВОК

Е.В. Ямковая

Центр трансфера технологий ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Грантовая система оказывает финансовую поддержку выполнения научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ, дает финансовую возможность реализовать проект. Для того чтобы получить грант необходимо написать заявку для участия в конкурсе и пройти жесткий конкурсный отбор. Большое значение в этом имеет мастерство написания заявки для участия в конкурсе на получение гранта. Основной задачей и одновременно трудностью здесь является умение автора таким образом представить проект (написать заявку), чтобы заинтересовать, и, как следствие, получить финансирование на его реализацию. По мнению авторов многочисленных пособий по грантрайтингу (Я. Крайсер, Л. Риф-Лерер и др.) слабое качество написания заявки на получение гранта может «загубить» хороший проект.

Нами проведен анализ наиболее частых причин, по которым заявки, поданные учеными на получение гранта, оказываются не поддержанными.

Среди слабых сторон заявки следует отметить следующие:

1. Слабое описание литературного обзора (низкая актуальность сведений о состоянии проблемы; перечисление имеющихся литературных данных, имеющихся НИР, вместо их анализа; мало ссылок на научные исследования на прямую относящиеся к проекту; перегруженность обзора литературы общим текстом, общими словами, фразами, имеющими косвенное отношение к планируемому исследованию).

2. Небрежность в оформлении, в частности списка публикаций, грамматические ошибки, неверные окончания.

3. Слабое описание содержательной части задела в области исследования.

4. Малое число публикаций по тематике проекта. Публикации результатов исследования в журналах с низким импакт-фактором.

5. Несоответствие исследований тематике конкурса или направлению работы Фонда.

6. Слабые стороны в составлении плана исследования (план работы не детализирован, не соответствует поставленным задачам, не позволяет оценить достижимость поставленной цели; не прослеживается связь между элементами плана; неравномерно распределены работы по этапам проведения исследования; поставленная задача слишком глобальна и есть сомнение в возможности её реализации за время выполнения проекта; вызывает сомнение достаточность сроков выполнения исследования).

7. Слабые стороны написания методов исследования (методы исследования не конкретизированы, не обоснованы, не обеспечивают выполнимость проекта).

8. Не отмечена возможность дальнейшего применения результатов исследования.

9. Задачи, поставленные в проекте, амбициозны, тогда как предлагаемые способы их решения и экспериментальный дизайн исследования скромны.

10. Предыдущий опыт выполнения проекта, поддержанного Фондом, не показал значительных результатов.

11. Недостаточное количество выборки для оценки результатов.

12. Оригинальность исследования сомнительна (что свидетельствует о том, что исследователь мало знаком с ситуацией на рынке проектных идей), нет оценки степени новизны предполагаемых методов и подходов.

Другие недостатки преобразованы в рекомендации и описаны ниже.

С учетом выше перечисленных недостатков сформулированы следующие рекомендации:

1. Необходимо приступить к написанию заявки как можно раньше, чтобы было достаточно времени для того, чтобы тщательно перечитать, проверить заявку. Очень важно слаженно работать всем коллективом научной группы, перечитать заявку каждым её членом, по возможности попросить дать объективную оценку третьим лицами. Таким образом, имеется возможность доработать заявку, не говоря уже об исправлении технических и грамматических ошибок. В таком случае исключается момент срочности, который зачастую является причиной недоработанной, непродуманной заявки, заявки с ошибками.

2. Не нужно чрезмерно описывать регалии руководителя и исполнителей. Не нужно проводить саморекламу, демонстрируя свои достижения, а следует показать свой опыт участия в других проектах, результаты, которые были достигнуты, публикации и т.д., особенно по исследуемой проблеме.

3. Немало важным является наличие задела по теме исследования, публикации результатов исследований в рецензируемых научных журналах с высоким импакт-фактором, а также предыдущий опыт выполнения проектов. Наличие публикаций по теме исследования является неким заделом автора, что, несомненно, добавляет баллы заявке.

4. Подробное описание плана проведения работ, методов исследования, их конкретизация и обоснованность, позволяет сделать вывод, что исследовать чётко представляет себе какая передним стоит цель, каковы основные задачи исследования, какие методы необходимо применить, с помощью каких критериев следует оценить достижения результатов исследования и какова возможность их дальнейшего применения. Продуманность плана работ и методов исследования, их подробное описание и обоснование позволяет подчеркнуть квалификацию коллектива авторов заявки, а также полное понимание проблемы исследования и путей её решения.

5. Очень важно отметить не только сам факт получения предполагаемых результатов исследования, но и возможность их дальнейшего использования, область их применения, целевую группу потребителей данных результатов.

6. К выполнению проекта следует относиться серьёзно, не успокаиваясь лишь тем, что заявку поддержали. Необходимо качественно выполнить проект, пытаясь увидеть новые закономерности, возможности дальнейшего исследования данной научной проблемы, публиковать полученные результаты исследования в рецензируемых научных журналах с высоким импакт-фактором, не ограничиваясь числом публикуемых работ. Успешное выполнение проекта повышает квалификацию автора в глазах грантодателя, что может положительно сказаться при последующей подаче заявки на конкурс. И, кроме того, некоторые Фонды практикуют решение вопроса о продолжении финансирования проекта на основе анализа и оценки отчёта за первый год выполнения проекта.

7. Не следует писать заявки с целью «лишь бы подать», успеть написать. Следует помнить, что соотношение числа поданных исследователем заявок и числа поддержанных характеризует личную эффективность исследователя. Важно качество написания заявок, а не их количество. Качественно написанная заявка, с достаточным сроком подготовки, хороший задел по исследуемой проблеме повышают вероятность поддержки проекта.

8. Следует также подробно описать материально-технические возможности организации, на базе которой планируется проводить исследование, т.к. полученного финансирования может не хватить для полного финансового обеспечения выполнения работ, закупки необходимого оборудования (особенно дорогостоящего), поэтому необходимо показать уже имеющиеся возможности организации.

9. Следует серьёзно отнестись к бюджетированию проекта, составлению сметы. Необходимо соотнести количество необходимых затрат для выполнения проекта с количеством запрашиваемых средств (в том случае если представлена возможность самостоятельно определить запрашиваемый объем финансирования). А также необходимо грамотно, с учетом допустимых расходов и процентов распределения финансовых средств по статьям расходов составить смету.

Все эти аспекты необходимо учитывать исследователю при написании заявки на конкурс, следует начать подготовку заявки заблаговременно, работать на опережение. Желательным будет вариант проактивного написания проекта, в таком случае у исследователя есть достаточно времени для того чтобы продумать все аспекты своего проекта, оценить слабые и сильные стороны, внести коррективы и качественно представить свой проект грантодателю (грамотно написать заявку, таким образом, чтобы «не загубить» хороший проект слабой, в спешке написанной заявкой).

Литература:

1. Коваленко В.Н. Типичные ошибки в грантовых заявках / В.Н. Коваленко // Человек, сообщество, управление. Научно-информационный журнал. - 2001. - №1. – с.119-133.
2. Смирнов В.Д. Как получить грант [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rfbr.ru/rffi/ru/howtogetgrant

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИЦИИ ВРАЧА В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ»

Р.Д. Малых, А.Н. Яцук

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Взаимоотношения между врачом и пациентом всегда были и остаются краеугольным камнем медицинской практики.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения полагают, что эффективная коммуникация в системе «врач–пациент» выступает главным условием удовлетворенности врача и больного лечебным процессом, вносит существенный вклад в клиническую компетентность врача и оказывает решающее влияние на результаты лечения [1].

В то же время, врачи и исследователи-социологи с тревогой отмечают растущий «кризис доверия», который становится новым вызовом для современной системы здравоохранения. Объектом социологического исследования становятся выбираемые пациентами «стратегии совладания с недоверием». При этом стратегия, когда пациент выстраивает отношения не с лечебным учреждением, а с конкретным сотрудником, рассматривается как вполне логичная в ситуации, где «хороший» человек – врач – ограничен рамками «плохой» системы [2].

В качестве своего рода ответа на этот вызов можно рассматривать различные варианты типологии моделей взаимоотношений между врачом и пациентом. Наиболее известной является типология, предложенная американским специалистом по медицинской этике Р.Витчем [3]. Автор выделяет *техническую, сакральную, коллегиальную и контрактную* модели моральной медицины, отдавая предпочтение последней, как наиболее удовлетворяющей принципу автономии пациента. На деле все предложенные им «модели» взаимодействия врача и пациента представляют собой теоретические конструкты, абстрагирующие отдельные стороны реально складывающихся отношений между врачом и больным человеком. Трудно представить, каким образом эта типология способна ориентировать врача в конкретной ситуации процесса лечения. Ведь она требует от него быть и «техником», умеющим устранять нарушения физиологических функций организма, и моральным авторитетом, вызывающим доверие, и «коллегой», сотрудничающей с которым пациент проходит путь лечения или реабилитации, и, наконец, представителем одной из сторон «контракта» между пациентом и лечебным учреждением.

Для врача коммуникация с больными нередко превращается в «испытание на разрыв»: на уровне формальных требований он должен уважать в каждом пациенте его достоинство и моральную автономию, но уже при первой встрече он должен быть готов взять на себя проблему другого человека, «из чужих страданий создать свою заботу» (Гиппократ).

В проведенном исследовании предлагается интегрировать в основной врачебной позиции три линии поведения врача по отношению к пациенту: патерналистскую (контроль врача и подчинение пациента), партнерскую (торжество равноправия) и позицию, задаваемую требованиями пациента (сопереживающий врач и требовательный пациент) [4].

Патерналистская позиция (отношения субъект – объект) предполагает, что врач обладает неоспоримым преимуществом в компетенции, знаниях и власти. Пациент полностью доверяет

врачу, никак не контролируя процесс лечения. Эта позиция отвечает вечной мечте всех врачей и пациентов – *restitutio ad integrum*, т.е. исцеление больного.

Позиция партнерства (отношения субъект – субъект) признает врача и пациента равноправными участниками процесса лечения: каждый вносит свой вклад с целью решить стоящую перед ними проблему – болезнь. Критикуя патерналистский подход и контролируя его опасные проявления, позиция партнерства признает право пациента на самоопределение. В то же время, она не защищена от попыток выдать желаемое за действительное: декларированное формальное право пациента на автономию легко превращается на практике в чрезмерно завышенные требования, предъявляемые к пациенту.

Позиция, задаваемая требованиями пациента (отношения объект – субъект). Врач полностью предоставляет себя в распоряжение пациента, принимая на себя ответственность за его жизнь и здоровье. Ни один человек не может постоянно жить с такой установкой, но врач по крайней мере должен к этому стремиться. Этический пафос такой позиции выражен словами современного философа: «выразительные глаза на незащищенном лице другого человека, которые трогают меня, заставляют отдать себя в его распоряжение» (Э.Левинас).

В интегрированной основной позиции врача многократно возрастает значимость заботы, ответственности и доверия.

Если врач неспособен проявить заботу, его отношение к пациенту перестает быть нравственным. Заботясь, врач проявляет уважение к другому человеку в его отличии, признает его неповторимую индивидуальность.

Информированное согласие пациента не снимает с врача ответственности за ход и исход лечения. При этом чувство ответственности не приравнивается к страху перед негативными последствиями, которые могут наступить в случае врачебной ошибки.

При определении границ ответственности пациента оправдан призыв «как можно меньше поднимать тему вины у постели больного». Умеренная версия ответственности пациента опирается на убеждение, а не наказание, и обращена вперед, т.е. основана на предвидении возможных последствий в будущем, а не обвинении за поведение в прошлом [5].

Доверие определяется как состояние открытости. Именно оно создает условия для взаимопонимания и взаимодействия. Доверие пациента имеет исключительное значение, так как позволяет врачу лучше понимать его и использовать это на благо больного.

Эмпирическое исследование. Исследование проводилось методом анкетирования студентов второго курса лечебного факультета СибГМУ. В анкету входило 18 вопросов, 5 из которых были закрытыми, 12 – альтернативными и 1 открытый вопрос. Вопросы затрагивали различные стороны взаимоотношений врача и пациента, а также восприятие этих отношений студентами-медиками с точки зрения их будущей профессии.

При анкетировании был использован метод гнездовой выборки. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы «Microsoft Excel». В исследовании приняли участие 83 студента в возрасте от 18 до 26 лет, из них 30 юношей и 53 девушки. Средний возраст студентов составил $19 \pm 1,44$ лет. Все респонденты были разделены на группы по гендерному признаку: *I группа* – девушки, *II группа* – юноши.

Исследование показало, что большинство респондентов (97% как в первой, так и во второй группах) признают важную роль личности врача и доверительных отношений с пациентом в успешном исходе лечения.

На вопрос: «Кем для Вас является пациент?», вариант «равноправный партнер» выбрали 57% девушек и 43% юношей, далее следует «подопечный» – 19% и 23% соответственно, для 14% в обеих группах – это «клиент»; воспринимает пациента как «неисправный физиологический механизм» только 9% девушек и 14% молодых людей.

Согласны с необходимостью информированного согласия как формы взаимоотношений врача и пациента около 70% респондентов обеих групп, аргументируя это увеличением степени защищенности врача; 21% признают повышенную ответственность, возложенную на врача, невзирая ни на какие формальности.

77% будущих докторов обеих групп считают, что повышенная информированность пациента о заболевании, основанная на использовании ресурсов Интернета, осложняет общение с пациентом и мешает работе врача. При этом 19% девушек и только 10% юношей находят такую осведомленность весьма полезной.

Интересным оказался тот факт, что на 20% больше девушек предпочитают быть честными в общении с пациентом (57 и 37% соответственно). Однако, предъявляя более

высокие требования к себе, они ожидают, что и пациенты будут полностью им доверять и беспрекословно выполнять их рекомендации (64%), тогда как молодые люди менее требовательны – 53%.

Кроме того, 87% девушек считают, что поведение врача должно быть высоко нравственным не только в общении с пациентами, но и в любых жизненных ситуациях. При этом почти четверть (23%) молодых людей не готовы быть образцом нравственности за пределами лечебного учреждения.

«Врач – самая благородная из специальностей, следовательно, доктора обладают некоторым превосходством по сравнению с другими» – так считают 60% молодых людей. Девушки отличаются большей скромностью – 47%.

Что касается позиции врача в отношениях «врач – пациент», то здесь чувствуется некоторая амбивалентность. Несмотря на то, что проявляется тенденция признавать «равноправие» сторон, 51% второкурсниц и 60% второкурсников выбирают патерналистскую модель коммуникации «врач – пациент», и только около 21% – партнерскую. Готовы интегрировать разные модели 21% респондентов первой группы и 13% – второй. Важно отметить, что «отвечать на ожидания больного и принять на себя ответственность за его жизнь и здоровье» готовы только 6 и 7% соответственно.

При ответе на открытый вопрос студенты и первой, и второй групп наиболее значимыми характеристиками личности врача назвали: профессионализм, доброту, уважительное отношение к пациенту, а также вежливость. Представляют интерес такие ответы юношей: совестливость, жертвенность, умение выслушать пациента и создать «тепло» в общении. В ответах девушек выделены такие качества, как строгость, интеллигентность, увлеченность, оптимизм и осторожность.

В последнем вопросе респондентам предлагалось распределить предложенные характеристики врача (сдержанность, доброжелательность, хорошая научная подготовка, богатый опыт, высокие моральные принципы), начиная с наиболее значимой. Девушки сочли важнейшим качеством «высокие моральные принципы» (30%). У четверти участниц опроса на последнем месте оказалась «хорошая научная подготовка». Среди молодых людей 30% высоко оценило «богатый опыт», а вот «высокие моральные принципы» у 33% юношей оказались наименее важным качеством врача. Остальные характеристики заняли промежуточное положение.

Выводы исследования.

1. Идеальный образ врача в представлении девушки-медика представляет собой высоко нравственного во всех отношениях, честного, скромного и требовательного доктора. Она считает, что хорошей научной подготовки еще недостаточно, чтобы стать хорошим врачом. В целом девушки показали себя как более способные к компромиссу, но не менее строгие доктора.

2. Юноша-медик претендует на некоторое превосходство на основании доступных ему специальных знаний и умений. В своей профессиональной деятельности он стремится опираться на опыт, проявляя сдержанность в разговоре и давая возможность высказываться пациенту. При этом высокие моральные принципы и честность не являются для него ключевыми качествами врача, соответственно, и требований к пациенту он предъявляет меньше.

3. Что касается выбора позиции врача, то и в первой, и во второй группах наблюдается некоторая амбивалентность, связанная, по-видимому, с противоборством двух противоречивых мотивов: стремления включить пациента в партнерские отношения и одновременно – желания сохранить при этом роль «ведущего» по отношению к пациенту как «ведомому».

Литература:

1. Врач–пациент: общение и взаимодействия. – Женева, 1996.
2. Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. – СПб., 2009.
3. Вич Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии, 1994, № 3.
4. Дёрнер К. Хороший врач: учебник основной позиции врача. – М., 2006.
5. Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. - Т. 5. - № 5. - 2006.

РАЗДЕЛ 4

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА

П.А. Барковский

ООО «ЕламедСибирь», г. Томск

Сегодня множество лечебных учреждений стараются усовершенствовать режим санитарно-эпидемиологической защиты. Еще более остро эта проблема встала перед медицинским сообществом после того, как ВОЗ в Женеве объявило о том, что антибиотики теряют свою эффективность, и обычные инфекции снова могут убивать.⁴

Одним из элементов обеспечения санитарно-эпидемиологического режима является **проведение предстерилизационной очистки** медицинских инструментов. И сегодня лечебные учреждения оснащают свои отделения установками предстерилизационной очистки, начиная от зарубежных установок, заканчивая средствами очистки от отечественных производителей.

Недавно на базе Госпиталя №1 ГУВД КО в Кемерово с этой целью было проведено независимое исследование экономической эффективности внедрения ультразвуковых моек УЗО «МЕДЭЛ» производства Елатомского приборного завода.

В исследовании предстерилизационная очистка ручным способом сравнивалась с обработкой медицинского инструментария ультразвуковой установкой УЗО «МЕДЭЛ». Для удобства подсчета взяли количество медицинского инструментария, входящего в одну ультразвуковую установку, и провели предстерилизационную очистку ручным способом, подсчитав **затраты рабочего времени и расход дезинфектантов**.



Результаты (рис. 1): Стоимость обработки медицинского инструментария ручным методом в течение 22 рабочих дней составляет 4065 руб.

⁴ Доклад опубликован 30 апреля 2014 года <http://www.euro.who.int>.

Стоимость обработки такого же количества медицинского инструментария на ультразвуковой установке составляет 1532 руб.

Результаты показывают, что при использовании ультразвуковой мойки УЗО «МЕДЭЛ» экономическая эффективность предстерилизационной очистки возрастает практически **2,7 раз (более чем в 2 с половиной раза)**.

Такие результаты основываются на инновационном конструкторском решении, а именно, в установке УЗО-МЕДЭЛ ультразвук подается не с низу, а сверху.

Верхнее расположение излучателя позволяет снизить потребляемую мощность излучателя за счет более эффективного отражения ультразвуковых волн от специальных отражающих пластин (для экономии электроэнергии и **предотвращения затупления** хирургических инструментов). В обычных же установках, где излучатель расположен снизу,



осадок поглощает ультразвуковую энергию, от чего качество очистки значительно снижается. При этом осадок требует повышения мощности воздействия, и от этого инструмент затупляется.

Верхнее расположение ультразвукового излучателя позволяет **экономно** расходовать дезсредства. Живучесть дезсредств повышается в разы.

Основные элементы установки УЗО-МЕДЭЛ выполнены из прочного пластика, от этого она становится легче по весу, не проводит электричество, обеспечивая электробезопасность, не подвержена коррозии.

Расширяем возможности УЗО.



Использование контейнеров ЕДПО позволяет расширить возможности УЗО. **Контейнер ЕДПО** – это комплект из четырех пластмассовых деталей: ванны, в которую вставляется перфорированный поддон; гнета и крышки. Предназначенный для дезинфекции медицинский инструмент загружается в поддон, заливается дезинфицирующим раствором и накрывается гнетом. От ингаляционного контакта с дезинфектантом медперсонал предохраняет крышка. Для удобства слива раствора предусмотрена верхняя установка поддона с инструментом, что исключает контакт содержимого с руками. **Преимущества применения ЕДПО:**

- исключение разрушающего воздействия на инструменты;
- увеличение срока службы дезинфекционного раствора;
- удобство при обработке медицинского инструмента;
- длительный срок эксплуатации;
- снижение трудозатрат медицинского персонала.

Если нужно обработать большую партию изделий? В случаях повышенных объемов очистки можно сократить общее время обработки. Чтобы сэкономить на растворе, можно просто использовать дополнительный поддон, в который укладываются изделия. Остается только вынуть поддон с уже очищенным инструментом, отправив его на промывку, а подготовленный поддон с новой партией установить в имеющийся контейнер с раствором. Установка работает практически непрерывно.

Санитарно-эпидемиологический режим на всех этапах.

СанЭпидем режим необходимо поддерживать на всех этапах. Поэтому по пожеланиям медицинских работников Елатомский приборный выпускает следующие изделия, которые позволяют удерживать режим на высоком уровне.

Для **дезинфекции и транспортировки** обработанных медицинских материалов на место последующей утилизации или дальнейшей обработки, а также для транспортировки биологических, операционных материалов в ЛПУ разработан контейнер **КДХТ-01**. Полный объем 5,0 л. Исключаются ингаляционный контакт, непредвиденное открытие контейнера и распыливание дезинфектанта во время движения (крышка снабжена уплотнителем и замками); удобен в переноске; защищает персонал от травматизма и заражения.



Для **сбора и дезинфекции** потенциально инфицированных колюще-режущих медицинских отходов: отработанных игл, скарификаторов разработаны одноразовые емкости **ЕСО** различных габаритов (0,1л; 0,5 л; 1 л; 3 л).



Исключает повторное использование отработанного инструмента, наличие **иглоотсекателя** позволяет избежать получения травм медицинским персоналом при работе с колюще-режущим инструментом. Емкость ЕСО с объемом 0,1 л. удобна для работников Скорой помощи, её можно уложить для транспортировки. Так же имеет полупрозрачный вид и легко отслеживать заполнение емкости дезраствором и материалом.



Для **сбора, хранения и транспортировки** биологического материала имеются баночки: 100 мл. и 25 мл. Имеются так же **стерильные баночки** объемом 100 мл. в индивидуальной упаковке. Эти баночки производятся по строгой технологии. Все баночки имеют винтовые крышки. Имеются крышки с лопаткой для анализа. Натяжная крышка с уплотнителем исключает вытекание и испарение биологических материалов, что обеспечивает медицинскому персоналу не только удобство при работе, но и безопасность.

Использование банок полимерных в медицинской практике обеспечивает:

- гарантию получения достоверного результата и постановки точного диагноза;
- удобство сбора и доставки материала на исследование для пациента;
- безопасность транспортировки биоматериалов на исследования.

Для переноса одноразовых баночек имеется **контейнер**. В нем можно переносить до 44 баночек. Контейнер отвечает всем требованиям СЭС (возможность обработки после каждой транспортировки, наличие крышки).

Вся продукция имеет Регистрационные удостоверения, Сертификаты соответствия, продукция соответствует требованиям СанПиНов.

Что дает партнерство с Елатомским приборным заводом?

- **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД.** Елатомский приборный завод работает по принципу: каждому партнеру - индивидуальный подход. У партнера есть выбор: приобрести продукцию непосредственно с завода-изготовителя или путем организации тендерных торгов.
- **ГИБКАЯ СХЕМА ПЛАТЕЖЕЙ.** У предприятия есть возможность предоставить рассрочку платежа с различными вариантами оплаты, приемлемыми для ЛПУ. Например, выбрать ежемесячную или поквартальную оплату.
- **БЫСТРЫЕ ПОСТАВКИ.** Продукция поставляется в кратчайшие сроки благодаря наличию готовой продукции на территориальных складах в г. Рязань, г. Москве, в Юрге (Кемеровской области) и в Хабаровске..

Литература:

1. Устойчивость к антибиотикам — серьезная угроза общественному здравоохранению / Доклад ВОЗ / URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/tu/>
2. Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам ЕРБ ВОЗ, 2011 г. URL: : документ EUR/RC61/14

25 ЛЕТ ПРЕТВОРИМ В ЖИЗНЬ МЕДИЦИНСКИЕ ИННОВАЦИИ

П.А. Барковский

ООО «ЕламедСибирь», г. Томск

Елатомский приборный завод был основан в 1980 году (в год Олимпиады) как филиал Рязанского приборного завода, который в свою очередь входил в состав громадного государственного концерна «Фазотрон». Сначала выпускались изделия оборонного назначения. В 1989 году от Отдела медицинской техники концерна пришел приказ о наладке выпуска нового медицинского изделия – магнитотерапевтического аппарата МАГ-30. С этого момента Елатомский приборный завод переориентировался на медицинское направление.

В 1992 году Елатомский завод преобразован в акционерное общество. Завод с честью пережил экономические кризисы, сумел развиваться до уровня крупного автономного предприятия, вышедшего на международный рынок. Чтобы выйти на международный рынок, нужно было наладить технологию производства изделий в соответствие с международными требованиями. Елатомский завод – это первое предприятие в России, получившее Международный сертификат системы качества, а продукция завода получила метку CE (Европейское качество).



Елатомский приборный завод один из тех редких предприятий, который имеет свой Научно-технический центр, где ведутся исследования, разработки новой продукции и техники. Это позволяет заводу быть в авангарде отечественных наукоемких производств.

Елатомский приборный завод (ЕЛАМЕД) уже десятки лет тесно сотрудничает с ведущими медицинскими учреждениями России: РГМУ им. ак. И.П. Павлова, ГВКГ им. ак.

Н.Н. Бурденко, РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В тесном сотрудничестве появились на свет такие медицинские изделия, как ПОЛИМАГ-02, АЛМАГ-02, ДИАМАГ (Алмаг-03), Мавит (УЛП-01).



Иными словами Елатомский приборный завод является той самой площадкой, где инновационные идеи медицинских работников воплощаются в жизнь. Ведь не многие из предприятий России обладают теми техническими возможностями, которыми обладает Елатомский завод: например, изготовление изделий на основе медицинского пластика, армлена (влагостойкого и термостойкого пластика). На заводе начал свою работу цех стерильного производства, в котором так же выпускаются стерильные баночки для сбора биологического материала.

Особой гордостью Елатомского завода является уникальная ультразвуковая установка предстерилизационной очистки мединструментов УЗО - «МЕДЭЛ». Её уникальность заключается в том, что ультразвук подается не снизу вверх, как обычно во всех мойках, а



сверху вниз. УЗО

«МЕДЭЛ» является именно той инновацией, которая соответствует современным требованиям. Ведь инновация становится таковой, если она легко приживается на практике. И главное – любая инновация должна соответствовать требованиям экономики, позволяя удешевить процесс одновременно повышая его качество. Именно такой инновацией и является УЗО «МЕДЭЛ». Практика применения УЗО «МЕДЭЛ» показала, что затраты на дезинфекционный процесс можно сократить на половину (на половину финансовых затрат, так и наполовину трудовых затрат). При этом качество обработки увеличивается в разы.



фармпрепаратов. Эти шкафы, как и другие изделия, появились благодаря тесному взаимодействию Елатомского

Еще одной гордостью завода являются шкафы для как и другие изделия, появились благодаря тесному взаимодействию Елатомского завода с лечебно-профилактическими учреждениями.

Медицинские работники буквально непосредственно участвовали в процессе создания дизайна шкафов.

Шкафы для фармпрепаратов вызвали неподдельный интерес у представителей Министерства здравоохранения РФ во время одного из посещений завода. Внутренне убранство шкафа состоит из полимерных лотков. Благодаря навесным лоткам оптимально используется каждый кубический сантиметр объема, а также отдельное хранение каждого вида медикаментов. Разработаны шкафы с запираемыми секциями для хранения фармпрепаратов класса В, с секциями для установки холодильника, сейфа.

Сегодня заводом выпускается более 100 наименований медицинских изделий, медицинской мебели, медицинской техники. Вся продукция имеет Регистрационные удостоверения, Сертификаты соответствия, продукция соответствует требованиям СанПиНов.

Что дает партнерство с Елатомским приборным заводом?

- **ЗАВОДСКИЕ ЦЕНЫ.** Лечебно-профилактическое учреждение может приобрести продукцию непосредственно с завода, без каких-либо посредников, по заводским ценам.
- **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД.** Елатомский приборный завод работает по принципу: каждому партнеру - индивидуальный подход. У партнера есть выбор: приобрести продукцию непосредственно с завода-изготовителя или путем организации тендерных торгов.
- **ГИБКАЯ СХЕМА ПЛАТЕЖЕЙ.** У предприятия есть возможность предоставить рассрочку платежа с различными вариантами оплаты, приемлемыми для ЛПУ. Например, выбрать ежемесячную или поквартальную оплату.
- **БЫСТРЫЕ ПОСТАВКИ.** Продукция поставляется в кратчайшие сроки благодаря наличию готовой продукции на территориальных складах в г. Рязань, г. Москве, в Юрге (Кемеровской области) и в Хабаровске..
- **ГАРАНТИИ.** Приобретая продукцию торговой марки «ЕЛАМЕД» покупатель может не беспокоиться о гарантийном обслуживании. Оно производится в 139 сервисных центрах, расположенных в 64 регионах России

ОПЫТ УЧАСТИЯ ЛПУ В СОЗДАНИИ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ МЕБЕЛИ

П.А. Барковский

ООО «ЕламедСибирь», г. Томск



Практически вся мебель создавалась при активном участии медицинских работников. Сотрудники ЛПУ участвовали в создании дизайна мебели, предъявляли специальные требования к мебели, например, чтобы под шкафами можно было легко провести шваброй или, чтобы мебель можно было легко переставлять, сдвигать. Результатом такого многолетнего сотрудничества и явилась мебель марки «ЕЛАМЕД».

Проектирование и производство специализированной медицинской мебели регулируется требованиями СанПиНа 2.1.3.1375-03, СанПиНа 2.1.3.2195-07. И вся мебель, которая изготавливается на Елатомском приборном заводе под маркой ЕЛАМЕД, соответствует этим требованиям, имеет регистрационные удостоверения, сертификаты соответствия.



Шкаф для фармпрепаратов (ШМФ). Особенности шкафа в его конструкторском решении – полимерных навесных и поворотных полках. Такие полки позволяют оптимально использовать внутренний объем шкафа и раздельно хранить препараты. Двери открываются на 180 градусов. Имеются закрывающиеся отделы на ключ для хранения препаратов класса В. В определенных моделях изделия можно даже встроить сейф или холодильник. Каждая ножка шкафа регулируется по высоте, поэтому его можно установить даже на неровной поверхности пола. Сами ножки высокие (до 12 см), поэтому легко провести под шкафом влажную уборку.

Шкаф медицинский лабораторный (ШМЛ). Отличается тем, что он максимально облегчен по весу: каркас – алюминиевый с порошковым покрытием, стенки - из прочного полимера, дверцы – из полимера и стекла, а полки – из влагостойкой ЛДСП. Дверцы снабжены магнитами и запираются на замок.

Такая мебель есть только у ЕЛАМЕД.

Медицинские сестры обратились на Елатомский приборный завод с просьбой разработать специальный шкаф для специальной одежды и шкаф для уборочного инвентаря. Эти шкафы изготовлены из ЛДСП. При этом для предупреждения сколов и отслаиваний края во всех изделиях ЕЛАМЕД из ЛДСП защищены ударопрочной кромкой ПВХ. Это было одним из важных требований медицинских работников к таким изделиям.

Уникальным является шкаф для уборочного инвентаря.



Этот шкаф выполнен из влагостойкой ЛДСП, а его металлические элементы хромированы, что придает устойчивость к коррозии. Имеются полки для хранения дезсредств, крючок для совка, отсек для тары, на дверце - дополнительные крючки, держатели для швабр, штанга для вешалок. А так же на днище установлен съемный поддон, в который стекает влага. Его легко мыть. В дверях установлены вентиляционные отверстия.





Для процедурных кабинетов разработан стол-тумба лабораторный (СТМЛ). Как и другие изделия этот стол-тумба собран из лучших материалов: ЛДСП (столешница), ПВХ-кромка, прочный алюминиевый каркас, полимерные сэндвич-панели. Ящики выполнены по технологии цельного литья. Их легко мыть.

Шкафы для документов стали выпускать по просьбе медицинских работников. Обычные шкафы не подходили для особых условий ЛПУ. Опираясь на большие возможности Елатомского завода и его технологии и материалы, работники ЛПУ создали для себя особые шкафы для документов.



Сегодня на рынке можно найти много кроватей для медицинских учреждений. Но кровать палатная передвижная марки ЕЛАМЕД конструировалась по пожеланиям медицинских работников. Эта кровать легко проходит в дверной проем, не нужно открывать дополнительные дверные створки. Она может выдерживать нагрузку до 170 кг, и при этом она легкая за счет использования различных материалов: металл со специальным покрытием и хромированными элементами, влагостойкая ЛДСП, сверхпрочный пластик, матрас из пенополиуретана (толщина 10 см), винилискожа, резиновые колеса с хромированными тормозными механизмами. Эта кровать не будет портить стены или углы при движении, так как она снабжена боковыми отбойниками из пластика. Медперсоналу неудобно было регулировать подъем спинной секции, когда приходилось тянуться за ручкой рядом с головой больного. Поэтому в кровати ЕЛАМЕД ручка находится в ногах больного, которая легко убирается под кровать.

Стационарная кушетка (КС) марки ЕЛАМЕД отличается тем, что её проектирование велось по жестким требованиям самих ЛПУ. Кушетки можно найти на рынке легко, но тяжело найти такую кушетку, которая удовлетворяла бы жестким требованиям ЛПУ. Кушетку марки ЕЛАМЕД стали выпускать только в жестком варианте: максимально соответствовать требованиям и не экономить на материалах и технических решениях.



Для медработников важно, чтобы кушетка могла выдерживать вес до 150 кг. Эта кушетка может выдержать даже 2 людей. Очень важно, чтобы наполнитель матраса был более толстым, чтобы он не продавливался, не терял упругости. В кушетке ЕЛАМЕД толщина наполнителя - 50 мм, когда как в обычных кушетках – всего 20 мм. И получается, что в обычных кушетках пациент лежит на досках. В кушетке ЕЛАМЕД учли этот момент. Подголовник легко опускается и поднимается до 40 градусов за счет клинового механизма. Винилискожа – бежевого цвета выдерживает санобработку.

Для сбора и временного хранения отходов (особенно класса Б) в ЛПУ часто используются специальные комнаты на этаже, куда складывают мешки определенного цвета для последующей утилизации. Для крупных ЛПУ схема сбора отходов представляет отдельную проблему. Поэтому на Елатомском приборном заводе стали выпускать Медицинские модули для сбора отходов (МСО). Он состоит из стальных труб. Имеется специальное крепление для мешка, а так же специальное ограждение, которое предотвращает его выпадение или смещение. Полимерная крышка легко открывается ножной педалью, что исключает излишний контакт руками. Сама крышка выполнена из пластика. В



модуле имеется пластиковый. В обычных модулях чаще поддон состоит из металлической сетки. Металлические сетки трудно поддаются дезобработке, не предотвращают протекание в случае разрыва пакета. В модуле ЕЛАМЕД при проектировании поддона учли этот момент. Тормозной механизм, колеса 100 мм – это ещё одни преимущества модуля МСО марки ЕЛАМЕД.



Модуль для сбора и раздачи белья – это то, что пожелали медсестры из крупных ЛПУ.

Облегчить труд медсестер призван модуль ММБ от ЕЛАМЕД. Он так же выполнен из стальных труб со специальным покрытием, Колеса 100 мм с тормозным механизмом, Крепление для мешка с грязным бельем и специальное ограждение с поддоном внизу предотвращают его выпадение. Три полки для размещения чистого белья.

Вся продукция имеет Регистрационные удостоверения, Сертификаты соответствия, продукция соответствует требованиям СанПиНов.

Что дает партнерство с Елатомским приборным заводом?

- **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД.** Елатомский приборный завод работает по принципу: каждому партнеру - индивидуальный подход. У партнера есть выбор: приобрести продукцию непосредственно с завода-изготовителя или путем организации тендерных торгов.
- **ГИБКАЯ СХЕМА ПЛАТЕЖЕЙ.** У предприятия есть возможность предоставить рассрочку платежа с различными вариантами оплаты, приемлемыми для ЛПУ. Например, выбрать ежемесячную или поквартальную оплату.
 - **БЫСТРЫЕ ПОСТАВКИ.** Продукция поставляется в кратчайшие сроки благодаря наличию готовой продукции на территориальных складах в г. Рязань, г. Москве, в Юрге (Кемеровской области) и в Хабаровске.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ №3 Г. СЕВЕРСКА

Гончарова Г.А. Карева Н.А.

ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России Медицинский центр №3

Медицинская реабилитация – это система государственных, социально-экономических, медицинских, педагогических, профессиональных, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (в том числе и детей) в общество.

Реабилитационное отделение МЦ№3 (далее РО) рассчитано на 10 коек круглосуточного пребывания и на 30 коек дневного пребывания детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет.

Основное лечение детей РО, направлено на улучшение и (или) восстановление двигательных нарушений. Проводится по назначению врачей-педиатров и специалистов по ЛФК, с учетом индивидуальных особенностей пациента (в зависимости от возраста, нозологии, тяжести и течения заболевания, наличия сопутствующей патологии). Поэтому совместный осмотр пациента врачом-педиатром и инструктором-методистом очень важен, т.к. программа восстановительного лечения включает не только медикаментозную терапию, но и реабилитационный комплекс процедур с возможностью дифференцированного индивидуального подхода к выбору методик. Более 50% внедренных в комплекс методик имеют индивидуальный подход, что значительно улучшает эффективность лечения.

Особое внимание уделяется детям с ДЦП (детский церебральный паралич). ЛФК занимает главное место в лечении детей с данной патологией. Индивидуальные занятия физическими упражнениями при ДЦП оказывают оздоровительное и общеукрепляющее влияние на детский организм; улучшают обменные процессы и кровообращение; предупреждают появление спаек между окружающими тканями; укрепляют ослабленные мышцы, восстанавливают двигательную координацию и так далее.

Отделение открыто в июне 2013г. Здесь проходят реабилитацию дети не только города Северска, но и детей Томской области. Отделение оснащено всеми необходимыми приспособлениями для пациентов с ограниченными возможностями: специальными функциональными кроватями, прикроватными столами для кормления, поручнями для туалета, для ванной и для коридора и всем необходимым оборудованием для работы с детьми данной категории. Руководствуясь задачей свободного и безопасного передвижения для маломобильных детей, имеются пандусы и лифт.

Кровати функциональные механические предназначены для осуществления функционального ухода за лежачими больными в период реабилитации. Изменение угла наклона секций (головной и ножной). Легко опускаются для облегчения доступа медицинского персонала к пациенту.

Вспомогательные средства **коляски инвалидные** используются для самостоятельного передвижения людей, с нарушениями, и частичной утратой функций опорно-двигательного аппарата.

Ходунки требуются ребёнку, который в состоянии ходить, но не может держать самостоятельно равновесие. Используются как для обучения хождению, так и для тренировок координации. Конструкция ходунков может иметь определённые особенности в зависимости от модели. Механизм задних колес не позволяет ходункам двигаться назад, чтобы конструкция не перевернулась, имеют тканевое сиденье. Система, позволяющая детям с отсутствием тонуса в мышцах ног самостоятельно ходить.

Опора для сидения со столиком необходима для детей со спастической формой детского церебрального паралича, помогает создать правильное, симметричное положение ребенка и удерживать равновесие в положении сидя, с помощью регулируемых по высоте ножек и подлокотников, тазобедренного абдуктора, а также и другие разновидности ходунков. Поручни для инвалидов оказывают дополнительную поддержку при стоянии, сидении и ходьбе. Чтобы выдерживать массу пациента, поручни должны быть достаточно прочными.

Тренажер-опора предназначен для обучения стояния на четвереньках и последующего самостоятельного ползания. Он регулируется по высоте, что позволяет взрослому формировать и направлять скоординированное движение ребенка. Способствует перемещению ребенка на руках и коленях, развивает и укрепляет шею, плечи и бицепсы, подготавливает к ходьбе. Развивает координацию верхних конечностей, способствует моторному развитию, позволяет передвигаться самостоятельно.

«Вертикализатор» - это устройство, позволяющее ребёнку удерживать вертикальное положение без посторонней помощи. Стойка для стояния фиксирует ребёнка в районе ступней, под коленями, на бедрах и поясе. Вертикализатор может наклоняться вперед. Чаще всего он оснащен столиком, на которые можно ставить игрушки. Вертикальное положение важно не только для нормальной работы всех органов, но и для социальной адаптации и умственного развития ребёнка.

Механотерапия — форма лечебной физической культуры, основным содержанием которой являются дозированные, ритмически повторяемые физические упражнения на специальных аппаратах или приборах с целью восстановления подвижности в суставах, облегчения движений и укрепления мышц.

Двигательный аппарат продолжительной пассивной мобилизации сустава кисти, включая большой палец - ARTROMOT®-F.

Аппарат для пассивной разработки лучезапястного сустава ARTROMOT-H.

Двигательная терапия с использованием аппарата продолжительной пассивной мобилизации локтевого сустава ARTROMOT®-E2.

Также в работе используем двигательный аппарат продолжительной пассивной мобилизации коленного и тазобедренного сустава ARTROMOT-SP1.

Двигательный аппарат продолжительной пассивной мобилизации лодыжки и голеностопного сустава ARTROMOT-SP3 тренажеры для ускоренной реабилитации после перенесенных операций, травм, замены суставов - помогают быстро восстановить подвижности суставов.

Тренажер Мотомед предназначен для занятия с пациентами, имеющими мышечные контрактуры, параличи, для детей, с нарушением опорно-двигательного аппарата и т.д. Благодаря этому тренажеру, возможно, уменьшить тугоподвижность суставов, что немало важно при контрактурах, так как, разработка контрактур очень долгий, а главное сложный

физически процесс. Также восстанавливается кровообращение, исчезает мышечная скованность от длительного лежания, идет наработка утраченных мышц от атрофии. Мотомед имеет два режима работы: пассивная тренировка, пассивно-активная тренировка. Тренажер Мотомед, оборудован функцией опознаванием спастики. Смысл данной функции в том, что аппарат самостоятельно распознает малейшие судороги мышц и снимает нагрузку с педалей.

Манупед активный является комплексным тренажером. Тренировка на велотренажере направлена на укрепление мышц ног, улучшение работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышение выносливости и улучшение координации.

Гидромассажная ванна для ног предназначена для проведения широкого класса гидротерапевтических процедур для ступней ног. Массаж облегчает доступ крови в ткани, снимает спазмы вен и лимфатических сосудов, напряжение в мышцах и уменьшает болезненные ощущения в суставах.

Гидромассажная ванна способствует улучшению обменных процессов в организме, активизирует кровоснабжение тканей, снимает напряжение мышц, снижает возбудимость организма. Применяют гидромассаж при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. *Магическая система «НОУ ХАУ» (модификация гидро-аэромассажа)* - специальное устройство, система аэромассажа, регулирует давление воды, которая может воздействовать непосредственно на тело пациента, при таком способе происходят круговые движения всей массы воды в ванне, из форсунок с многочисленными отверстиями одновременно поступает вода и воздух, образуя плотные «шарики», создавая более эффективное массирующее воздействие.

Ванна Хуббарда для кинезотерапии – предназначена для проведения индивидуальных занятий (упражнений) в воде. Ванна может быть дополнительно оборудована системой подводного ручного гидромассажа, а также жемчужным массажем. Встроенные регулятор давления и манометр позволяют точно регулировать силу исходящей из гидромассажного шланга водяной струи.

Механотерапевтический аппарат ОРМЕД Релакс — тракционная кровать для роликового вибрационного массажа позвоночника. Она проводит тракционную терапию, сопровождаемую тепловым воздействием на мышцы спины.

Реабилитационный ручной массаж проводится при функциональном лечении и восстановлении физической работоспособности, может сочетаться с ЛФК, механотерапией и другими видами лечения.

В отделении также применяется **Кинестетика** – это обучение двигательным навыкам, нормализация тонуса мышц, обучение подавлению усиленного проявления позотонических реакций; предупреждение и активное преодоление патологических установок конечностей, вызывающих деформацию в суставах; коррекция нарушения статики и локомации, постепенное восстановление равновесия тела, опороспособности конечностей, развития координации. Кинестетика - это самостоятельная ходьба.

В реабилитационном процессе используется **Фитбол гимнастика** — это занятия на фитболе, которую очень любят дети всех возрастов.

Занятия на беговой дорожке, проводятся в виде бега и ходьбы. Особенность электрической дорожки заключается в функции легкого старта, с нулевого шага, шага на месте.

Также в отделении с лечебной целью при нарушениях осанки, сколиозах, бронхиальной астме, ожирении проводятся **групповые занятия физическими упражнениями**.

Физиотерапия является одним из самых безопасных методов лечения на сегодняшний день. Физиотерапия применяется как самостоятельно, так и в совокупности с другими методами лечения (например, хирургией, ортопедией, неврологией.).

Парафинотерапия (как вид термотерапии) оказывает болеутоляющее и рассасывающее действие, предупреждает развитие спаек, улучшает кровообращение и питание тканей, усиливает обмен веществ. В качестве расслабляющего средства парафиновые аппликации применяют перед сеансами массажа – в этом случае его эффект будет намного выше.

Принцип работы **галокамеры или соляной пещеры** направлен на лечение, профилактику и реабилитацию заболеваний органов дыхания в условиях искусственного микроклимата соляных пещер.

Сухой бассейн оказывает многостороннее влияние на организм ребенка - нормализует деятельность центральной нервной системы, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, активизирует течение обменных

процессов, способствует нормализации массы тела, оказывает закаливающий эффект, оказывает благотворное сенсорное воздействие, создает положительный психо-эмоциональный фон.

Занятия в сухом бассейне проводятся с одновременным просмотром развивающих программ, основанных на игровом подходе.

Занятия в сенсорной комнате позволяют стимулировать зрительную, слуховую, тактильную чувствительность и использовать эту стимуляцию длительное время, поскольку в данных условиях используется массированный поток информации на органы чувств и анализатор, а восприятие становится более активным.

Процесс реабилитации и восстановления, утраченных или ослабленных функций организма напрямую зависит от психо-эмоционального состояния пациента.

Основные цели и задачи работы в сенсорной комнате:

1. Развитие и гармонизация эмоционально-волевой сферы детей;
2. Развитие психических процессов и моторики у детей.

На своем опыте мы убедились, что пребывание в сенсорной комнате способствует улучшению психоэмоционального состояния детей, способствует сокращению адаптационного периода, улучшает общее самочувствие, нормализует сон.

ВЫВОД

Проанализировав работу РО с июня 2013г, мы пришли к выводу, что в структуре пациентов отделения дневного и круглосуточного пребывания доля пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата составила : - 42%, с заболеваниями нервной системы – 47,5%, с заболеваниями дыхательной системы – 4,5%, с заболеваниями эндокринной системы – 5%.

Эффективность лечения:

√ 76% - улучшение

√ 24% - выздоровление

√ негативной оценки эффективности лечения в отделении (ухудшение состояния) не отмечено.

С открытием данного отделения реабилитационную поддержку получили не только дети г. Северска, но и Томской области.

В заключении хочется добавить, что слаженная, профессионально грамотная работа, индивидуальный подход и доброе отношение специалистов нашего отделения, дают возможность детям с ограниченными возможностями стать максимально независимыми от посторонней помощи в повседневной жизни, путем восстановления или улучшения утраченных функций, а так же приобретению навыков использования специальных приспособлений для адаптации детей в окружающей среде.

Литература:

1. Панаев М. С. Основы массажа и реабилитации в детской педиатрии. – Ростов: «Феникс», 2003. – 320 с.
2. Руководство по кинезотерапии/ Под ред. Л. Бонева, П.Лынчева. - М., 1972.
3. Руководство для врачей. Медицинская реабилитация / под ред. В.А Елифанова. – М., 2005-328 с.
4. Общая физиотерапия.// В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко.
5. Методическое руководство к аппаратам ARTROMOT. Аппараты для пассивной разработки суставов.

ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ПОМЕЩЕНИЙ И ВОЗДУХА ИМПУЛЬСНЫМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ

Я.А. Гольдштейн, А.А. Голубцов, С.Г. Шашковский

ООО «НПП»Мелитта»,

МГТУ им. Н. Баумана

В настоящее время все в медицинских организациях (МО) разрабатываются и внедряются Программы обеспечения эпидемиологической безопасности от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Важный раздел таких программ –

обеспечение микробиологической чистоты воздуха и поверхностей помещений, ведь достаточно большой процент случаев ИСМП вызывается микроорганизмами, включая их полирезистентные формы, передающимися контактно-бытовым, аэрогенным и воздушно-капельным путями.

С 2004 года Научно-производственным предприятием «Мелитта» впервые в мире начато серийное производство импульсных ультрафиолетовых установок для медицины серии «Альфа» (УИКБ-01»Альфа» -передвижная, «Альфа-05» -переносная и «Альфа-02» - стационарная) в России. Установки предназначены для работы в условиях отсутствия людей и используются при плановом и экстренном (экспресс) обеззараживании воздуха и открытых поверхностей помещений от всех видов госпитальной микрофлоры, включая их полирезистентные штаммы (MRSA, VRE, МЛУ- и ШЛУ- штаммы M.tuberculosis и др). На сегодняшний день в г. Москве и 60 регионах России в медицинских и научно-исследовательских организациях Минздрава, ФМБА, МЧС, РАН, ФСО эксплуатируются более 1300 установок. Наша продукция присутствует и на зарубежных рынках (Канада, Израиль, Мексика, ЮАР). В 2011 г. на основании лицензионного соглашения между НПП «Мелитта» и американской компанией «Хенех» начат серийный выпуск передвижных импульсных ультрафиолетовых установок на территории США, которые к настоящему времени успешно эксплуатируются в более чем 200 госпиталей.

В чем же секрет такой востребованности импульсных ультрафиолетовых установок? Прежде всего это особенности самой технологии, доказанные преимущества по эффективности обеззараживания воздуха и поверхностей по сравнению с традиционными ультрафиолетовыми ртутными лампами низкого давления (включая амальгамные), и главное – возможность решения остро стоящих перед медицинскими организациями задачами по профилактике ИСМП и повышению эффективности дезинфекционных мероприятий (борьба с госпитальными полирезистентными штаммами микроорганизмов, экспресс-обработка помещений и автоматизация дезинфекционных технологий).

Технология. Принцип работы установок основан на импульсной плазменно-оптической технологии одномоментной обработки воздуха и открытых поверхностей высокоинтенсивным ультрафиолетовым излучением сплошного спектра, вырабатываемым ксеноновой лампой. Обработка контаминированных объектов осуществляется несколькими короткими по длительности (несколько десятков или сотен микросекунд) световыми импульсами очень высокой интенсивности (более 10 кВт/см²). Другими словами, ксеноновая плазма при температурах 20000 – 30000 К генерирует оптическое излучение, характеризующееся сплошным спектром (рис. 1). Такой способ воздействия на живую материю вызывает многоканальное деструктивное воздействие на все жизненно важные структуры клеток (нуклеиновые кислоты, белки, биомембраны и др.) –рис.2

Это снижает возможности адаптации живой материи и значительно повышает биоцидную эффективность нового метода.



Рис. 1



Рис. 2

В отличие от традиционных бактерицидных установок, использующих в качестве источника излучения ртутные лампы низкого давления (включая амальгамные), в импульсных ультрафиолетовых установках в качестве источника излучения используется ксеноновая лампа.

В таблице 1 приводятся сравнительные характеристики импульсной ксеноновой лампы и ртутной лампы низкого давления.

Таблица 1

Показатели	Источники ультрафиолетового излучения	
	Импульсная ксеноновая лампа	Ртутная лампа низкого давления (включая амальгамную)
Спектр излучения, нм	200-400	253,7
Механизм инактивации микроорганизмов	Поликанальный (фотодимеризация, фотогидратация, сшивки с белками, разрывы цепей ДНК, нарушение проницаемости мембран)	Фотодемеризация
Виды микроорганизмов	Пороговые поверхностные дозы D ₉₀ , Дж/м ²	
Вирусы: Adenovirus	52	350
Плесневые грибы: Aspergillus niger spores	260	12 800
Споры бактерий: Bacillus subtilis spores	45	160
Бактерии: Pseudomonas aeruginosa	18	35
Полирезистентные штаммы бактерий: Staphylococcus aureus, (MRSA)	14 17	26
Enterococcus faecium, шт. 4 (VRE)		64
Экологичность оборудования и проводимой обработки	Наличие в излучателе инертного газа-ксенона, отходы V класса опасности - практически не опасные	Наличие в излучателе ртутьсодержащих материалов, отходы 1 класса опасности – чрезвычайно опасные отходы
Специальные требования по утилизации, при разрушении ламп	Отсутствие специальных требований	Необходимость утилизации, необходимость демеркуризации (СП №4607-88)

На основании многолетних научно-исследовательских работ, проведенных на базе аккредитованных лабораторных испытательных центров (НИИ Дезинфектологии, Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского, Институт медико-биологических проблем РАН, НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского, Московский НПЦ борьбы с туберкулезом) было проведено более 60 исследований, в которых изучены более 100 различных микроорганизмов (часть данных отражена в таб.1.).

Из таблицы 1 видно, что активность импульсного УФ излучения сплошного спектра многократно выше монохроматического УФ излучения, что позволяет инактивировать микроорганизмы за гораздо меньшее время. Эти данные позволили разработать научно-обоснованные плановые и специальные режимы обеззараживания воздуха (рис.3) и поверхностей (рис.4.) в отношении бактерий, включая микобактерии туберкулеза и их споры, вирусов, грибов, а также полирезистентных музейных и госпитальных штаммов (MRSA, VRE, A.baumannii, МЛУ- и ШЛУ- клинических штаммов микобактерий туберкулеза).

Рис. 3 Время и режимы обеззараживания установкой УИКБ-01-«АЛЬФА» воздуха помещения 100 м³ от микрофлоры с эффективностью 99,9-99,99%

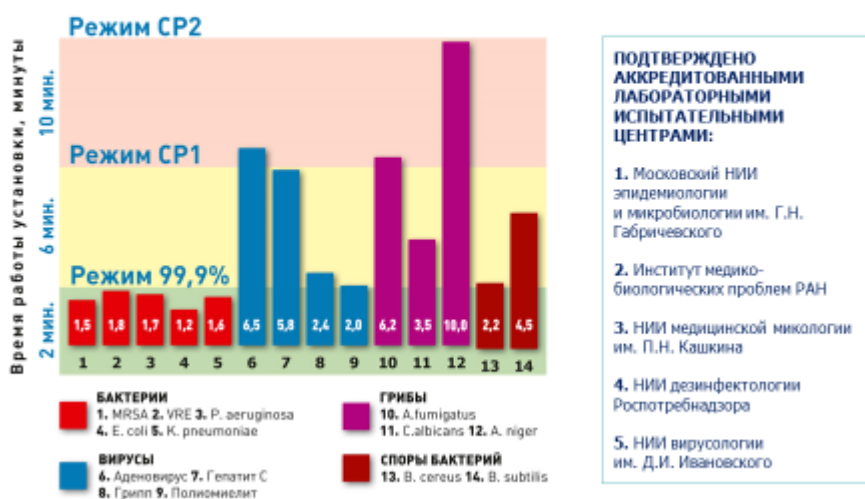
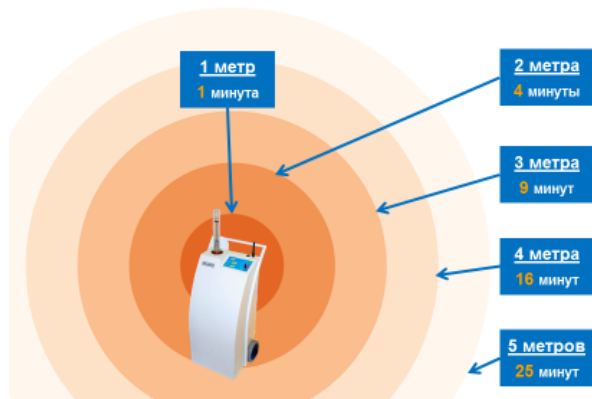


Рис. 4 Обеззараживание поверхностей с помощью установки УИКБ-01-«Альфа» от госпитальной микрофлоры с эффективностью 99,99% (включая полирезистентные штаммы MRSA, VRE, Clostridium difficile)



Технологическая эффективность. Импульсные ультрафиолетовые установки обладают ультракоротким временем обработки воздуха и открытых поверхностей помещения. Это особенно важно в следующих случаях: необходимость экстренной (экспресс) подготовки помещения в соответствии с их классами чистоты; минимальный промежуток времени между медицинскими оперативными вмешательствами, процедурами, имеющими высокий риск возникновения ИСМП. Процесс работы установок максимально автоматизирован

(минимизация ошибок обслуживающего персонала, гарантия проведения процесса дезинфекции с заданной эффективностью - непрерывный контроль за процессом обеззараживания, пульт дистанционного управления, мгновенная готовность к работе в широком интервале температур).

Клинико-эпидемиологическая эффективность. Одной микробиологической эффективности, полученной в лабораторных условиях, никогда не бывает достаточно, чтобы судить о действительной, реальной эффективности дезинфекционного оборудования. «Вершиной» доказательной базы для такого вида оборудования являются данные, полученные в ходе проведения клинической микробиологической и эпидемиологической диагностики и программ их мониторинга.

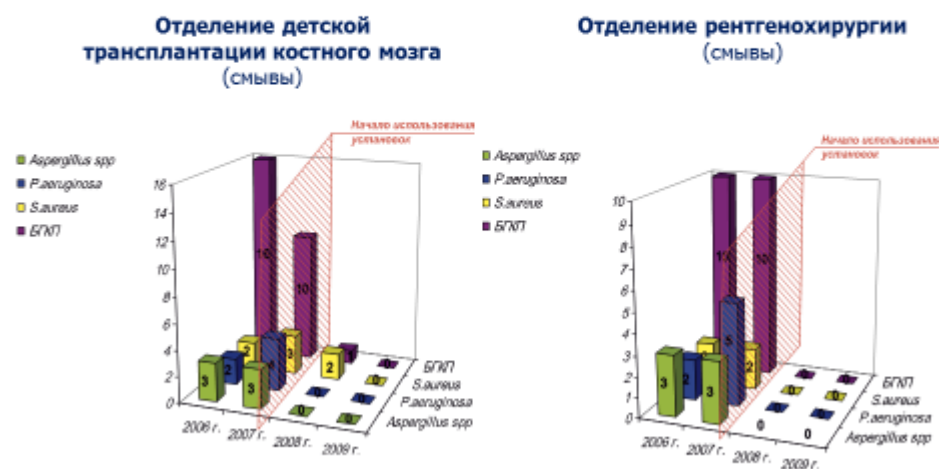
Практическую эффективность импульсных ультрафиолетовых установок подтверждена многолетним успешным опытом их эксплуатации в ведущих МО различного профиля (Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, ЦНИИ туберкулеза, Московский НПЦ борьбы с туберкулезом и др.) При взятии микробиологических проб воздуха и смывов с поверхностей из помещений разных классов чистоты и риска возникновения ИСМП (операционные, предоперационные, родильные залы, манипуляционные, реанимационные палаты, стоматологические кабинеты, палаты для больных, кабинеты бактериологической лаборатории, секционные залы и др.) получены результаты, подтверждающие микробиологическую эффективность импульсных ультрафиолетовых установок в отношении госпитальных штаммов микроорганизмов. Клиническими эпидемиологами отмечалось также существенное снижение процента ИСМП у пациентов при включении установок в традиционный комплекс дезинфекционных мероприятий, по сравнению с периодом без их применения (Рис.5, Рис.6).

Рис. 5 Динамика снижения заболеваемости ИСМП у новорожденных в Перинатальном центре (г. Нижнекамск, Республика Татарстан)



Рис. 6. Мониторинг использования импульсных УФ-установок в Российском Онкологическом Научном центре им. Н.Н. Блохина

(по данным Лаборатории микробиологической диагностики и лечения инфекций в онкологии)



Рекомендации по применению установок в медицинских организациях. Импульсные ультрафиолетовые установки в практическом здравоохранении могут быть рекомендованы для проведения всех видов профилактической и очаговой дезинфекции. Установки незаменимы при проведении дезинфекционных мероприятиях в помещениях высокого риска возникновения ИСМП (помещения классов чистоты А и Б, при выполнении медицинских инвазивных операций и манипуляций, при проведении генеральных уборок, в помещениях, в которых высеваются высокоустойчивые микроорганизмы (споры бактерий, грибы, вирусы), полирезистентные госпитальные штаммы). Наибольшая эффективность обеззараживания воздуха и поверхностей помещений достигается при применении установок после выполнения всех традиционных уборочных и дезинфекционных мероприятий.

Импульсные ультрафиолетовые установки включены в Табель оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений (пр. МЗ РФ №753 от 01.12.2005 г.), в стандарт оснащения противотуберкулезных учреждений (Приказ МЗСР РФ №1224 от 29.12.2010 г.), рекомендованы Роспотребнадзором - Методические рекомендации "МР 3.1.2.0078-13. 3.1.2. Рекомендации по организации мероприятий по профилактике распространения туберкулеза при перевозке (депортации) иностранных граждан, больных туберкулезом. (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26.08.2013).

Экологичность и безопасность. Установки полностью соответствуют современным требованиям экологической чистоты и безопасности. Установки серии «Альфа» в процессе эксплуатации не нарабатывают вредных веществ (не нарабатываются окислы азота, отсутствует ионизирующая компонента электромагнитного излучения), а содержание озона в рабочей зоне помещения составляет не более 30% от ПДК озона в атмосферном воздухе (Протоколы №0011.1.006 от 26.05.2006г., №0012.1.006 от 26.05.2006 г. замера концентраций озона в воздушной среде изолированного помещения при облучении воздуха импульсным УФ излучением сплошного спектра, выполненные в испытательном лабораторном Центре НИИ ФХМ МЗ РФ). Это достигается за счет применения в установке оригинальной запатентованной противоозонной защиты, т.е. не требуется проветривания помещений после окончания цикла его обработки.

Импульсные ксеноновые лампы не содержат ртути и других токсичных химических веществ и являются экологически чистыми устройствами. Все типы установок полностью соответствуют существующим нормам по электробезопасности и электромагнитной совместимости (ГОСТ Р 51522.1-2011 (МЭК 61326-1:2005, Совместимость технических средств электромагнитная. Электрическое оборудование для измерения, управления и лабораторного применения. Часть 1. Общие требования и методы испытания).

Установки прошли полный цикл сертификационных испытаний как в России, так и за рубежом (INTERTEK, США) и полностью безопасны для окружающей среды и приборов.

Заключение. Приведенные в настоящей статье данные показали, что импульсные ультрафиолетовые установки являются высокоэффективным оборудованием для одномоментного обеззараживания воздуха и открытых поверхностей от различных видов микрофлоры, включая полирезистентные госпитальные штаммы (MRSA, VRE, M. tuberculosis, P.aeruginosa). Использование импульсных ультрафиолетовых установок за счет сокращения времени и трудоемкости значительно повышает эффективность дезинфекционных мероприятий. Опыт эксплуатации установок в России и за рубежом показал устойчивую динамику снижения ИСМП. Это имеет важное значение для практической медицины при рациональном выборе технологий и оборудования для обеззараживания воздуха и поверхностей помещений, а также при их внедрении в Программу эпидемиологической безопасности медицинской организации.

Литература:

1. Chan-Ick Cheigh, Mi-Hyun Park, Myong-Soo Chung, Jung-Kue Shin, Young-Seo Park. Comparison of intense pulsed light- and ultraviolet (UVC)-induced cell damage in *Listeria monocytogenes* and *Escherichia coli* O157:H7// Food Control – 2012. – v.25, № 2 – P. 654 – 659.
2. Владимиров Ю.А. Физико-химические основы фотобиологических процессов. – М.: Дрофа, 2006..
3. Kowalski W. Ultraviolet Germicidal Irradiation Handbook. UVGI for Air and Surface Disinfection. - New York.: Springer, 2009
4. Конев С.В., Волоотовский И.Д. Фотобиология. – Минск: БГУ, 1979.
5. Владимиров Ю.А., Рощупкин Д.И., Потапенко А.Я., Деев А.И. Биофизика. – М.: Медицина, 1983.
6. Самойлова К.А. Действие ультрафиолетовой радиации на клетку. – Ленинград: Наука, 1967.
7. Жестяников В.Д., Самойлова К.А., Завильгельский Г.Б. Повреждение и репарация клетки при действии коротковолнового и длинноволнового УФ излучения// Ультрафиолетовое излучение и его применение в биологии. Материалы 10-го Всесоюзного совещания. – Пушино-на-Оке. – 1973. – С. 7-9.
8. Рубин А.Б. Биофизика: В 2 т. Т.2.: Биофизика клеточных процессов. – М.: Изд-во МГУ, 2004.
9. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Новак И.В., Шашковский С.Г. (Глазной центр «Восток-Прозрение», Москва). «Мобильная офтальмологическая помощь нетранспортабельным больным». Журнал «Офтальмохирургия» №4/2002г.
10. Савенко С.М., Гольдштейн Я.А., Шашковский С.Г. (Клиническая больница Управления делами Президента РФ; ООО «Научно-производственное предприятие «Мелитта»). «Новые технологии обеззараживания воздуха в лечебно-профилактических учреждениях». Журнал «Стерилизация и госпитальные инфекции» №2/2006 г.
11. С.Г. Шашковский, Т.А. Калинин, Н.А. Поликарпов, Я.А. Гольдштейн, И.В. Гончаренко Оборудование для обеззараживания помещений в ЛПУ на основе импульсной ультрафиолетовой технологии // Поликлиника. - №3. -2009.
12. Современные аспекты борьбы с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи населению / В. Акимкин, А. Тутельян // Медицинская газета №28 от 16.04.2014г.
13. Савенко С.М. Санэпидрежим в ЛПУ. Современные технологии обеззараживания воздуха в лечебно-профилактических учреждениях. // Заместитель главного врача - №9 2009.
14. Раздел – «Исследования, апробации» на сайте ООО «НПП «Мелитта», Источник: <http://www.melitta-uv.ru/main/isslaprob/research/>

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА ПО ОБУЧЕНИЮ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ВОЛОНТЕРОВ ЗИМНЕЙ ОЛИМПИАДЫ В Г.СОЧИ

И.И. Диамант, Д.С. Романов, А.Н. Яблоков, С.Л. Горбылева***

**ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет»; г. Томск*

***ФГБУ СибФНКЦ Северская клиническая больница ФМБА России, г. Северск*

В феврале 2014 года в России состоялись XXII Олимпийские и XI Паралимпийские зимние Игры. Игры стали триумфальными для нашей страны, не только потому, что наши спортсмены в неофициальном зачете заняли первое место, но и по уровню организации, оснащения, четкости работы всех служб.

Значимый вклад внесли волонтеры, подготовка которых может быть отнесена к числу инновационных проектов Оргкомитета "Сочи 2014". Понятие «волонтер Игр» юридически закреплено в российском законодательстве, где дано определение «волонтеры зимних Игр в Сочи – это граждане Российской Федерации и иностранные граждане, заключившие с Оргкомитетом «Сочи 2014» гражданско-правовой договор об участии в организации и (или) проведении Олимпийских и Паралимпийских игр без предоставления им денежного возмещения за осуществляемую деятельность [1]. На базе 26 учебных заведений России были созданы специальные волонтерские центры, которые открылись за 1000 дней до начала Игр в Сочи. Каждый центр осуществлял подготовку по одному направлению («Медицина», «Допинг-контроль», «Технологии», «Церемонии», «Паралимпийская специфика» и т.д.) [2].

Миссией волонтерской программы "Сочи 2014" явилось - не только вовлечь российские регионы в подготовку к Играм, но и возродить добровольческое движение в стране в целом [2]. Нельзя не поддержать мнение заместителя председателя правительства Российской Федерации Дмитрия Козака: "Импульс, который получит волонтерское движение в нашей стране в результате Олимпийских игр, будет даже важнее для становления гражданского общества, для социального и политического развития нашей страны, чем спортивный праздник" [1].

Подготовка волонтеров для Олимпиады через сеть региональных центров, была отмечена специальным призом имени Хуана Антонио Самаранча (премия Global Sports Forum Trophy) за самые инновационные и эффективные спортивные проекты в 2011 году [1].

Томск оказался в числе городов, где подготовка волонтеров осуществлялась по программе «Волонтер Сочи 2014» на базе Томского политехнического университета. Эта программа состояла из 9 модулей, которые включали тренинги по особенностям организации и проведения Олимпийских и Паралимпийских Игр, развитию личных качеств и навыков; конкретным направлениям деятельности, инструктажи по объектам.

В Томске был разработан и реализован инновационный проект. В стандартную программу обучения волонтеров был добавлен еще один модуль: оказание первой помощи в чрезвычайных ситуациях. В мире отмечается увеличение числа катастроф, терактов. Место проведения Зимней Олимпиады город Сочи - регион с повышенной террористической угрозой, были возможны природные и техногенные катастрофы. Большое количество людей на соревнованиях также является потенциально опасным.

В Томской области много лет существует команда специалистов, которая включает как медицинских работников (СибФНКЦ Северская клиническая больница ФМБА России), так и педагогов (Томский государственный педагогический университет) и осуществляет обучение навыкам оказания первой помощи разные группы населения. Успешность работы основана на применении инновационных методов обучения, основанных на алгоритмах, применяемых в современной мировой практике [3,4].

Целью изучения модуля явилось: повысить готовность волонтеров «Сочи 2014» к оказанию первой помощи при несчастных случаях, травмах, ожогах и других состояниях, угрожающих жизни и здоровью.

Срок обучения: 12 учебных часов.

Форма обучения: очная

Форма проведения занятий: лекционно - практические занятия.

Задачи, решаемые в процессе освоения модуля: образовательные и воспитательные.

- *образовательные*: обучить волонтеров оказанию первой помощи при чрезвычайных ситуациях, травмах;

- *воспитательные*: воспитывать чувство сострадания, ответственности и долга перед людьми.

Технологии обучения: в процессе обучения активно используются игровые технологии (имитационные, операционные, «театр травмы»).

Содержание занятий:

- понятие первой помощи и основные понятия ее определяющие;
- понятие о состояниях, требующих оказания первой помощи;
- основные мероприятия первой помощи и последовательность их выполнения;
- способы оценки состояния жизненных функций пострадавших и правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;
- основы первой помощи при кровотечениях, переломах, вывихах, ранениях, ожогах, отморожениях и других неотложных состояниях;
- придание оптимального положения тела, правила переноски и эвакуации при чрезвычайных ситуациях, несчастных случаях, травмах и других состояниях, угрожающих жизни и здоровью.
- особенности работы с лицами с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов.

Основное внимание в процессе обучения уделялось освоению практических навыков.

На тренажере прием оказания первой помощи сначала показывал преподаватель, затем выполнял волонтер. При изучении применялись алгоритмы, которые в виде речевой информации были записаны на цифровом носителе информации. Повторить прием оказания первой помощи волонтер мог столько раз, сколько было необходимо для формирования безошибочного выполнения.

Всего было обучено 56 волонтеров. Для оценки качества освоения курса оказания первой помощи было проведено тестирование теоретических знаний и практических навыков в начале и конце обучения (табл.1). Как видно из результатов, представленных в таблице 1, существенно повысился уровень как теоретических знаний, так и практических навыков волонтеров.

Таблица 1

Оценка качества знаний и навыков оказания первой помощи

тест	в начале обучения		в конце обучения	
	абс	%	абс	%
теория (высокий уровень)	1	1,8	42	75
теория (средний уровень)	1	1,8	14	25
теория (низкий уровень)	54	96,4	0	0
практические навыки (высокий уровень)	3	5,4	54	96,4
практические навыки (средний уровень)	1	1,8	2	3,6
практические навыки (низкий уровень)	52	92,8	0	0

Таким образом, мы считаем, что обучение навыкам оказания первой помощи имеет важное значение не только для людей, оказавшихся в опасной для жизни ситуации, но и для волонтеров, у которых формируется позитивное представление о себе, умение принимать на себя ответственность, сопереживать людям.

Литература:

1. <http://www.sochi2014.com/>
2. <http://vol.sochi2014.com/>
3. Инновационные методы обучения старших школьников алгоритмам оказания первой помощи/ Диамант И.И., Романов Д.С., Яблоков А.Н., Романова С.А. - Мат. Всероссийской научно-практической конференции г.Томск, 30-31 мая 2013г. «Инновационные технологии в образовании и здравоохранении: опыт, проблемы, решения, перспективы». - Томск, – ВПО СибГМУ Минздрава России, 2013. – С.187-189. ISBN 978-5-98591-095-7.
4. Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации (Пересмотр 2010 г.). Под редакцией члена-корреспондента РАМН В.В. Мороза Москва, Издательство: ООО «Гран-при», 2011, 520 с.

СТРАТЕГИЯ ВЫБОРА КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Т.В. Комиссарова

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,
г. Новосибирск*

Стратегической задачей здравоохранения во всем мире является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) являются важнейшей составляющей этой проблемы в силу глобального характера распространения, негативных последствий для здоровья пациентов и экономики государства (1,3,4,5).

По различным оценкам ИСМП поражают 5-10% пациентов стационаров и занимают десятое место в ряду причин смертности населения. По данным официальной статистики, ежегодно в РФ регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев ВБИ, однако, по расчетным данным ЦНИИ эпидемиологии эта цифра в 40-50 раз выше (1,4,8).

Удельный вес гнойно-септических инфекций (ГСИ) в общей структуре ИСМП достигает по данным разных авторов до 85-93%. На их долю приходится половина всех встречающихся осложнений хирургических вмешательств.

Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2,5 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается их выписка. Риск летального исхода у этих пациентов в 7 раз выше по сравнению с подобными по возрасту, полу, основной и сопутствующей патологии и тяжести больными (1,3,9,10).

В современной клинике ИСМП ухудшают прогноз течения заболевания, увеличивают длительность госпитализации и стоимость лечения, снижают эффективность антибактериальной терапии, способствуют распространению в стационаре резистентных штаммов микроорганизмов (7,8).

Несмотря на то, что стоимость лечения варьирует в разных медицинских организациях и существенно отличается в многолетней динамике, в среднем при присоединении ИСМП она в три раза выше, чем у неинфицированных пациентов. Несомненно, инфекционные осложнения существенно снижают качество жизни пациента и вызывают развитие стрессорных реакций. Помимо этого, эти инфекции приводят к потере репутации медицинских организаций, что трудно оценить в финансовом выражении (3,4,5).

Подобная многоаспектность проблемы, актуальность ее медицинских организаций любого типа и уровня требует разработки и внедрения стандартных, унифицированных мер антиинфекционной защиты медицинских технологий, разработки программ инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса (4).

Медицинские организации представляют собой идеальное место для передачи инфекционных заболеваний. Это связано, прежде всего с тем, что инвазивные медицинские манипуляции сопряжены с риском внесения микроорганизмов в организм человека и могут служить причиной возникновения инфекции; медицинские услуги предоставляются большому числу пациентов в условиях ограниченного физического пространства, и в течение непродолжительного времени; в силу своих профессиональных обязанностей медицинские работники и персонал медицинских организаций постоянно находятся в ежедневном контакте с потенциально инфицированными материалами; и, наконец, с тем, что многие из пациентов, обращающихся за медицинской помощью, имеют тяжелую соматическую патологию и, в связи с этим, в большей степени подвержены риску инфицирования, или являются источником инфекции (7,8).

Гигиена рук - один из наиболее важных разделов профилактики ИСМП. Формирование комплаентности у персонала медицинской организации гигиене рук является одним из показателей эффективности профилактики ИСМП в медицинской организации (2).

Как показала экспертная оценка организации профилактики ИСМП в крупном многопрофильном стационаре, основным путем передачи ИСМП в лечебных отделениях, по мнению клиницистов, является нарушение технологии обработки рук 3.8 ± 0.2 , нарушение правил асептики при выполнении манипуляций – 2.3 ± 0.2 (при оценке по пятибалльной шкале).

Несоблюдение требований по дезинфекции рук связано не только с недостаточной обеспеченностью рабочих мест оборудованием и материалами для проведения дезинфекции

рук, нехваткой времени и ресурсов при осуществлении ухода за пациентами, но и качеством мыла и кожного антисептика. Особенно это важно при высокой оперативной активности, в том числе при оказании специализированной медицинской помощи, т.к. при высокой интенсивности нагрузки у медицинского персонала достаточно часто возникают проблемы сохранения целостности кожных покровов, возникают контактные дерматиты (6, 11).

При определении потребности учреждения в кожных антисептиках важно учитывать цели применения данной группы препаратов: для дезинфекции кожных покровов пациентов в регламенте предоперационной подготовки, для дезинфекции инъекционного и операционного полей, для гигиенической дезинфекции рук медицинского персонала, для хирургической дезинфекции рук (12).

Для дезинфекции кожных покровов пациентов при проведении предоперационной подготовки нами используются бесспиртовые кожные антисептики, в остальных случаях преимущество отдано спиртсодержащим кожным антисептикам. Позитивные стороны использования спиртсодержащих антисептиков являются общеизвестными фактами: быстрое действие, оптимальный антимикробный спектр, удобные условия использования, эффективное удаление микроорганизмов. Важнейшее условие оптимального использования кожных антисептиков: отношение медицинского персонала - удовлетворенность свойствами (запах, консистенция, цвет), время экспозиции, минимизация раздражающего действия на кожу рук, «традиционное» отношение, особенно хирургов к химическому составу растворов.

На основании проведенного бактериологического мониторинга качества дезинфекции рук, учета удовлетворенности медицинского персонала характеристиками кожных антисептиков нами был составлен формуляр использования кожных антисептиков в различных функциональных подразделениях учреждения: в операционных блоках, отделении реанимации и интенсивной терапии, перевязочных кабинетах: приоритет отдан антисептикам на основе этилового спирта (производство компании Лизоформ, BiBraun), в процедурных кабинетах, в лечебных отделениях, во вспомогательных отделениях на основе композиций спиртов (производство компании BiBraun).

Таблица 1

Регламент использования кожных антисептиков

Цель использования антисептика	Наименование препарата	Состав	Производитель
Гигиеническая дезинфекция рук	Софта-ман	Пропанол -1 18% Этанол – 45%	BiBraun
Хирургическая дезинфекция рук	Софта- септ	Изопропанол – 10% Этанол – 74%	BiBraun
Обработка операционного поля, хирургическая дезинфекция рук	Софта –септ Н	Изопропанол – 10% Этанол – 74%	BiBraun
Обработка операционного поля,	Софта –септ (окрашенный)	Изопропанол – 10% Этанол – 74%	BiBraun
Обработка операционного поля, хирургическая дезинфекция рук	АХД 2000 специаль	Этанол 78%, хлоргексидин биглюконат 0,5%	Лизоформ

Нами определено приоритетное направление по профилактике ИСМП – соблюдение принципов дезинфекции рук медицинского персонала, с проведением бактериологического мониторинга различных уровней дезинфекции рук, анализом эффективности использования кожных антисептиков в системе профилактики ИСМП. В структуре закупок дезинфекционных средств расходы на кожные антисептики составляют до 30%, что сравнимо с расходами на кожные антисептики в ведущих клиниках Европейских стран, что в свою очередь еще раз подчеркивает актуальность и значимость проблемы.

Литература:

1. Акимкин В.Г. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре / В.Г. Акимкин // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003.- № 5. – С. 15-19.

2. Основы инфекционного контроля: практическое руководство: пер с англ., 2-е изд. / Американский международный союз здравоохранения. – М.: Альпина Паблишер, 2003. – С 1-2
3. Зуева Л.П. Опыт внедрения системы инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях / Л.П. Зуева. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2006 – 264 с.
4. Брусина, Е. Б. Эпидемиология внутрибольничных гнойно-септических инфекций в хирургии / Е. Б. Брусина, И. П. Рычагов. - Новосибирск: Наука, 2006. – 171 с.
5. Скачкова Е.И., Гашаев А.В, Новожилов А.В. Инфекционная безопасность в медицинском учреждении / ЦНИИОИЗ – М., 2005 – 70 с.
6. Госпитальная инфекция в многопрофильной хирургической клинике / А.С. Коган, С.А. Верещагин, Е.Г Григорьев и др. под редакцией Е.Г. Григорьева, А.С. Когана. – Новосибирск: Наука, 2003.- 208 с
7. Гудкова Е.И. Внутрибольничные инфекции в республике Беларусь: перспективы профилактики и борьбы / Е.И. Гудкова, Г.Н. Чистенко, Н.Ф. Сивец, Г.А. Скороход, 8.А.А.Адарченко // Сепсис: вопросы клинической патофизиологии, эпидемиологии и интенсивной терапии: материалы межрегиональной научн.- практич. конф. – Кемерово., 2006. – С. 38-45.
8. Вардозанидзе С.Л., Шикина И.Б., Воканян Ю.Э., Сорокина Н.В., Муравьев К.А. Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре / Ставрополь., 2006. С 72.
9. Информационный бюллетень ВОЗ 28.10.2004.
10. ВОЗ. Безопасность пациентов (доклад Секретариата), 59 – ая сессия 59/22 4 мая 2006 г
11. Эпидемиологический мониторинг внутрибольничных инфекций у медицинского персонала: метод. рекомендации / О.М. Дроздова, Е.Б. Брусина, И.П. Рычагов и др.– Кемерово, 2007. – 63 с.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.В. Купчикова

ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», г. Томск

Старение – естественный процесс, протекающий на протяжении всей жизни, а старость является закономерным этапом жизненного цикла любого организма. Гериатрия – учение о болезнях людей пожилого и старческого возраста. Изучает возникновение, развитие, диагностику, лечение и предупреждение возрастной патологии, особенности обычных заболеваний в пожилом возрасте. Наличие хорошего психического здоровья в течение жизни не обеспечивает иммунитета к психическим нарушениям в предстарческом и старческом возрасте.

Нарушения психической деятельности в пожилом возрасте изучает геронтологическая психиатрия – наука, выделенная в самостоятельную дисциплину. Однако, при обеспечении максимальной адекватности данного процесса, возникает ряд специфичных проблем, среди которых лидирует проблема сочетания соматических и психических расстройств и хроническая инвалидизация. Психические расстройства позднего возраста, в свою очередь, включают галлюцинаторные параноидные психозы, тяжелые депрессивные состояния, острые органические психозы и деменцию с расстройствами поведения и нередко требуют стационарной психиатрической помощи.

Прогнозируемое увеличение количества людей позднего возраста с психическими расстройствами заставляет искать оптимальные модели оказания психиатрической помощи таким больным. Одна из таких моделей – соматогериатрические отделения в ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница». Отделения предназначаются для оказания специализированной плановой психиатрической геронтологической и реабилитационной помощи лицам пожилого и старческого возрастов, лицам с преждевременным старением организма, страдающих психическими расстройствами разнообразных нозологических форм, а также для оказания услуг по уходу за этими лицами в стационарных условиях.

Отделения выполняют следующие задачи:

1. Консультативная, лечебно-диагностическая, социальная, психологическая и реабилитационная помощь лицам с психическими расстройствами предстарческого и старческого возрастов.
2. Лечение сопутствующей соматической и неврологической патологии в стадии компенсации, не требующей госпитализации в профильное отделение.
3. Осуществление квалифицированного ухода за больными предстарческого и старческого возраста, страдающими хроническими психическими расстройствами, утратившими частично или полностью навыки самообслуживания. В отделениях проводится экспертиза стойкой нетрудоспособности.

Госпитализация осуществляется по направлению врача-психиатра взрослого диспансерного отделения ОГБУЗ «ТКПБ», главного врача ОГБУЗ «ТКПБ», заместителя главного врача, заведующего геронтологическим отделением, только при добровольном обращении и с согласия лица, госпитализируемого в отделение, или его законного представителя, после заполнения бланка «Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство».

При поступлении каждому пациенту назначается соответственно его психическому и соматическому состоянию режим наблюдения и реабилитации.

Дифференцированные режимы наблюдения и реабилитации:

- Позволяют охватить всех пациентов реабилитационными мероприятиями дифференцированно в соответствии с клиническими показаниями на разных этапах восстановительного лечения;
- Позволяют четко дифференцировать состав больных отделения, иметь оперативную информацию о тяжести клинического состояния больных;
- Создают реальные предпосылки управления процессом реабилитации с целью его оптимального обеспечения и рационального распределения больных и персонала на всех этапах реабилитации;
- Помогают лучше организовать труд персонала, регламентировать его деятельность, более четко определять отношения к тем или иным группам больных, дифференцированный подход к больным и мероприятиям, проводимым с ними, унифицировать работу персонала психиатрического стационара;
- Позволяют достигнуть максимального нестеснения больных, обеспечить безопасность, как больных, так и персонала, избегать чрезвычайных происшествий в отделениях.

Важной составной частью комплексного лечения больных пожилого и старческого возрастов в гериатрических отделениях является сестринский уход – система мероприятий, направленных на облегчение состояния старого человека, обеспечение успеха лечения в случае его заболевания. Сюда входит помощь при удовлетворении им основных жизненных потребностей (еда, питье, движение, физиологические отправления), помощь во время болезненных состояний (кашель, боль, удушье). Уход включает также создание условий комфорта, благоприятного климата и направлен на поддержание, а при необходимости и на восстановление нарушенных физических и психических функций. Так как физически они не в состоянии себя обслуживать, и по своему психическому состоянию часто пассивны, вялы, ни о чем не просят, никаких желаний не высказывают, требуется внимательное наблюдение за психофизическими параметрами состояния таких пациентов. Если к ним не подойти, они не позовут, они не будут протестовать, если их не покормят, они беспомощны. Прежде всего, необходимо контролировать показатели артериального давления (на фоне высокого давления жалобы на головную боль, повышается риск развития острых нарушений мозгового кровообращения, есть вероятность падения, пациент может начать суетиться, вести себя агрессивно), контроль пульса пациента и следить приемом лекарственных препаратов. Важным моментом в уходе является контроль над температурой тела, количеством выделяемой мочи и регулярностью стула. Большое значение имеет правильное питание пациентов: зачастую у пациентов утрачены функции самостоятельного приема пищи, нет чувства насыщения, в связи с чем медицинским сестрам приходится кормить пациентов с ложки или докармливать при недостаточном питании, физически слабым больным, а также в случаях расстройства глотания пищу надо давать преимущественно перетертую, жидкую, небольшими порциями, не торопясь, так как больные легко могут поперхнуться.

Большого внимания обслуживающего персонала требуют больные, отказывающиеся от еды. Отказы от еды могут иметь различное происхождение: кататонический ступор, негативизм, бредовые установки (идеи отравления, самообвинения), императивные (приказывающие) галлюцинации, запрещающие больному есть. В каждом случае надо попытаться выяснить причину отказа от еды. Иногда после уговоров больной начинает самостоятельно есть. Некоторые больные доверяют кормить себя только кому-нибудь из сотрудников или родственнику. Больные с явлениями негативизма иногда едят, если около них оставить пищу и отойти. В ряде случаев персоналу удается кормить больного, преодолевая небольшое сопротивление.

Большое значение в лечении имеет режим дня: прием пищи и лекарственных препаратов, своевременный отход ко сну.

Психосоциальная реабилитация пациентам, страдающим психическими расстройствами, осуществляется медицинской сестрой на всех этапах лечебного процесса. Основная цель психосоциальной реабилитации – это сохранение и по возможности восстановление утраченных функций. Главная цель сестринской деятельности – это максимально возможная независимость пациента от его психического недуга.

У больных, находящихся на лечении в соматогериатрических отделениях ОГБУЗ «ТКПБ» в большинстве случаев нарушена краткосрочная память, они не могут запомнить текущие события, дату, время года, местонахождение. Долгосрочная память нарушена в меньшей степени, и больные способны предоставить некоторые сведения о своем прошлом и заболевании. Медсестры – основные кураторы пациентов. Они осуществляют основной уход, манипуляции, сопровождают пациентов на прогулки, обучают пациентов навыкам самообслуживания, т.е. проводят свое рабочее время с пациентами с целью выявления их проблем, осуществляют контроль над динамикой их психического состояния, оказывают больному помощь в адаптации к условиям жизни. Медицинский персонал отделения показывают больному его палату, при этом несколько раз в течение дня или каждый день повторяют ее номер. Медсестра систематически тренирует память пациента, показывает предметы обихода, выделяя их отличительные черты. Такая работа требует от сотрудников терпения и выдержки. При уходе требуется бережное, доброжелательное и внимательное отношение всего медицинского персонала к больному престарелому человеку, ведь старые люди тяжело переживают свою беспомощность и болезни. Они легко ранимы, неосторожно брошенное слово может вызвать у них глубокую депрессию. В течение рабочей смены средний медицинский персонал занимается с пациентами доступным для них рукоделием, что очень полезно для мелкой моторики, предлагают упражнения для тренировки памяти.

Задание: отметить на рисунке все объекты, аналогичные образцу (например, все цветы или фрукты). Рекомендуется выполнить упражнение 2-3 раза в неделю. Со временем вводятся новые фигуры.



Задание: Найти все парные картинки. Это упражнение с примерным временем выполнения - 3 минуты или больше, если это требуется.



Таким образом, важные качества, необходимые медицинской сестре в работе с больными, страдающими психическими расстройствами:

- способность располагать к себе людей и вызывать у них доверие;
- способность быстро найти нужный тон и целесообразную форму общения с пациентом;

- способность к быстрому установлению контактов с новыми людьми;
- умение согласовывать свои действия с действиями других лиц;
- сочетание знаний в области психологии, психотерапии;
- иметь высокую степень эмпатии (способность к сопереживанию), доброты, участия;
- развитие собственной личности, непрерывное повышение квалификации;
- добросовестное исполнение своих обязанностей;
- комплексный подход к личности пациента, осторожность.

НАСТАВНИЧЕСТВО – НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЙ ОПЫТ

Т.А. Хацкалева

ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, г. Северск

Наставничество – одна из лучших технологий обучения. Оно опережает многие другие его формы по адресности передаваемых навыков, приближенности к практической деятельности, а также по себестоимости образовательного процесса. Поэтому формирование института наставничества является наиболее перспективным направлением развития систем обучения персонала.

«Наставничество – это не только процесс, но и состояние души»

Народная пословица гласит - «новое – это хорошо забытое старое».

Обучать сотрудников методом наставничества в России начали еще в прошлом веке на производственных предприятиях, с целью «передачи передовых методов труда» новичкам. Большинство западных исследований по оценке эффективности данного способа обучения говорит в его пользу: наставничество считалось залогом успешной карьеры.

В настоящее время на Западе стал использоваться более широкий термин – «менторинг» (mentoring), что означает достижение отдаленных целей, таких как развитие кадрового резерва.

Наставничество является бесценным и практически бесплатным ресурсом для любого работодателя.

Наставничество – общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или сотрудников, проходящих адаптацию к новой работе. Это школа профессионального воспитания, являющаяся одним из основных разделов воспитательной деятельности трудового коллектива.

Цель наставничества в здравоохранении – повышение профессионального мастерства молодых специалистов (медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лаборантов, фармацевтов) в первый год их работы в медицинской организации, овладение нормами медицинской этики и деонтологии, повышение культурного уровня, привлечение к участию в общественной жизни, приобретение или совершенствование индивидуальных знаний, умений и навыков.

При необходимости наставничеством могут быть охвачены принятые на работу уже имеющие опыт работы специалисты с целью изучения специфики новой работы и адаптации в коллективе.

Сама работа предполагает адаптацию человека не только в коллективе всей организации, но и тесное сотрудничество при работе в отдельно взятых - бригаде, кабинете, отделении.

На 24 часа рабочего времени врач, фельдшер, медсестра становятся командой, от сплоченности которой зависят правильность, полнота, четкость, быстрота в оказании медицинской помощи пациенту.

Кандидатуры наставников определяются в соответствии с особыми личностными качествами: позитивным стилем общения и мировосприятия, профессиональным опытом, педагогическими навыками, умением решать проблемы, способностью выделять приоритеты, с личным влиянием и авторитетом, готовностью оказать помощь и поддержку в адаптации к производственной среде; способностью применять современные подходы к обучению.

Формирование у молодых специалистов высокой ответственности за выполняемую работу, стремления к постоянному совершенствованию, изучению и внедрению в практику новых современных методов лечения, диагностики – наилучший результат труда наставника.

Интерес к теме очень заметен в обществе. Процесс наставничества становится привлекательным, широко распространенным, очевидна выгода и для обучаемых, и для наставников, и для организации в целом.

Преимущества для обучаемых:

- поддержка и помощь в решении проблем на всем протяжении формирования и совершенствования навыков;
- быстрое повышение профессиональной компетенции;
- детальное знакомство с организацией, ее целями и перспективами развития;
- рост уверенности в себе, самоуважения по мере повышения профессионального уровня;

Преимущества для наставников:

- делегирование полномочий;
- повышение самооценки и статуса, личной удовлетворенности работой;
- рост признания и уважения окружающих, авторитета в команде;
- постоянное развитие.

Преимущества для организации:

- защита от текучести кадров;
- обеспечение преемственности и совершенствования культуры труда;
- ценовая умеренность этой формы обучения при очевидной ее эффективности;
- позитивное воздействие на отношение к обучению.

Наставничество – это не только передача необходимого для успешной профессиональной деятельности опыта, это в первую очередь трансляция корпоративной культуры, ценностей и традиций, которые годами формировались в больнице.

Наша медицинская организация – Сибирский федеральный научно-клинический центр внедряет в свою работу опыт наставничества. Его возрождение и развитие благоприятно отразятся на результатах работы коллективов, главной целью которых является скорейшее выздоровление пациентов.

Работа с наставниками – это одно из самых важных и востребованных дел. Хорошая система наставничества позволяет передавать ценнейший опыт следующим поколениям сотрудников, влияет на их воспитание, на формирование корпоративной культуры организации. Культура организации - это внутренний устав коллектива, это «визитная карточка» учреждения в целом, это доверие пациентов к выбранному лечебному учреждению.

Хорошо организованное наставничество подобно посаженной яблоне – вначале требует много внимания и заботы, потом крепнет и радует, а затем стабильно приносит плоды, готовые разрастись в такие же крепкие и плодоносные деревья.

Литература:

1. Тарасова И.В., Зайцева М.А. Наставничество как эффективная образовательная технология//Сестринское дело, 2012.№5.-С.18-22
2. Малкова Д.Н., Рытякова В.И. Опыт использования наставничества как метода обучения и повышения квалификации среднего медицинского персонала //Главная медицинская сестра, 2006.-N 7.-С.22-27
3. Иванова И.В. Роль наставничества в профессиональном становлении медсестры// Медсестра, 2009.- N 10.-С. 31-32

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СТРАТИФИКАЦИОННОЙ МОДЕЛИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Е.С. Токарева

НИИ Кардиологии, г. Томск

В социологии медицину выделяют, как социальный институт - исторически сложившаяся или созданная целенаправленными усилиями форма организации совместной жизнедеятельности людей, существование которой диктуется необходимостью удовлетворения социальных, экономических, политических, культурных или иных потребностей общества в целом или его части.

Медицина представляет собой многофункциональную систему с целым рядом разнообразных отношений, в т. ч. иерархического порядка, предполагающих равным образом

правовую и этическую регламентацию деятельности. При этом правовое регулирование любого вида деятельности не подменяет собой этическое. Нравственные ценности, изначально присущие медицине, на этапе перехода от индивидуального целительства к корпоративной деятельности потребовали формирования принципов профессиональной этики взаимоотношений, ясной и четкой этической регламентации прав, обязанностей и ответственности участников лечебного процесса.

Грамотный лечебно-охранительный режим в медицинской организации – это итог целого комплекса действий по оказанию пациентам медицинской помощи, предпринимаемых медицинским и обслуживающим персоналом. Важно помнить о том, что лечебно-охранительный режим это комплекс профилактических и лечебных мероприятий направленных на обеспечение максимального физического и психологического комфорта не только пациентов, но и медперсонала. Ведущая роль по его обеспечению и совершенствованию принадлежит среднему медицинскому персоналу, в профессиональные функции которого входит непосредственное обеспечение лечебно-диагностического процесса, медицинского ухода, постоянного наблюдения за больными.

Медицинская деонтология определяет и регулирует не только нормы взаимоотношений медицинских работников между собой и с больными, она отражает и другие стороны деятельности медицинского учреждения. Речь идет о совокупности медицинских, административно-хозяйственных и социально-культурных мероприятий, которые обуславливают социальный микроклимат больницы.

Морально-психологический климат в коллективе – это устойчивый во времени психологический настрой сотрудников, который отражается и проявляется в их деятельности. Если проще, то это нормы взаимодействия коллег, то, каким образом члены коллектива относятся к своему труду, как общаются друг с другом, обращаются друг к другу, как относятся к происходящему в коллективе и вне его, в организации и даже шире – в мире. Это определяется ценностными ориентирами каждого члена в отдельности и группы в целом. Если в коллективе общекомандные ценности стоят выше личных устремлений и амбиций, то можно говорить о благоприятном морально-психологическом климате данной группы людей. Лечебная практика в значительной степени зависит от хорошего взаимопонимания между медицинскими сестрами и врачами. Когда взаимопонимания нет или оно под угрозой, качество медицинской помощи ухудшается. Исторически сложилось так, что взаимоотношения между врачами и медсестрами приобрели статус особых отношений. Это особенно верно в рамках стационарных учреждений, когда врач и медсестра становятся доминантной парой, влияющей на другие мультидисциплинарные взаимодействия и, в особенности на характер связи с пациентами.

Домашний врач McGregor-Robertson в далеком 1904 году отметил в своих записках: “Медсестра должна начинать свою работу с мысли, прочно внедренной в ее голову, мысли о том, что она всего лишь инструмент, с помощью которого врач приводит в исполнение свои инструкции; она не занимает независимое положение в процессе лечения больного человека”

Медицинская сестра Sarah Dock, 1917г была убеждена в справедливости своих убеждений: “Не имеет значения, насколько медсестра может быть талантлива, она никогда не станет заслуживать доверия, пока не научится беспрекословно подчиняться. Первым и самым полезным критическим замечанием, которое я когда-либо получала от врача, было его предложение расценивать себя просто как умную машину для исполнения его приказов”

Однако, гораздо раньше Florence Nightingale (19 век) высказывала возмущение к подобному отношению: “Нет человека, нет даже врача, который когда-либо дал бы какое-нибудь другое определение тому, какая должна быть медсестра, чем такое: преданная и покорная! Это определение вполне подходит для носильщика. Оно подходит и для лошади”.

Эти отношения претерпели множество изменений с того времени, когда стационарное отделение было основным пунктом оказания помощи. Возможно, наиболее четкое различие заключается в том, что изменилась обстановка на рабочем месте.

Характер образования медсестер и врачей претерпевает множество изменений, а именно границы между врачами как диагностами и назначающими лечение и медицинскими сестрами как исполнительницами распоряжений и раздатчицами лекарственных препаратов становятся менее четкими и более проницаемыми.

Как следствие, пара “медицинская сестра–врач” более не является исключительной (уникальной). ЛПУ функционируют в рамках мультидисциплинарной структуры. Взаимодействия с другими специалистами, такими как психиатрические социальные работники, специалисты в области терапии занятостью, психологи, внешние организации и лица, ответственные за комплексное обслуживание пациентов, влияют на отношения “врач–медсестра”, разбавляя их “особость”.

Сегодня Флоренс Найтингейл, сказала бы, что неравенство в отношениях между врачом и медсестрой становится менее заметным. Медсестры достигли значительных успехов в своем профессиональном положении в обществе, которое подкрепляется всесторонней университетской профессиональной подготовкой, расширением умений и постепенным перебиранием на себя обязанностей, относящихся к сфере компетенции врачебной практики.

Несмотря на эти достижения в больничных учреждениях медсестры остаются на подчиненных ролях. Символическим олицетворением этого является неравное распределение пространства, выделяемого под личные кабинеты, различное устройство столовых и представление о том, что время врачей более “ценно”, чем время медсестер. На персональном уровне взаимоотношения видятся по-разному: медсестры рассматривают отношения с врачами как потенциально эго-формирующие, в то время как врачи считают их эго-поддерживающими. Медсестры должны подтверждать свою компетентность при каждом взаимодействии с врачами, в то время как компетентность врачей подразумевается, а доказывать нужно их ошибки и недостатки.

Невзирая на такое неравенство, медсестры и врачи вынуждены работать вместе над общей задачей, и они делают это, соблюдая социальные ритуалы и правила этикета. Препятствиями на пути к сотрудничеству являются различия класса и пола между этими профессиональными группами, ценность, придаваемая интеллектуальным, а не физическим видам деятельности, и различия в образовательных стандартах.

Многие медсестры протестуют против подчиненной роли, традиционно приписываемой им вследствие институционализации, гендерно-стереотипных установок и организации медсестринской деятельности, напоминающей военизированную. Однако такое положение дел изменилось. Гендерные роли другие, при этом стало больше врачей женского пола и медсестер мужского пола. Медсестры стали приобретать более узкую специализацию и стали более уверенными в своих знаниях и, как следствие, в некоторых областях чаще занимают равное положение с врачами.

Я работаю в НИИ кардиологии 11 лет, 6 лет – в ОРХМДиЛ. В нашем коллективе 30 человек. Естественно, рентгенохирурги – грамотные и амбициозные специалисты, однако «особые отношения» в нашем коллективе исключены.

Очевидно, что на формирование определенного социально-психологического климата оказывают влияние различные факторы – это и физические условия труда, и удовлетворенность работой (здесь огромное значение имеют - характер и организация выполняемой совместной деятельности). Непосредственное влияние на коллективную атмосферу оказывает, безусловно, стиль руководства, а так же психологическая совместимость сотрудников.

Главная заслуга в формировании доброжелательного психологического климата в нашем коллективе принадлежит руководителю отделения. Основная его позиция – акцент на бригадном подходе, на необходимости сотрудничества и на взаимной зависимости от умений друг друга. Он предпочитает давать своим подчиненным больше свободы. Безусловно, у среднего и младшего медперсонала существуют конкретные функциональные обязанности. Речь не идет о выборе: хочу – делаю, не хочу – не делаю. Просто учитывается тот факт, что каждая медсестра имеет свои личностные особенности и свой темп работы. В то же время, обязанности работников четко определены.

Ежедневно руководитель распределяет между сестрами нагрузку – составляя расписание – план работы, таким образом, исключается как перегруженность, так и незагруженность работников. Каждая медсестра – универсальна (может стоять на всех видах операций), однако врачи принимают во внимание предпочтения сотрудников (кому с кем работать проще и предпочтительней).

Главная роль руководителя — сдерживать тревогу в чрезвычайно стрессовой обстановке и ограничивать все, что вызывает значительное эмоциональное напряжение у медсестринского персонала; предполагается, что старшие врачи будут “улаживать” это и что они, в конечном счете, несут ответственность за клиническую работу.

Следует отметить, что врачи нашего отделения знают имена всех медицинских сестер и санитарок. Наш руководитель регулярно выделяет время для неформальных бесед со средним мед.персоналом и выслушивает проблемы дня. В отделении есть комната для отдыха персонала, оборудованная полноценной кухней. Есть возможность готовить и отдыхать во время дежурств. Коллектив часто собирается для проведения праздников, отмечаются все важные события в жизни семей сотрудников. Оказавшись в трудной ситуации, каждый из нас может рассчитывать на помощь коллег.

Мы так же имеем возможность посещать спортивный зал, оборудованный тренажерами, в кардиоцентре функционирует оздоровительная сауна.

Профессиональная деятельность медицинской сестры многогранна и сложна, к ней предъявляются большие требования. В коллективе стрессовые ситуации неизбежны, однако в нашем коллективе мы знаем, как можно снизить их количество и степень влияния на настроение.

Безусловно, существует ряд факторов, не зависящих от непосредственного участия руководства отделения - окружающая среда за пределами учреждения: экономическая стабильность, политическая обстановка, настроения в обществе. Обстановка в самой организации часто зависит от положения дел в государстве. Профессиональная деятельность медицинского работника многогранна и сложна, к ней предъявляются большие требования, разумеется, что стрессовые ситуации неизбежны, однако в нашем коллективе мы знаем, как можно снизить их количество и степень влияния на настроение.

РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. Федоткина¹, С. Мишустин¹, В.Березина¹, Д. Таран², О. Пономаренко²

¹Томская противотуберкулезная служба, г. Томск

²Благотворительная организация «Партнеры во имя здоровья» ПВИЗ

Томская область обладает уникальным опытом в области, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза. Этот опыт был накоплен благодаря совместной деятельности туберкулезной службы Томской области и международных партнеров.

Томская область одной из первых в РФ начала проводить совместные с иностранными неправительственными организациями пилотные проекты по лечению туберкулеза. История международного сотрудничества началась с 1994 года, когда было подписано соглашение с организацией MERLIN (Великобритания) о взаимном сотрудничестве по борьбе с туберкулезом на территории Томской области и была внедрена программа по лечению чувствительного туберкулеза, рекомендованная Всемирной Организацией Здравоохранения.

С 2000 года в области совместными усилиями Томской гражданской противотуберкулезной службы, Томской пенитенциарной службы и организациями «Партнеры во имя Здоровья» (Бостон, США), «Нью-Йоркский институт общественного здравоохранения» начал внедряться проект по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

В сентябре 2001 г. «Комплексная программа по выявлению и лечению туберкулеза на территории Томской области» получила одобрение Комитета Зеленого Света Всемирной организации здравоохранения, в результате чего для Томской области стала доступной прямая закупка противотуберкулезных препаратов 2-го ряда по значительно сниженным ценам.

В 2004 году Томский областной координационный комитет (Томский суб-национальный странновой механизм) подал заявку на участие в 3-ем раунде конкурсов грантов Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, ТБ и Малярией и получил пятилетний грант (1.12.2004-1.12.2009) на сумму 10,7 млн. долларов США на реализацию программы «Всесторонняя стратегия сдерживанию и управлению туберкулезом в Томской области», направленной на улучшение профилактики, диагностики и лечения чувствительных и устойчивых форм туберкулеза на территории Томской области. Основным Реципиентом данного гранта является организация «Партнеры во имя здоровья».

В 2009 году получено одобрение Глобального Фонда на финансирование нового гранта «Томской областной комплексной стратегии по сокращению бремени лекарственно-

устойчивого туберкулеза программы». Данная программа рассчитана на 6 лет (1.01.2010-1.01.2015) и предусматривает финансирование на сумму 12 млн. долларов США. Однако, с учетом изменения политической ситуации, грант закончился в декабре 2013 года.

Контролируемое лечение больных ТБ осуществляется по стандартным схемам на всех этапах его проведения. Развита сеть дневных стационаров, организован стационар на дому. Амбулаторное лечение осуществляется в поликлинике, стационаре на дому, туб. кабинетах ЦРБ, фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях и участковых больницах. Лечение контролируется на всех этапах, при любых организационных формах. Порядок организации лечения больных, в том числе с лекарствен

но-устойчивыми формами и его мониторинг, закреплён региональными нормативными документами. В области решен вопрос социальной поддержки больных ТБ на амбулаторной фазе лечения в виде ежедневных продуктовых наборов и компенсации проезда на общественном транспорте. Организована доставка транспортом препаратов и продуктовых пайков больным на дом. Финансирование социальной помощи больным проводится за счет областного и муниципальных бюджетов, а также за счет средств гранта Глобального фонда. Активное участие в проведении контролируемого лечения на амбулаторном этапе оказывает Томское областное отделение ОО «Российский Красный Крест». Проводится большая обучающая и разъяснительная работа с медицинскими работниками ОЛС, противотуберкулезной службы, больными ТБ. Хорошо отработаны вопросы преемственности лечения на всех этапах, что подкреплено компьютерным мониторингом. Формирование когорты больных с МЛУ ТБ на лечение (включение в программу) происходит через Областную клинико-экспертную комиссию (ОКЭК).

В настоящее время Томская область обеспечена препаратами основного и резервного ряда в необходимом количестве.

Основные направления дальнейшего развития программы по лечению МЛУ-ТБ на территории Томской области:

- единая инфраструктура со стойкой интеграцией гражданского и пенитенциарного секторов ТБ-службы;
- полная обеспеченность противотуберкулезными препаратами 1-го и 2-го ряда, препаратами для лечения побочных эффектов;
- качественная работа оснащенных бактериологических лабораторий с внедрением методов ускоренного определения лекарственной устойчивости;
- акцентуация на организацию своевременного (раннего) выявления ТБ в ОЛС;
- обеспечение инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях;
- повышение эффективности лечения за счет развития приверженности пациентов к лечению:
 - развитие пациенто-ориентированных подходов с развитием стационарозамещающего лечения, включая программу «Спутник» – углубленное медико-социальное и психологическое патронажное сопровождение на дому злостным отказчикам от лечения с элементами розыскной деятельности,
 - обеспечение социальной поддержки нуждающимся пациентам (выдача ежедневных продуктовых и ежемесячных гигиенических наборов, проездных билетов),
 - программа по снижению вреда от приема алкоголя с привлечением наркологов, психологов, соцработников,
 - предупреждение и своевременное лечение побочных эффектов на всех этапах,
 - специализированная комиссия по снижению числа отрывов пациентов от лечения еженедельно анализирует случаи пропуска пациентами приема противотуберкулезных препаратов и разрабатывает индивидуальные комплексы мероприятий для привлечения пациента к лечению,
 - «Школа здоровья» по обучению всех пациентов по основным вопросам ТБ с последующим анкетированием,
 - комплексная программа ВИЧ/ТБ – обеспечивает обследование на ТБ и профилактическое лечение ВИЧ-больных из групп риска;
- стойкая интеграция гражданского и пенитенциарного секторов противотуберкулезной службы (единый подход к лечению, база данных пациентов, в туберкулезной колонии УФСИН в течение 2-х месяцев до освобождения проводится «Школа освобождающегося», за месяц до

освобождения из УФСИН в поликлинику передается копии мед. документации и часть рентгенархива), требующие продолжения лечения на автотранспорте доставляются в гражданское тубучреждение. Развитая преемственность пенитенциарного и гражданского секторов обеспечивает более 80 % лиц, вставших на учет в диспансер после их освобождения из УФСИН РФ по Томской области.

Таким образом, опыт совместной работы показал, что борьба с туберкулезом требует объединения усилий правительственных и административных органов, неправительственных организаций, специалистов-фтизиатров, широких кругов медицинской общественности, средств массовой информации. Только при объединении всех сил общества возможно достижение ощутимых результатов в борьбе против туберкулеза.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ШКОЛЫ УХОДА «ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛЫМИ И ЛЕЖАЧИМИ БОЛЬНЫМИ В СТАЦИОНАРЕ И НА ДОМУ» В ОГАУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3»

Н.Ю. Чернова

ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Томск

Из года в год сохраняется большое количество пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, в части которых находятся пациенты с тяжелыми, запущенными пролежнями.

Таблица 1

Структура заболеваемости
(гнойные заболевания мягких тканей, костей)

Года	2011	2012	2013
Количество пациентов	84	85	83
Количество прооперированных	64	70	69

Это связано с поступлением этих больных в поздние сроки от начала заболевания, дефектами оказания помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе и дефицитом знаний по уходу за больными на дому.

Старческий возраст, истощение, обезвоживание, усиление потоотделения в жаркое время или недостаточный объем получаемой жидкости с питанием, низкое артериальное давление, истонченная кожа, беспокойство больного, анемия, недержание мочи и (или) кала, незнание правил ухода за больным, его грубое перемещение в постели, складки и крошки на нательном или постельном белье, фиксированное положение больного (иногда беспокойных больных временно привязывают к постели), наличие выступающих твердых частей кровати, поручней и многое другое приводит к образованию раздражения, а затем и повреждения кожи. Пролежни возникают по многим причинам, но зачастую можно избежать этих тяжелых, изнуряющих, снижающих качество жизни проблем.

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более, чем в 80 % случаев. Таким образом, назрела необходимость, для снижения частоты осложнений у тяжелых и лежачих больных, принимать действенные, направленные на причину, меры. А также во исполнения статьи 9 (Приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан), статьи 32 (Паллиативная медицинская помощь) Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 19.04.2011 года.

В марте 2013 года, учитывая огромное количество «постельных», тяжелых больных, находящихся на излечении в нашей клинике и территориально прикрепленных к поликлиническому отделению, появились первые пробные шаги по организации, на базе стационара нашей больницы, Школы ухода. Организацией этой Школы занималась я – старшая медсестра отделения гнойной хирургии. Учитывая большой опыт ухода за тяжелыми, лежачими больными в отделении (23 года) и имея 12-летний преподавательский стаж (преподаватель сестринского дела в хирургии с 2001 года) у меня созрела идея создания такой Школы.

В «учениках» дефицита не было. Это и пациенты нашей клиники, которые дома ухаживают за лежащими родственниками, и некоторые сотрудники без навыков ухода, и санитарки с различных отделений. Занятия проводили 1-2 раза в месяц, которые посещали все желающие. Ничего мудреного в этих занятиях не было, в основном уход за кожей, кормление, общение, моральная поддержка. Но школа оказалась популярна и в разном количественном составе (от 5 до 11 человек) люди стали приходить на обучение.

Чтобы придать официальный статус этому мероприятию, было разработано положение о Школе ухода «Основные принципы ухода за тяжелыми и лежащими больными в стационаре и на дому» и утверждено главным врачом 10 апреля 2013 года.

Задача школы:

Повышение уровня знаний и приобретение практических навыков по индивидуальному уходу за тяжелыми и лежащими пациентами.

Цели школы ухода:

Школа ухода организуется в клинических отделениях стационара с целью:

- Повышение информированности населения правилам ухода за тяжелыми и лежащими больными;
- Профилактики осложнений постельного режима.
- Формирование у населения практических навыков по профессиональному уходу.
- Повышение информированности населения правилам ухода при различных заболеваниях внутренних органов;
- Формирование у населения знаний по сбалансированному и полноценному питанию, особенностям лечебных диет.

Школа состоит из двух практических и теоретических занятий.

Занятие №1. Тема: «*Общие принципы ухода за больными*»

План проведения занятий:

1. Двигательный режим и вынужденное положение
2. Комната или палата больного.
3. Гигиена, смена белья.
4. Техника выполнения основных процедур.
5. Питание больных.

Занятие №2. Тема: «*Уход на дому при основных заболеваниях внутренних органов*».

План проведения занятий:

1. Заболевания органов дыхания
2. Болезни органов кровообращения
3. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени
4. Болезни эндокринной системы
5. Ревматизм и болезни суставов
6. Уход за больным ребенком

За все это время, начиная с первых пробных занятий, в Школе ухода было обучено:

Года	2013 год	2014 год
Количество обученных	67	49

В дальнейшем мы планируем продолжать проведения этой Школы, развивать её согласно потребностям населения, условиям проведения, изучая и используя новые медицинские и фармацевтические технологии, обучающие фильмы. Также планируется создание раздаточной литературы, буклетов санитарных бюллетеней.

РАЗДЕЛ 5

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Д. Беспалова, А.М. Аникеева, Л.А. Дыркова
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

«Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» (Всемирная организация здравоохранения).

К сожалению, в настоящее время показатели здоровья населения ухудшаются. Происходит рост заболеваемости практически по всем учитываемым категориям (рост инфекционных и паразитарных болезней; расстройства питания, нарушения обмена веществ и ослабление иммунитета; болезни крови; злокачественные образования и т.д.). Особо большое влияние на ухудшение здоровья оказывает рост заболеваемости женщин.

Психическое и физическое состояние человека, его устойчивость ухудшаются под влиянием экономических кризисов, экологических изменений, юридических и финансовых проблем, семейных конфликтов. Следовательно, сохранение здоровья требует решения на качественно новом уровне – на уровне медико-психолого-социальной работы [1].

Учитывая значение здоровья в системе ценностей и приоритетов современного человека, серьезность тех ограничений, которые накладывает дефицит здоровья на социальное функционирование индивидов и групп, становится очевидным, какое большое место занимают вопросы поддержания, возвращения здоровья, адаптации индивидов, утративших здоровье, к нормальному существованию, социальной реабилитации семей и близкого окружения больных людей и инвалидов в деятельности социального работника. В настоящее время медико-социальная работа существует и как специальный вид деятельности – и как соответствующее содержание в деятельности любого социального работника.

Здоровье человека зависит не только от социально-экономических условий и внешних факторов, но и от образа или стиля жизни. Принято считать, что здоровье человека на 20 % обусловлено генетикой и наследственностью, на 10 % зависит от системы здравоохранения и на 20 % – от социально-экономических условий, экологии и др. Самое большое влияние – до 50% – на здоровье оказывают образ жизни, привычки, питание, поведение человека.

Сегодня практически во всех странах, которые принято называть развитыми, распространение здорового образа жизни, включающего в себя безопасные условия учебы и работы, правильный режим труда и отдыха, полноценное питание, двигательную активность, позитивный настрой и исключение из употребления алкоголя, табака и других психоактивных веществ, рассматривается как главное направление укрепления здоровья общества. В рамках такого понимания политика и социальные усилия направляются на:

- совершенствование образования в области здоровья и воспитание ценности здоровья;
- создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (табакокурение, употребление алкоголя, наркотиков и др.);
- создание системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях;

- мотивацию работодателей и руководителей образовательных учреждений к участию в охране здоровья работников и учащихся;
- укрепление здоровья за счет внедрения культуры правильного питания и физической активности.

В рамках такого понимания здоровья роль и значение системы здравоохранения и медицины объективно снижается. Данная позиция исходит из того, что люди сами могут оценивать и формировать свое здоровье. В этом смысле существенно возрастает роль сообществ, коллективов, семьи, личной мотивации и установок. В этом контексте специалисты социальной работы могут и должны участвовать в работе с коллективами и отдельными клиентами по распространению знаний и ценностей о здоровье, предупреждения поведения, наносящего вред здоровью.

Еще одним направлением социальной работы в здравоохранении может быть социальная работа в системе первичной медико-санитарной помощи.

Приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи рассматривается международным сообществом как важное условие обеспечения прав на здоровье. Приоритет первичной медицинской помощи означает:

- 1) Большой акцент на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и травм, управление хроническими заболеваниями;
- 2) Постоянную координацию, взаимодействие и интеграцию с другими службами, организациями, секторами;
- 3) Работу по привитию личных навыков сохранения и укрепления здоровья, само- и взаимопомощи.

В российских учреждениях первичной медицинской помощи, как правило, не предусмотрены должности социальных работников. В некоторых детских поликлиниках введены должности социальных педагогов, которые выполняют функции социальной работы по отношению к детям, нуждающимся в помощи, однако, их крайне мало.

Решению этих проблем может способствовать создание мультидисциплинарных команд. Такой опыт накоплен в странах Европы, Канаде, США. В состав мультидисциплинарной команды, как правило, входят врач, медицинская сестра, специалист социальной работы, психолог. Команда может организовать профилактическую работу или реабилитационные мероприятия как индивидуально, так и в группе. Такой подход значительно повышает эффективность первичного звена здравоохранения.

Чтобы понять, для чего нужна больному человеку социальная помощь, и почему социальная работа должна быть в организациях здравоохранения, необходимо помнить, что больной испытывает не только физические страдания и лишения, но и проблемы, связанные с изменением социальных ролей. У него остается меньше времени на семью, происходит смена ролей или обязательств, которые могут привести к ощущению зависимости. Как правило, при тяжелых заболеваниях уменьшается заработок, а расходы на лечение и уход возрастают. Эти изменения могут привести к трансформации собственного образа, к изменениям личности, неуверенности в будущем, депрессии и, как результат, снижению эффективности лечения.

Таким образом, социальные работники могут:

- оценить биопсихосоциальные и этнокультурные потребности пациента и семьи, социальных групп, в которые пациент включен, возможность получения помощи от сообществ и коллективов.
- оказать помощь в обучении пациентов и их семей мобилизации имеющихся ресурсов, поиску новых возможностей.
- помочь в получении наиболее полного набора медицинских услуг и социальной помощи.

За рубежом практически в любых стационарах можно встретить социального работника, который помогает пациенту и его семье адаптироваться к новой ситуации – состоянию болезни.

Помощь социального работника необходима тогда, когда пациент испытал потерю или изменение способностей, функциональных возможностей, требующих адаптации, как от него, так и от членов его семьи. Такого рода изменения могут быть связаны с самыми разными заболеваниями: от поражений опорно-двигательного аппарата, органов зрения или сердечно-сосудистой системы, ограничивающих возможности трудовой активности и

самообслуживания, до болезней инфекционного характера, при которых необходим определенный режим взаимодействий с другими людьми.

Помощь социального работника может стать решающей в ситуациях, когда пациент и его семья не обладают информацией о возможностях получения медицинской, реабилитационной или иной помощи и не имеют необходимых финансовых средств и ресурсов. Социальные работники могут оценить принципиальную безопасность ситуации для пациента, возможность организации ухода и лечения на дому.

В России социальная работа в стационарных учреждениях здравоохранения менее развита и проводится в основном в психиатрических, наркологических клиниках и хосписах.

Существует два направления деятельности социальных работников в учреждении здравоохранения патогенетический и профилактический.

Патогенетическая работа включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, социальную работу в отдельных областях медицины и здравоохранения.

Профилактическая работа подразумевает проведение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни, обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Профилактическая социальная работа в учреждении здравоохранения подразделяется на два типа:

Задача *первичной* профилактики предупреждение развития у человека патологических состояний, т.е. проведение социально-экономического анализа, формирование у населения представлений о здоровом образе жизни, активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью. *Вторичная* профилактика направлена на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решение целого ряда социальных задач.

Приоритетным направлением социальной работы в учреждении здравоохранения является реабилитация больных, т.е. комплекс медицинских, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, полное или частичное восстановление нарушенных функций организма, повышение адаптационных ресурсов человека, его социальной активности. Степень восстановления социальной активности человека и его адаптационных ресурсов является своеобразным итогом социальной работы. Отсутствие в штате многих лечебных учреждений социальных работников в настоящее время объясняет тот факт, что реабилитацию больных осуществляют медицинские работники.

Важным направлением социальной помощи следует считать создание благоприятных условий и реальных возможностей для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера (предоставление рабочих мест, организация производства на дому и т.д.) [2].

Таким образом, медико-социальная помощь населению включает не только такие направления деятельности, как первичная медико-санитарная помощь и реабилитация больных хроническими заболеваниями со стойкой утратой трудоспособности, оказание медицинских услуг по уходу за престарелыми, инвалидами, но и решение социально-бытовых, юридических, воспитательных, психологических и ряда других проблем, выполнение которых невозможно без наличия в штате учреждения здравоохранения социальных работников.

Литература:

1. Марданова, Ш.С. О роли практического психолога и социального работника в медицине / Ш.С. Марданова, С.Х. Мадалиева // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международных научно-практических конференций / Под ред. Ю.П. Платонова. – СПб: СПбГИПСР, 2012. – С. 53-56.
2. Социальная работа в здравоохранении: Учебник / Под. ред. Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой–Моренко. – Н. Новгород: Издательство Нижегородского госуниверситета им. Н. И. Лобачевского, 2011. – 328 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИБГМУ

И.Д. Беспалова, Л.А. Дыркова, В.А. Рудницкий
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Социальная работа как вид профессиональной деятельности в настоящее время активно развивается в учреждениях различной ведомственной подчиненности, включая здравоохранение. Современные социально-экономические условия общества определили специфику подготовки кадров по социальной работе, которая в значительной степени испытывает потребности специализации последних для системы здравоохранения. Обозначившийся кризис, как здравоохранения, так и медицинского образования во многом актуализирует внедрение социально-гуманитарного знания и соответствующего профессионального образования в медицинских вузах.

Возникла насущная потребность в изучении влияния медицинского страхования; потребностей разных социальных групп в медицинских услугах; построения моделей оказания медико-социальной помощи и профилактических мероприятий. Важной задачей социальной работы в системе здравоохранения является разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, интеграция в систему обязательного и добровольного медицинского страхования как формы социальной защиты населения. Помимо практических и научных проблем перед социальной работой в здравоохранении стоит задача исследования морально-этических вопросов и гражданско-правовых отношений, возникающих в процессе медицинского обслуживания населения на новом этапе общественного развития. Сегодня стало очевидным, что только одна медицинская деятельность не в состоянии обеспечить выполнение комплексных программ по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, комплексной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности и совершенствованию мер социальной защищенности граждан. Решение этих задач может быть достигнуто только на основе интеграции различных областей знания и профессиональной деятельности.

В декабре 2000 г. Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации рассмотрела вопрос о подготовке специалистов по социальной работе в медицинских вузах и их трудоустройстве. В решении была подчеркнута целесообразность подготовки этих специалистов для системы здравоохранения. Ссылаясь на данные рекомендации, Ученый совет Сибирского государственного медицинского университета принял решение о целесообразности введения новой образовательной программы высшего профессионального образования 040101 «Социальная работа». Ректор университета д-р мед. наук, академик РАМН В.В. Новицкий поставил задачу по лицензированию новой специальности и определил этапы работы и ее исполнителей. Результатом усилий творческой группы, возглавляемой проректором по учебной работе д-ром мед. наук, профессором А.И. Венгеровским и деканом факультета клинической психологии и психотерапии д-ром мед. наук, профессором Н.А. Корнетовым в сентябре 2004 г. была образована кафедра социальной работы, социальной и клинической психологии под руководством канд. мед. наук, доцента И.В. Воеводина и начата образовательная деятельность по специальности «Социальная работа» в СибГМУ, а факультет приобрел новое название «клинической психологии, психотерапии и социальной работы».

Решение за короткий срок масштабных учебных, учебно-методических и научно-методических задач стало возможным благодаря привлечению на кафедру высококвалифицированного научно-педагогического персонала, имеющего широкий спектр научных и профессиональных интересов. В настоящее время профессорско-преподавательский состав кафедры представлен зав. кафедрой, четырьмя профессорами, двумя доцентами, двумя старшими преподавателями. Междисциплинарный характер подготовки специалистов по социальной работе обуславливает смешанный состав преподавателей кафедры, отличающийся разнообразием интересов и направлений научных исследований. При этом важным обстоятельством является то, что направления научных исследований, как правило, соответствуют специфике читаемых преподавателями дисциплин. Таким образом, тематика научных разработок преподавателей кафедры социальной работы, социальной и клинической

психологии соответствует профилю подготовки специалистов, объединяя различные отрасли научного и практического знания и развивая концепцию практико-ориентированного обучения.

За период работы кафедры подготовлено 5 выпусков специалистов по социальной работе, большая часть из которых успешно трудоустроены и работают по специальности в учреждениях социальной направленности, включая учреждения здравоохранения. С 2011 года кафедра осуществляет подготовку студентов по двум образовательным стандартам: ГОС ВПО по специальности 040101 «социальная работа» и ФГОС ВПО, утвержденным «8 декабря» 2009 г., и учебным планом подготовки бакалавров по направлению «040400 – Социальная работа», код 040400.62, профиль «Социальная работа в системе здравоохранения».

Специфика образовательного процесса на кафедре заключается в большом количестве одновременно преподаваемых дисциплин: 40 дисциплин для специалитета и 50 – для бакалавриата включая практики, что предполагает большую методическую работу преподавателей. Кроме того, на кафедре обучаются студенты и других специальностей: «клинической психологии» и «экономики и управления в здравоохранении».

Коллектив преподавателей кафедры - это команда единомышленников, активных участников социально-значимых мероприятий города, имеющих опыт в проведении научно-практических конференций, активно привлекающих в научную деятельность студентов и имеющих большое число публикаций, включая совместные со студентами. В ноябре 2011 года кафедра социальной работы, социальной и клинической психологии стала инициатором и одним из организаторов совместно с департаментом социальной защиты населения, департаментом по вопросам семьи и детей, уполномоченным по правам человека Томской области и комитетом по социальной политике г. Томска научно-практической конференции «Проблемы и профилактика социального сиротства».

Ряд сотрудников кафедры имеет успешный опыт грантовой и изобретательской деятельности, а также ценный опыт международного сотрудничества. Именно на средства гранта была приобретена необходимая для качественного образовательного процесса на кафедре, оргтехника (ноутбук, мультимедийный проектор, многофункциональное копировальное устройство, колонки, веб-камера и др.).

Несмотря на большую педагогическую и методическую нагрузку, преподаватели используют и внедряют новые формы учебной работы. В настоящее время внедрены и успешно используются следующие формы:

1. Работа студентов над проектом: написание текстового описания проекта с презентацией и его защита как итоговое занятие по дисциплине «Прогнозирование, проектирование и моделирование в социальной работе», которая оценивается в рамках студенческого конкурса «Мой первый социальный проект».
2. Отработки пропущенных занятий по теоретическим дисциплинам в виде подготовки презентации.
3. Эссе как форма контроля для теоретических дисциплин.
4. Просмотр и анализ студентами учебных фильмов и др.

В этом году будет опробована и внедрена новая форма консультаций студентов, проходящих преддипломную практику в других регионах по скайпу.

Практико-ориентированный подход в обучении невозможно реализовать без тесного сотрудничества кафедры с учреждениями социальной направленности, включая лечебно-профилактические учреждения города, со многими из которых наш вуз заключил договор о сотрудничестве, на их базе студенты проходят практики, предусмотренные учебным планом. Особенно кафедра дорожит сотрудничеством с ОГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения томской области», возглавляемым Людмилой Николаевной Дубовской, магистром по социальной работе, старшим преподавателем нашей кафедры. В этом центре студенты не только проходят практику, но и изучают целый блок профессиональных дисциплин.

В этом году выпускающая кафедра социальной работы, социальной и клинической психологии отмечает свой десятилетний юбилей. В связи с этим коллектив кафедры наряду с подведением итогов своей работы, активно обсуждает перспективы дальнейшего развития в рамках направления и миссии всего факультета, который в 2013 году приобрел более актуальное название «поведенческой медицины и менеджмента», позволяющее ему расширить круг своих интересов в решении важнейших задач здравоохранения.

Подготовка специалистов по социальной работе для учреждений здравоохранения является приоритетной задачей, стоящей перед высшей школой, особенно в стенах одного из самых престижнейших высших медицинских учебных заведений страны. Актуальность подготовки таких специалистов в СибГМУ обусловлена также и тем, что на территории Сибирского федерального округа наш вуз не будет иметь конкуренции с другими учебными заведениями, которые выпускают специалистов по социальной работе, но по другим направлениям.

Сегодня становится очевидным, что для привлечения абитуриентов из Томской области и прилегающих областей на бакалавриат по «социальной работе в системе здравоохранения» необходимо предоставить студентам возможность следующей ступени образования - магистратуры.

Учитывая разнообразие научных интересов профессорско-преподавательского состава кафедры и его готовность приступить к разработке учебного плана и рабочих программ для магистратуры, осуществлять научное руководство магистерскими диссертациями, можно выделить несколько научных направлений, которые будут иметь как научную, так и практическую значимость для здравоохранения.

УРОВЕНЬ СТРЕССА И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ АМЕРИКАНСКИХ И РОССИЙСКИХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ⁵

И.Д. Беспалова¹, Е.С. Беспалова², Э.В. Гизбрехт³

¹ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

² Национальный исследовательский Томский государственный университет, г. Томск

³ ФГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет», г. Томск

Одним из приоритетных направлений определения целевых установок мероприятий первичной профилактики социально-значимых заболеваний является изучение образа жизни и факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья молодежи. Студенческая молодежь рассматривается как специфическая группа населения, которая имеет свои отличия в образе жизни, свои ценностные установки и эталоны поведения [1, 2]. За последние два десятилетия отмечается ухудшение показателей здоровья молодежи, в том числе студентов экономически развитых стран. Одной из причин этого явления ученые считают рост числа лиц с ожирением и избыточной массой тела. Как известно, ожирение является фактором риска многих серьезных заболеваний, оно несет колоссальную угрозу здоровью человечества, со скоростью эпидемии захватывая развитые страны. Среди корригируемых факторов риска ожирения выделяют в первую очередь нарушение пищевого поведения, связанное с хроническим стрессом [3, 4]. Медицинские работники, как никто другой, должны понимать важность пропаганды здорового образа жизни и формировать у населения правильное отношение к этому. Это возможно лишь в том случае, если сами медицинские работники придерживаются принципов здорового образа жизни.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ пищевого поведения и уровня стресса российских и американских студентов медсестринских факультетов для оптимизации и корректировки профилактических обучающих программ, внедряемых в студенческой среде в каждой стране.

Материал и методы

Объектом исследования явились 155 студентов факультета высшего медсестринского образования Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск, Россия) и 95 студентов медсестринского факультета Северо-Западного Технологического колледжа (г. Бемиджи, шт. Миннесота, США).

Выполнено одномоментное поперечное исследование. Для решения задач, стоящих перед ним, был проведен социологический опрос, основным принципом которого была строгая

⁵ Работа выполнена при поддержке программы Открытый Мир

конфиденциальность. Был использован опросник National College Health Assessment (NCHA), который в настоящее время широко используется в западных странах в исследованиях такого рода [6]. Анкета содержала несколько блоков вопросов, направленных на изучение разных аспектов здоровья и включала ряд вопросов на определение уровня стресса и пищевого поведения респондентов.

Статистическая обработка полученных результатов проведена путем создания единой электронной базы данных с использованием пакета Microsoft Office Access 2007 и последующим анализом с применением пакета программ STATISTICA 6.0 for Windows. Количественные данные представлены в виде $M \pm SD$ (среднее арифметическое \pm стандартное отклонение), качественные – в виде доли в выборочной совокупности. Для сравнения непрерывных величин в двух группах применяли U-критерий Манна-Уитни. Для выявления различий между группами по выделенным качественным градациям признаков использовали критерий χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Характеристика групп студентов по полу, возрасту и ряду антропометрических показателей представлена в таблице 1. В обеих группах абсолютное большинство – это лица женского пола.

Таблица 1

Характеристика исследуемых групп студентов по полу, возрасту, весу, росту и индексу массы тела ($M \pm SD$)

Показатели	Российские студенты (n=155)		Американские студенты (n=95)	
	Мужчины (n=8)	Женщины (n=143)	Мужчины (n=12)	Женщины (n=83)
Возраст, лет	24,6 \pm 1,68	30,7 \pm 20,98	31,3 \pm 10,03	28,4 \pm 11,22
Рост, см**	175,1 \pm 11,76	164,9 \pm 5,97	181,4 \pm 10,50	167,9 \pm 5,98
Вес, кг ***	70,5 \pm 16,84	64,8 \pm 14,00	95,0 \pm 18,62	74,5 \pm 17,90
ИМТ, кг/м ² ***	22,6 \pm 2,50	23,7 \pm 4,55	28,7 \pm 4,09	26,3 \pm 5,93

Примечание: * – статистическая значимость различий со значением показателя у американских студентов (* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$), ИМТ – индекс массы тела.

Обращает на себя внимание, что американские студенты превосходят российских студентов по росту и весу. Различие средних значений индекса массы тела (ИМТ) является статистически значимым ($p < 0,001$). Средние значения ИМТ в группе американских студентов обоих полов превышают верхнюю границу нормы. Адекватно оценивают свой вес 54,7% американских студентов и 57,4% российских студентов, остальные либо недооценивают его, либо переоценивают (таковых в каждой группе чуть больше 25%).

Существенных возрастных отличий в группах студентов женского пола мы не обнаружили, тогда как российские студенты мужчины в среднем на 6 лет моложе своих американских коллег.

Был изучен уровень стресса респондентов на момент заполнения анкет, поскольку от него может зависеть в конечном итоге и пищевое поведение, и двигательная активность. Для оценки уровня стресса использовалась десятибалльная шкала, где от 0 до 1 балла – полное отсутствие стресса, 2-5 баллов – умеренный уровень, 6-8 баллов – высокий уровень, 9-10 баллов – очень высокий уровень (табл. 2).

Таблица 2

Уровень стресса

Показатели	Российские студенты (n=155)		Американские студенты (n=95)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие стресса	25	16,13%	2	2,11%
Умеренный уровень	106	68,39%	42	44,21%
Высокий уровень	11	7,10%	33	34,74%
Очень высокий	13	8,39%	18	18,95%

χ^2

df=3

$p < 0,0001$

Абсолютное большинство российских студентов отмечали у себя умеренный уровень стресса, среди американских студентов таких меньше половины. Больше 50% американских респондентов отметили у себя высокий и очень высокий уровень стресса. Такое различие показателей, по-видимому, связано не столько с большей стрессоустойчивостью российских студентов, сколько с разным отношением студентов к самому понятию «стресс».

Для оценки пищевого рациона были проанализированы ответы респондентов на вопросы, сколько раз в последние 7 дней они употребляли наиболее полезные продукты. В таблице 3 приведены показатели пищевого рациона, по которым межгрупповые различия достигали уровня статистической значимости. Из этой таблицы видно, что рацион американских респондентов богаче овощами, свежими фруктами и соками, чем российских студентов. В анкете не уточнялось, что означает стопроцентные соки - свежевыжатые или соки из тетрапаков, на которых написано, что они стопроцентные. Иначе разница в ответах была бы еще больше, ведь для жителей США стопроцентные соки – это только свежевыжатые.

Таблица 3

Частота употребления в неделю полезных продуктов

Показатели	Российские студенты (n=155)		Американские студенты (n=95)	
	Абс.	%	Абс.	%
100%-е соки				
Ни разу не пил	67	43,23%	21	22,11%
1-3 раза	51	32,90%	35	36,84%
4-6 раза	22	14,19%	16	16,84%
1 раз в день	8	5,16%	12	12,63%
До 3 раз в день	4	2,58%	3	3,16%
3 и > раз в день	3	1,94%	8	8,42%
		$\chi^2=17,81107$	df=5	p<0,01
Свежие фрукты	Абс.	%	Абс.	%
Ни разу не ел	30	19,35%	1	1,05%
1-3 раза	63	40,65%	47	49,47%
4-6 раза	20	12,90%	24	25,26%
1 раз в день	21	13,55%	8	8,42%
До 3 раз в день	17	10,97%	8	8,42%
3 и > раз в день	4	2,58%	7	7,37%
		$\chi^2=26,85241$	df=5	p<0,0001
Овощи	Абс.	%	Абс.	%
Ни разу не ел	52	33,55%	10	10,53%
1-3 раза	65	41,94%	39	41,05%
4-6 раза	17	10,97%	32	33,68%
1 раз в день	18	11,61%	2	2,11%
До 3 раз в день	2	1,29%	11	11,58%
3 и > раз в день	1	0,65%	1	1,05%
		$\chi^2=46,87417$	df=5	p<0,0001

К сожалению, фастфуд популярен в обеих исследуемых группах, однако, российские студенты употребляют его чаще.

Около 20% российских студентов с разной частотой с целью снижения веса принимают лекарственные препараты или вызывают рвоту, среди американских студентов таких около 7%.

Анализ полученных нами данных показал:

1. Среди американских студентов больше лиц с ожирением и избыточной массой тела, что согласуется с данными литературы.

2. Американские студенты в три раза чаще, чем их российские коллеги, отмечают очень высокий уровень стресса.

3. В среде американской студенческой молодежи более популярно здоровое питание, это можно объяснить отчасти тем, что проблема избыточного веса среди студенческой молодежи в США была обозначена значительно раньше, и относительно грамотное поведение студентов – это показатель активной первичной профилактики.

Исследование показало, что проблема формирования правильного отношения к здоровому образу жизни студентов медицинских специальностей является актуальной и для России и для США.

Литература:

1. Агажданиян Н.А. Проблема здоровья студентов и перспективы развития. Материалы первой Всероссийской научной конференции «Образ жизни и здоровье студентов» // М.: РУДН, 1995. С. 5 - 9.
2. Беспалова И.Д., Суркова Л.Г., Медянцев Ю.А. Здоровый образ жизни в среде студентов факультета высшего медсестринского образования. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Здоровьесбережение – инновационный путь развития образовательного учреждения». - Томск, 2010. - С. 23- 27.
3. Ляхович А.В. Тенденция образа жизни студенческой молодежи. Проблема здоровья студентов и перспективы развития. Материалы первой Всероссийской научной конференции «Образ жизни и здоровье студентов». - М.: РУДН, 1995. - С. 155 – 156.
4. Bogaert Y.E., Linas S. The role of obesity in the pathogenesis of hypertension // Nat. Clin. Pract. Nephrol. 2009. Vol. 5. P. 101-111.
5. Wirth, A. Reduction of body weight and co-morbidities by orlistat: The XXL-primary health care trial // Diab Obes Metab. 2005. № 7. P. 21-27.
6. American College Health Association - National College Health Assessment (ACHA-NCHA) Web Summary. Updated August 2007. Available at http://www.acha-ncha.org/data_highlights.html. 2007.

ИДЕИ ЧЕЗАРЕ ЛОМБРОЗО И РОБЕРТО АССАДЖИОЛИ В ПРОБЛЕМЕ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ «ТРУДНЫХ ДЕТЕЙ» И КРИМИНАЛЬНОЙ АНТРОПОЛОГИИ ОБЩЕСТВА

***В.Т. Волков, Н.Н. Волкова, Е.В. Караваева**
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск*

Медицинская психология затрагивает широкий спектр благотворных и пагубных влияний на личность человека во всем ее многообразии, включая наследственный генетически обусловленный механизм передачи асоциального поведения от родителей к родившимся от них детям, которые по мере своего развития так же отличаются широким диапазоном асоциального поведения в школе, пополняя не менее широкий круг, склонных к криминальным поступкам, проституции, наркодилерству, бродяжничеству, мошенничеству, не задумываясь готовых плюнуть в лицо родной матери, спонтанно без всяких мотивов способных убить человека – этот кондуит криминальных поступков бесконечен. Согласно выводам итальянского психиатра Чезаре Ломброзо (**Cesare Lombros**) – автора идеи «врождённого преступника», наблюдавшего в своей практике за тысячами лицами преступного мира. Он пришел к выводу, что существует непонятный, видимо наследственный механизм передачи асоциального типа поведения потомства от родителей, отличающихся подобным образом жизни и пополняющих места лишения свободы и психиатрические клиники. Не смотря на не прекращающиеся нападки на торус криминальной антропологии Чезаре Ломброзо со стороны врачей и юристов, многие из которых даже не представляли его биографии и его исследования, на основании которых он выдвинул идеи «врожденного преступника», при этом, не имея по тому времени ни какого представления о генетических механизмах передачи. Данного механизма не знали и римляне, однако это не помешало им писать на стенах домов алкоголиков такого рода надписи: «от пьяниц рождаются пьяницы». В наши дни усилиями генетиков, наконец-то найден ген алкоголизма у алкоголиков, передающийся по наследству. Эта патология пока не поддается лечению без вмешательств геной инженерии. Процент наследственных алкоголиков невелик, а все остальное – это пьянство, подобно скифам, пьющим на удивление византийским купцам ковшами неразбавленное вино. Отсюда до наших дней дошло выражение: «пьешь, как скиф».

ВОЗ обратилось ко всему мировому гуманному обращению именно к этой категории больных, перед которыми медицина была бессильна. А все остальные утопические рекламы излечить наследственный алкоголизм, путая его с нашими ментальными привычками алкоголизации населения и привычки курить, которые следует отделить от малограмотной рекламы, преследующей интересы своего и чужого бизнеса.

Другой итальянский психиатр Роберто Ассаджиоли (**Assagioli Roberto**), являющийся основоположником психосинтеза, теории высшего бессознательного, сферы высших чувств и духовности, в своем учении придерживался идей своего соотечественника Чезаре Ломброзо. Путем своих исследований он пришел к выводу, что у лиц с асоциальным поведением отсутствует при рождении сфера высшего «сверх Я» бессознательного, сфера высших чувств и духовности, что не дает в силу пока неясных до сих пор аномалий головного мозга различать что «хорошо», а что «плохо». И в силу этого дефекта данная личность ведет себя неадекватно в обществе, и так же как и «врожденный преступник» Чезаре Ломброзо имеет признаки физической и умственной дегенерации, не поправимых никакими тюремными наказаниями, воспитательными мерами, институтами, обществом с его моралью в течение всей жизни данных индивидуумов.

К сожалению, число трудновоспитываемых детей и их родителей, по данным Чезаре Ломброзо и Роберто Ассаджиоли в обществе достигает 30%. Однако, не смотря на отсутствие у Чезаре Ломброзо и Роберто Ассаджиоли успехов клинической психологии, именно им мы обязаны открытию того наследственного механизма передачи асоциального поведения и криминальности от родителей к своему потомству и рождению «трудных детей». Откроем одну из наших монографий «личность пациента и болезнь», в главе «Медицинская психология» мы цитируем Роберто Ассаджиоли: «Наше истинное существо прекрасно. Нам нужно осознать этот фундаментальный факт». Нормальному человеку свойственен психический фактор синтеза, который и отличает нас от наших братьев, от низших существ, а так же и от больных шизофренией, у которых отсутствует синтез, что является трагедией больного.

По мнению Роберто Ассаджиоли, утрата внутреннего равновесия, ощущение бессмысленности возникает в момент, когда наши внутренние элементы разобщены или вступают в противоречие. Процесс синтеза объединения внутренних элементов могут быть заблокированы в целостность. Вполне возможно, эта души пациентов, отделенных в группу антисоциальных психопатов, близки к эпилептоидным (П.Б. Ганнушкин, 1933) и лишены моральных ценностей, что подходит к характеристике Чезаре Ломброзо. В современной американской классификации они выделены в группу асоциальных психопатов, они не корректируются мерами воспитания. Внутренний мир таких индивидуумов, по мнению Роберто Ассаджиоли, лишен чистого самосознания, анализа оценки образов, мыслей и чувств, напрочь отсутствует желание и влечение. Усвоение опыта, повседневной деятельности ума, высших чувств, духовности – всего того, что свойственно «*homo sapiens*». «Не зная и не понимая себя и окружающих, человек не управляет собой» - справедливо полагает Роберто Ассаджиоли (1994 г.) – он постоянно вращается в замкнутом кругу своих ошибок и недостатков, в своем слепом стремлении к свободе, яростно борющегося против существующего положения вещей, он отдается разгулу своих страстей и криминальных поступков. Это близко к выводам основателя криминальной антропологии Чезаре Ломброзо, изучавшего психологию дегенеративности тысяч преступников.

В 1970 годы генетики неожиданно выявили в кариотипе добавочную У хромосому (Jacobs, Newton 1972). При обследовании больных людей, помещенных в психиатрическое учреждение, где именно были сосредоточены лица с агрессивным и криминальным поведением. Sergouich и соавторы (1968) выявили наибольшее число лиц с кариотипом 47 ХУУ, чем это удалось сделать среди олигофренов Jacobs и Newton (1972), которые изучили 694 пациента с умственной отсталостью и не обнаружили среди них ни одного больного, имеющего кариотип 47 ХУУ, легко получаемого в буккальном мазке. Все это свидетельствует, что обладающие патологическим кариотипом 47 ХУУ не характеризуют задержки умственного развития и причину их агрессивности, асоциального поведения, отсюда следует, что это все стоит изучать на другом уровне. Тем не менее, это не позволяет не придавать значению этому маркеру в рождении детей от лиц с асоциальным поведением. Частота рождения мальчиков с синдромами 47 ХУУ равна 1:1000, однако по выводам другого американского специалиста (Sergouich 1969) частота синдрома 47 ХУУ у новорожденных мальчиков необычно высока у

родителей с асоциальным поведением, помещенных в специализированные учреждения особого назначения и составляет 1:250.

По данным Casey и соавторов (1960) при обследовании пациентов особого назначения 12 мужчин из 50 с асоциальным поведением имели легкую степень умственной отсталости, и 4 из 50 лиц, обладали нормальным интеллектом. Соматические аномалии у этой группы больных редки, чаще всего это лица высокого евнухоидного типа, у них отмечены увеличенная челюсть акромегалического типа, неправильный прикус, аномалии зубов, Spinabifida, двухсторонняя девиация коленных и локтевых суставов, у некоторых из них имеется повышенный уровень эстрогенов. В буккальных мазках при цитологическом исследовании выявляются наличие двух телец X-хроматина и добавочная Y-хромосома в кариотипе 47 XYU. Описанный тип соответствует субъекту с асоциальным типом Чезаре Ломброзо, и имеет свойство передаваться по наследству от родителей к детям.

Асоциальное поведение, выделенное в современной американской классификации DSN-III в отдельную форму, примерами и носителями которого являются социопаты – лица, склонные к проституции, воровству, наркобизнесу, рекету).

Антисоциальное поведение широко распространено среди детей подросткового возраста, у которых либо нет видимой психопатии, либо маскируется в оскорбительном поведении, легко просматривается. Этот феномен еще предстоит изучать и дать объяснение.

Дети, совершающие правонарушения, чаще всего происходят из неполных семей, разрушенных разводом родителей. Эмоциональные действия при плохом обращении родителей к детям рождает у них дефицит понимания действительности, пробел «супер-эго», позволяющего им совершать антисоциальные поступки, не испытывая при этом ни капли вины. Запретные желания и импульсы родителей реализуются на детях.

Субъекты с асоциальным поведением испытывают трудности в работе, семейной жизни, финансовых вопросах, отношениях к начальству.

Процентные отношения следующие: проблем на работе – 85%, неблагополучие в семейной жизни – 81%, проблемы в вопросах финансовой зависимости – 75%, подверженных к аресту – 76%, злоупотребления алкоголем – 72%, имеющие неприятности в школе – 71%, импульсивность – 67%, проблемы в сексуальной сфере – 64%, социальной изоляции – 56%, склонность к физическому насилию – 56%, провинность на военной службе – 53%, с отсутствием чувства вины – 40%, соматическими жалобами – 31%, пользуются вымышленным именем – 29%, патологические лжецы – 16%, наркоманы – 13%, совершающие суицид – 11%.

Дети с асоциальным поведением – воры, неисправимые личности, прогульщики, беглецы, лица, связывающие свои судьбы индивидуумами с дурной репутацией.

По мнению Карвена, Sadock (1994) коррекция патогенов поведения вызывает пессимизм в отношении лечения.

РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В ОБЛАСТНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ АВТОНОМНОМ УЧРЕЖДЕНИИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ»

Л.Н. Дубовская

ОГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Томской области», г. Томск

Уважаемые коллеги, Вашему вниманию предлагается сообщение о работе учреждения в направлении «Развитие инновационных технологий в социальной работе с пожилыми людьми в ОГАУ «КЦСОН ТО». Данное направление выбрано не случайно, так как социальная работа приобретает все более структурированное очертание, как особый вид профессиональной, научной и образовательной деятельности, разрабатываются и внедряются различные нововведения в социальной сфере. Именно они все чаще определяются учеными как социальные инновации.

В мае 1994 года по постановлению губернатора Томской области был основан Комплексный центр социального обслуживания населения Томской области, который до настоящего времени успешно продолжает свою деятельность и претерпевает качественные и количественные изменения. Создание Центра позволило решить ряд насущных проблем

области, таких как: медико-социальная реабилитация инвалидов, граждан пожилого возраста, семей с детьми специализированных категорий и других групп населения, нуждающихся в социальной помощи.

С июля 2010 года в соответствии распоряжения Администрации Томской области мы стали работать в новых условиях автономного режима. Изменению статуса предшествовала большая подготовительная работа. Переход на новый тип учреждения повлек за собой некоторые изменения в части финансирования, распоряжения имуществом учреждения в структуре управления и ответственности по обязательствам. Целесообразность изменения типа учреждения заключается в создании дополнительных средств, которые используются для организации новых форм деятельности автономного учреждения, укрепления материально-технической базы учреждения, увеличения оплаты труда сотрудникам, самостоятельного формирования штатного расписания, с учетом данных средств.

В соответствии с уставом ОГАУ «КЦСОН ТО» к основным видам деятельности относятся: оказание социально - бытовой помощи, организация досуга и поддержание активного образа жизни; проведение немедикаментозных мероприятий по укреплению здоровья, осуществление мероприятий по коррекции психологического статуса с использованием действующих в центре физиотерапевтических кабинетов и тренажерных залов; правовая помощь; срочная социальная и экстренная психологическая помощь разового характера гражданам, попавшим в кризисные ситуации; срочная психологическая помощь по «Телефону доверия».

В целях реализации указанных направлений созданы следующие структурные подразделения:

- геронтологическое отделение (полустационарное с дневным и круглосуточным пребыванием), «Детский сад для пожилых» (с дневным пребыванием), санаторно – курортное оздоровление;
- отделение реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями (дневное пребывание, круглогодичный оздоровительный лагерь «Парус»);
- отделение срочной социальной помощи «Салон дареных вещей»;
- отделение социального обслуживания на дому;
- отделение экстренной психологической помощи гражданам, находящимся в кризисной ситуации - с «Телефоном доверия». Кроме того, имеются секторы культурно — бытового обслуживания; информационного и организационно - методического обеспечения.

За время работы в условиях автономии коллективом учреждения внедрены новые формы социального обслуживания: в учреждении открыт «детский сад» для пожилых, действует пункт проката технических средств реабилитации, организована единая диспетчерская служба. В выездном режиме работают бригады социальных работников, парикмахерская, принимаются заявки на ремонт обуви, одежды, услуги прачечной, закуплен специализированный автомобиль с гидроподъемником для перевозки инвалидов.

В связи с потребностью для большинства количества семей обеспечить полноценный дневной уход за своими престарелыми родственниками, в Центре начал свою работу «детский сад» для пожилых. Это отделение дневного пребывания для пенсионеров, родственники которых в течение дня находятся на работе и не имеют возможности обеспечить им должный уход и внимание. Целью деятельности «детского сада» является поддержание и укрепление здоровья лиц пожилого возраста и инвалидов, организация их питания, быта и отдыха, повышение физической активности, нормализации психологического статуса и снятие социальной напряженности в семье.

Для оптимального использования ресурсов учреждения социального обслуживания при предоставлении социальных услуг на дому был запущен инновационный для области проект «Выездная бригада социальных работников».

Целью деятельности выездной бригады социальных работников является обеспечение достойного проживания клиента в привычной домашней обстановке, оперативное предоставление социально – бытовых услуг, в том числе дополнительных.

Работа выездной бригады строится по двум направлениям.

Первое – комплексное обслуживание клиентов, зачисленных на социальное обслуживание на дому. Два социальных работника за одно посещение совместными усилиями закупают и доставляют товары первой необходимости, организуют работу по дому: приносят

воду, дрова, убирают квартиру, придомовую территорию и т.д. в соответствии перечня востребованных услуг.

Форма работы наиболее эффективна при обслуживании на дому клиентов, проживающих в частном секторе, так как все трудоемкие и времязатратные услуги, требующие коллективных усилий, предоставляются более оперативно, сокращается время на их оказание.

Второе – разделение обязанностей социальных работников путем предоставления социальных услуг двумя бригадами. Социальные работники первой бригады осуществляют закупку и доставку товаров первой необходимости и лекарств клиенту, социальные работники второй бригады - санитарно – бытовые услуги (уборка жилого помещения).

Данная форма работы оказалась очень востребованной среди клиентов, находящихся на социальном обслуживании на дому, так и среди граждан пожилого возраста, инвалидов, желающих получить разовую социальную услугу. Количество заявок постоянно увеличивается. Важным показателем работы бригад стало быстрое реагирование на запросы клиентов, возможность доставки объемных заказов, рост числа обслуживаемых, развитие системы оказания дополнительных социальных услуг, не входящих в перечень гарантированных государством.

Предоставление социального обслуживания на дому гражданам выездной бригадой социальных работников является перспективным направлением работы социальных служб. Такая форма работы позволяет организовать максимально полное и качественное предоставление социальных услуг, особенно трудоемких, требующих коллективных усилий, сократить время на их выполнение, создать комфортные условия для клиентов с учетом их индивидуальных потребностей.

При отделении срочного социального обслуживания открыт социальный пункт проката технических средств реабилитации. Оснащение пункта проката осуществляется за счет средств учреждения, полученных от предоставления платных социальных услуг, за счет благотворительных пожертвований, а также из других источников, в соответствии с действующим законодательством. Услуги пункта проката предоставляются гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, объективно нарушающей жизнедеятельность (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, малообеспеченность), которую он не может преодолеть самостоятельно, нуждающимся в технических средствах реабилитации временно до трех месяцев.

Основные принципы, на которых строится работа пункта проката:

- адресность: каждому подбираются наиболее эффективные средства реабилитации;
- доступность: при выдаче средства реабилитации учитывается территория проживания нуждающихся граждан и имеющееся ограничение в передвижении;

Благодаря созданию социального пункта проката пенсионеры и люди, получившие травмы, могут сэкономить деньги, прежде чем покупать спецоборудование, они могут оценить подходит ли оно им, взяв его напрокат.

В рамках инновационной деятельности все отделения социального обслуживания на дому 4-х районов города Томска были объединены в единую городскую службу, во главе которой находится диспетчерская служба по приему заявок от пожилых граждан и инвалидов города на социально – бытовые и иные услуги. Организация данной службы является инновационной формой социального обслуживания граждан, утративших средства к существованию и лиц, попавших в экстремальные ситуации.

Деятельность диспетчерской службы направлена на экстренное оказание социальных, бытовых и транспортных услуг, консультирование граждан по вопросам социального обслуживания, для привлечения и постановки на учет нового контингента. Диспетчер, принимающий информацию, обязан зафиксировать в электронном журнале дату и время её поступления, Ф.И.О. заявителя, его домашний адрес, дату рождения, выяснить проблемные вопросы являющиеся причиной обращения. Сотрудник, принимающий информацию должен дать заявителю необходимую консультацию, сообщить о необходимости комиссионного обследования оценки нуждаемости в социальных услугах, затем пожилой человек или инвалид подает заявление о принятии на социальное обслуживание.

ОГАУ «КЦСОН ТО» успешно сочетает в своей работе применение традиционных и инновационных технологий для повышения качества жизни пожилых людей, что позволяет эффективно решать проблемы своих клиентов. Среди инновационных технологий успешно

применяются срочная социальная помощь, социокультурная реабилитация, применение современных прогрессивных физкультурно-оздоровительных методик.

Применение инновационных технологий способствует достижению практических результатов по таким приоритетам, как соблюдение прав и обеспечение безопасных условий для пожилых людей, а также повышение качества жизни и сохранение самостоятельности в пожилом возрасте через предоставление социальных услуг.

Комплексный центр социального обслуживания ведет постоянный процесс поиска, внедрения, и развития инновационных технологий для решения проблем уязвимых слоев населения, в том числе и пожилых людей. Деятельность учреждения в автономном режиме дает относительную самостоятельность в решении многих вопросов, в том числе и финансовые доходы. Эффективное использование денежных средств дает возможность для улучшения обновления материально – технической базы, оборудования, мебели, материалов для обеспечения своевременного текущего ремонта помещений, что позволяет создавать для клиентов комфортные условия пребывания на весь реабилитационный период, а так же внедрять инновационные формы и методы работы с населением. Цель социального обслуживания ОГАУ «КЦСОН ТО» максимально продлить пребывание нуждающихся в привычной среде обитания, защищать права и интересы, улучшать качество жизни.

Литература:

1. Федеральный закон Российской Федерации № 122 от 2.08 1995 «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».
2. Артемьева О.В. Автономное учреждение в социальной сфере// Социальная работа. – 2010. - №1. – С. 15 – 17.
3. Голиков В.Д. Социальные инновации. Учебное пособие. — Уфа, 1998, – 68 с.

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ И ЧАСТНЫЙ УРОВНИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ

В.В. Казаневская

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Современная психология имеет такое количество проблем во всех сферах своего существования, что желание говорить о них быстро угасает под их тяжестью. Тем не менее, назовем две важнейшие проблемы: (1) отставание, практически отсутствие анализирующих классифицирующих исследований; (2) неопределенность центрального объекта всей психологической науки и общего адекватного взгляда на его методологическое и теоретическое положение. Именно богатство накопленного психологического материала позволяет и требует принципиальных изменений в постановке всех основных вопросов психологии. Богатство психологических материалов при этом понимается не как источник для всей последующей психологии, но как материал для осмысления и переосмысления результатов, как материал для жестких оценок для всех основных и известных требований, предъявляемых к любой науке, как материал для поиска и формулирования новых подходов, для проявления самого свободного мышления и в том числе интуиции. Нужно осознать назревшую потребность в новых методах и в новых взглядах, а также то, что малыми средствами и осторожными изменениями ограничиться невозможно.

Этот подход разрешает многие методологические проблемы современной психологии и, в том числе, обе вышеназванные проблемы. Сам по себе категориально-системный подход является классифицирующим; более того, он является обобщенным теоретическим уровнем и поэтому является основой для интеграции психологических теорий (личности). Категориально-системный подход содержит новый взгляд на личность: он позволяет описывать и исследовать отдельную конкретную личность. Эта возможность обусловлена всем построением категориального уровня, его методологией и его теоретическим содержанием: категориальный уровень общие законы и терминологию; эти законы принадлежат также и уровню конкретной личности, но в этом случае они проявляются в условиях фиксированных величин, констант, существование которых обусловлено также общими законами. Присутствие констант в составе категориально-системной методологии и теории открывает совершенно новые горизонты в исследовании конкретной личности, позволяет решать самые насущные задачи психологии

личности, начиная с того, что в этом подходе совершенно конкретно определяется, чем один человек отличается от другого, чем человек отличается от самого себя по мере прохождения собственной жизни, при изменении условий собственной жизни, успешен он или движется к кризису и т.д.

Размеры данной статьи позволяет лишь бегло коснуться других особенностей категориально-системного подхода. Все утверждения и конструкции категориально-системного подхода могут рассматриваться как развитая теоретизированная гипотеза, что не мешает ни его изучению, ни применению.

Новизна и необычность категориального подхода имеет совершенно определенный смысл, определенные признаки, важные как в конструктивном плане, так и для его понимания. Новизна в целом состоит в том, что *категориальный уровень* психологической науки имеет дедуктивные отношения с теоретическим уровнем; категориальный уровень готов для освоения в практике психологической работы, так как он имеет практический смысл и практическое выражение.

Категориальный уровень выстроен в системе новых для психологии понятий (*категорий*) и *категориальных принципов*, что порождает новую систему теоретического и практического *психологического мышления*. Самое главное значение категориального уровня для психологического понимания личности в том, что *категориальный уровень является автономным уровнем в составе структуры психики и в составе психологического представления о ней; категориальный уровень имеет собственный язык и собственные законы*. С этой точки зрения отсутствие выделенного категориального уровня в современной психологии является, по нашему мнению, узким местом, а именно – недостаточной структурированностью теоретических представлений, преодоление которого имело бы положительные результаты для психологического исследования и понимания. Но данная статья сосредоточена на объяснении только одного вопроса – что такое категориальный подход, или, в более конкретном выражении, что такое категориально-системный подход.

Категориально-системный подход означает изменение системы психологического мышления.

Это изменение заключается в освоении комплекса категориально-системных понятий и принципов, составляющий категориальный методологический уровень, в освоении связи категориальных понятий и понятиями теоретического уровня, а также в освоении двухуровневого мышления, включающего категориальный и теоретический уровень. Соответственно к освоению этого мышления относится и умение применять данное мышление на практике, то есть уметь воспринимать реальные ситуации и проблемы в этом языке, интерпретировать и строить в нем психологические события, проблемы и способы психологической работы. Большой вклад в новизну всего подхода вносит еще авторская категориальная теория систем, которая представляет собой современную интерпретацию диалектической логики Гегеля. Категории этой системы образуют замкнутую, но развивающуюся систему; определения ряда категорий отличается по смыслу от существующих в современных системных представлениях; некоторые из этих отличий будут упомянуты в данной статье.

Категориально-системная методология имеет целый ряд принципиальных отличий от сложившихся к настоящему времени методологий психологических исследований.

Обращение к категориальности, как полагает автор, навеяно общесистемной интуицией о целостности системы; категориальность может быть местом *детерминации и сохранения целостности* системы. Возможно, что связь категориальности с *целостностью* является самой глубокой и перспективной стороной этого подхода. Каковы основные признаки категориальности? Категориальность – это *обобщенность, многоаспектность, элементарность, абстрактность, фундаментальность, аналитичность*; то есть каждая категория обладает всеми перечисленными свойствами. Для категориальной системы еще имеет место свойство *целостности*. Категориальность – отнюдь не новое понятие для исследующего мышления, однако, понятия имеют свойство развиваться по мере хода исторического процесса познания и приобретать новые детерминации.

Всякая категория является понятием, но не всякое понятие является категорией; лишь некоторые понятия в процессе развития науки приобретают категориальный статус, становятся категориями. Когда некоторые понятия начинают выделяться в своем категориальном значении, становятся категориями; то в этом процессе сама наука начинает приобретать свой

категориальный статус, приобретать категориальный уровень. Таким образом, конкретная наука может находиться в разных стадиях своего категориального развития и уровень этого категориального развития, уровень ее категориального статуса можно оценить.

Понятие *категориальности*, как это следует из логики вопроса, для объяснения его особенностей следует сопоставить с просто *понятием*. И категория и понятие – оба являются *понятиями*. Но категория имеет, по сравнению с понятием, следующие особенности: *фундаментальность* в данной сфере исследований, более высокий (или самый высокий) уровень *обобщенности*, большую *абстрактность* и отношение *дедуктивности* с рядом понятий нижнего относительно данной категории уровня. То есть между категорией и понятиями, для которых она является категорией, должна находиться операция *категориального обобщения*. Абстрактность категории по сравнению с соответствующими понятиями означает, что содержание категориального понятия относится к содержанию понятия как более абстрактное, полученное путем применения операции *абстрагирования* или операции *категориального обобщения*. В отношении категориального обобщения присутствует еще свойство *многоаспектности*: все категории многоаспектны, то есть в зависимости от условий применений, их не основной, но дополнительный смысл может принимать различные значения. Именно это обстоятельство позволяет одной категории быть абстрактным значением нескольких понятий при сохранении собственного смысла. Фундаментальность категории означает, что она сходит в состав описания фундаментальных, самых основных, самых необходимых процессов и соотношений. Отношение категориального обобщения может существовать между рядом понятий и одной категорией, смысл которой является общей абстракцией для всех этих понятий.

Число категорий должно быть и бывает меньше числа понятий, для которых они составляют категориальный уровень, иначе это – не категории. Замечательно, что отношение категориальности может выполняться не только на понятиях, но и на отдельных смысловых образованиях – законах и принципах.

Свойство категориальности должно выполняться и в применении: описание объекта, ситуации может быть выполнено как на теоретическом, так и на категориальном уровне, и между этими описаниями должно быть отношение категориального обобщения. Принципы категориального уровня относительно соответствующих смысловых единиц нижнего теоретического уровня должны находиться в отношении категориального общего.

Главная цель категориальных построений и исследований состоит в том, что по определению самые фундаментальные законы некоей сферы исследований находятся именно на категориальном уровне, а на теоретическом уровне они только лишь проявляются. Отсюда следует, что и исследовать эти закономерности можно именно на категориальном уровне, а на теоретическом уровне обнаружить их невозможно. Именно таково, по убеждению автора данной статьи, положение дел в психологии: законы психики – категориальные законы, и для их постижения нужно исследовать категориальный уровень, тем самым выстраивая его.

Конкретная категориальная система, о которой здесь идет речь – это система категорий Диалектической логики, переработанная автором статьи с ориентацией на современные системные представления и выстроенная как общая категориальная теория систем или современная диалектическая логика. Конкретность категориальной системы означает, что эта система имеет собственный состав категорий и собственный состав принципов. Уточним еще раз, что речь идет о современной интерпретации диалектических категорий, отличающейся от ее классического представления как по составу, так и по стилю, но не по смыслу и логике. Современное изложение, как надеется автор, более прозрачно и отвечает современному стилю мышления. За выбором диалектической системы категорий и в переработанной форме кроется еще предположение о том, что именно диалектическая логика является адекватной для описания и исследования психической системы. Автор при этом осознает, что подтверждение этого положения возможно лишь на пути его успешного теоретического и практического освоения.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА МЕДРАБОТНИКОВ

В.Н. Кудзина

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В соответствии с Квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения (Приказ от 23.07.10 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих...») знание основ психологии профессионального общения является необходимым условием успешной деятельности медицинского работника любого уровня.

Поэтому, в образовательный процесс всех циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки Томского базового медицинского колледжа включена дисциплина «Психологические аспекты профессиональной деятельности медсестры».

В основе медицинской профессии лежит и *уважение к жизни*, включающее *принцип священности человеческой жизни, и принцип качества (осмысленности) жизни*. Для медицинского работника любая жизнь обладает одинаковой ценностью, она священна.

Работа с больным заключается не только в лечении физических недугов, но и в умении разобраться в психологии пациента, помочь ему справиться с болезнью. Овладение основами общей и медицинской психологии способствует формированию у медицинских работников всех уровней высоких профессиональных и моральных качеств, повышает их квалификацию, создает возможности для творческого и личностного роста.

Нередко приходится слышать от среднего медицинского персонала, работающего в больнице или поликлинике, жалобы на физическую усталость, плохое настроение, неудовлетворенность работой. При этом, усталость и раздражительность чаще бывают вызваны не объемом выполненной работы, а эмоциональной нагрузкой, которой она сопровождается. Особенно это касается работы медсестры и фельдшера, зачастую играющих роль промежуточного звена между врачом и больным. Если фельдшер, акушерка или медсестра выполняют свои обязанности автоматически, ограничиваясь выдачей лекарств, проведением инъекций, измерением температуры, артериального давления и прочими манипуляциями, то при всей их важности и необходимости на первый план выступает лишь технический подход. К сожалению, в такой ситуации отсутствует благоприятное психологическое воздействие, в котором человек нуждается в не меньшей мере.

Люди, знающие и любящие свое дело, в какой бы области медицины они не трудились, и какой бы пост не занимали, никогда не бывают полностью удовлетворены достигнутым. Постоянная взыскательность, высокое чувство личной ответственности за все, что происходит вокруг, государственный взгляд на общее дело – это профессиональные компетенции, присущие огромному большинству медицинских работников, которые заставляют настойчиво искать резервы повышения эффективности и качества медицинской помощи, совершенствовать организацию медицинского труда.

При постоянном напряжении у медицинских работников отмечаются: эмоциональное истощение, приводящее к снижению профессиональной продуктивности; деперсонализация (обезличенность и стремление формализовать работу); снижение профессиональной самооценки.

Сами симптомы не отличаются строгой специфичностью и могут варьировать в широком диапазоне - от легких реакций типа раздражительности, повышенной утомляемости и т.д. до невротических и даже психосоматических расстройств у самих медиков. Очень важна и исходная личностная структура: например, у человека с психастеническими чертами гораздо больше шансов впасть в уныние и беспокойство по поводу работы, а у человека с исходно ригидной личностной структурой, да еще с гипертимными чертами, больше вероятности стать агрессивнее в общении с пациентами.

Медицинскую деятельность, независимо от того, является ли она деятельностью врача, фельдшера, акушерки или медсестры, следует отнести к одной из наиболее напряженных в профессиональном ряду.

Это обусловлено, в первую очередь, высокой ответственностью за плоды своего труда – помощь человеку в сохранении его здоровья, а нередко жизни.

Во – вторых, медицинский работник постоянно находится в роли субъекта, на который пациент возлагает надежду, а достаточно часто и обязанность в возвращении ему утраченной по разным причинам физической, психологической или социальной свободы.

В – третьих, высокая интенсивность труда, его эмоциональная напряженность, а что касается стационаров, то и многосменность.

В - четвертых, невысокая материальная обеспеченность работников здравоохранения.

И наконец, недостаточная юридическая защищенность.

Все перечисленное и целый ряд других более частых моментов дают основания говорить о необходимости организации психопрофилактической и психогигиенической работы по отношению к самому медицинскому персоналу.

В силу указанных причин медицинский персонал находится большую часть индивидуального времени в интенсивной стрессовой среде. Очень важным для медицинского работника является построение отношений с пациентом, чтобы они не служили источником стресса для обоих. И хоть это звучит непривычно, такие качества медицинского работника, как сопереживание, сочувствие, терпеливость, настойчивость, умение войти в положение больного и т.д. не должны превышать предела, за которым возникает опасность для самого медицинского работника. В то же время без них полноценная помощь другому человеку невозможна.

Профессиональный стресс – понятие очень сложное. Стресс, связанный с работой, отражается на человеке в целом. И здесь также подстерегает проблема, поскольку любой работник приходит на работу с предрасположенностью к стрессу. Вид взаимодействия на работе со стрессором является личностной характеристикой. Стрессоры скорее привносятся в работу, а не появляются в результате, но, в любом случае, они являются неотъемлемой частью профессионального стресса. Стресс на рабочем месте проявляется на разных уровнях - социокультурном, организационном, рабочем, межличностном, психологическом, биологическом, физическом, уровне окружающей среды. Стресс - это нечто более сложное, чем все привыкли понимать и подразумевать под стрессом на работе.

Парадокс состоит в том, что способность медицинских работников отрицать свои негативные эмоции может иногда быть силой, но нередко это становится их слабостью. Поэтому, полезно помнить о том, что мы сами всегда либо часть наших проблем, либо часть их решений. В настоящее время все большее внимание специалистов привлекают новые технологии предупреждения и преодоления профессионального стресса. Некоторые из них направлены на адекватное информирование представителей коммуникативных профессий о ранних признаках «выгорания» и факторах риска. Часто это сопровождается повышенной тревожностью в связи с восприятием окружающей среды как неопределённой, чуждой и даже враждебной. Результаты проведенного исследования позволяют сделать выводы о том, что на стресс медицинских работников влияют:

- психоэмоциональное напряжение,
- разрыв устоявшихся личностных связей и социальных контактов,
- материальная неудовлетворённость,
- постоянное воздействие асоциально настроенных, с аномалиями характера лиц и т.д.

Актуальными задачами работы психолога являются:

1. Обучение здоровому жизненному стилю по преодолению последствий стресса.
2. Проведение поэтапной трансформации субъективного видения и понимания ситуации с использованием различных стратегий преодоления профессионального стресса:
 - а) эмоциональной (актуализация чувств, снижение эмоциональной напряженности),
 - б) когнитивной (переоценка ситуации и собственных ресурсов по ее разрешению),
 - в) поведенческой (активного целенаправленного изменения ситуации).

Для решения этих задач в каждом лечебном учреждении необходимо иметь комнаты психологической разгрузки, организовать индивидуальные консультации для медицинского персонала, а также проводить психологические тренинги.

В перспективе, возможно создание «телефона доверия» на базах крупных ЛПО либо ЦРБ, где психологи-консультанты могли бы помочь преодолеть сложные психологические проблемы медработников. Эти меры помогут в решении проблемы снижения профессионального стресса.

Литература:

1. Кирпиченко, А.А. Основы медицинской психологии и коммуникации / А.А. Кирпиченко, Б.Б. Ладик, А.А. Пашков. – Минск, 2004.
2. Островская, И.В. Психология: учебник для медицинских училищ и колледжей: 2 изд. испр. / И.В. Островская. – ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.
3. Приказ МЗ РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
4. Шапарь, В. Рабочая книга практического психолога / В. Шапарь, А. Тимченко, В. Швыдченко. - М., 2005 – 672 с.
5. Никишена, И.С. Клинические проявления нарушений адаптации в условиях профессионального стресса: материалы научно-практической конференции / И.С. Никишена, Л.С. Чутко, С.В. Лобзин. - СПб, 2013.

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ БЕРЕМЕННЫМ И МАТЕРЯМ

М. С. Марущак, Л. А. Дыркова

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Малолетнее материнство в современной России в условиях экономических и социокультурных изменений является острой проблемой⁶. В стране проявились две противоположные тенденции. Во-первых, несмотря на смещения рождений к более старшим возрастам женщин, с каждым годом наблюдается устойчивая тенденция увеличения числа малолетних матерей в социальной структуре общества, что обуславливает необходимость анализа деятельности власти в области политики государственной поддержки таких граждан. Острота существующих проблем малолетних матерей вызывает тревогу – утрачиваются нравственные жизненные ценности, практически отсутствует половое воспитание, очевидна низкая контрацептивная культура и как результат – раннее начало половой жизни, беременность, чаще всего случайное, нежеланное и рискованное по последствиям материнство. Среди малолетних матерей число растет аборт, увеличивается масштаб социального сиротства, отмечаются неблагоприятные процессы деградации образа жизни, снижение престижа и ценности семьи [см.1].

Во-вторых, малолетние матери чаще всего находятся в трудном жизненном положении, многие из них склонны к алкоголизму и наркомании, не имеют собственного жилья, образования и работы, что увеличивает молодежные группы риска. В отличие от прошлых лет малолетние матери все больше отчуждаются от родительской семьи, школы, макро- и микросреды в целом. Это накладывает отпечаток на семейную жизнь, возраст ее начала. К тому же если малолетние матери и состоят в браке, то они, как правило, не имеют опыта налаживания и укрепления супружеских отношений, что делает их семьи весьма уязвимыми, неустойчивыми, подверженными риску распада.

Несмотря на определенные усилия государственной власти, социальная политика в целом и в отношении малолетних матерей, как одной из самых незащищенных социальных групп, во многом является не упреждающей, а запаздывающей, не минимизирующей, а максимизирующей социальное расслоение россиян. В этих условиях необходимо осуществление со стороны государства специализированной политики в отношении малолетних матерей, которые живут в трудной ситуации, являются группой риска, не могут получить образование, профессию, устроиться работать. До последнего времени

⁶ В социальном плане ранней беременностью принято называть факт ожидания ребенка несовершеннолетней девушкой. Согласно рекомендации ВОЗ проблема юных матерей должна рассматриваться среди девушек от 10 лет (начало полового созревания и появление вторичных половых признаков) до 19 лет, что связано с общностью анатомо-физиологических особенностей организма, психологической и социальной зрелостью, социально-экономическим статусом.

несовершеннолетние мамы не выделялись в категорию социально незащищенных. И в настоящее время в Российской Федерации не предусмотрены дополнительные выплаты и социальные пособия для несовершеннолетних матерей, хотя они нуждаются в материальной и социальной поддержке государства.

Несовершеннолетние мамы сталкиваются с целым комплексом проблем. Беременность и роды в подростковом возрасте зачастую протекают с осложнениями из-за физиологической несформированности женского организма. Материнство в юном возрасте таит в себе множество проблем, связанных с социальной и личностной незрелостью юных мам, влияет на личностные и социальные характеристики юных матерей. Юное материнство сопряжено с затруднениями жизнедеятельности для юной женщины, ее ребенка и семейного окружения. Высокий риск нарушений процесса социализации и адаптация юной женщины в социуме.

Рождение ребенка в столь молодом возрасте обостряет противоречия между биологической и социальной составляющей жизнедеятельности человека. Как правило, мамы, не достигшие совершеннолетия, экономически зависимы от родителей (опекунов, государственного обеспечения). Юные матери составляют одну из групп риска по девиантному материнству. Факторами риска и развития девиаций материнского поведения в юном возрасте являются: возраст, психический инфантилизм и психическая лабильность, нестабильное семейное положение, отсутствие поддержки близких. Это связано, с одной стороны, с тем, что сама по себе новая ситуация сопряжена для них со стрессом. А с другой, недостаточностью имеющихся у них ресурсов для выполнения с должной ответственностью ответственной родительских обязанностей. Поэтому беременные подростки и юные матери нуждаются в особом внимании со стороны государства и общества.

До 90-х годов XX века тема сексуальных отношений среди подростков была табуирована, контрацептивная культура только начала развиваться. В настоящее время ведется поиск оптимальных моделей поддержки юных мам, разрабатываются новые технологии социальной работы с данной категорией граждан. Существенный вклад в оказание непосредственной помощи несовершеннолетним матерям вносят Центры помощи несовершеннолетним матерям, действующие во многих российских городах⁷.

В связи с этим интересен опыт Кризисного центра «Маленькая мама» по оказанию комплексной социальной помощи несовершеннолетним беременным и юным матерям в г. Томске. Это один из реализуемых проектов, региональной благотворительной организации (фонда) «Право на детство», основанной в апреле 2011 года. Фонд «Право на детство» помогает социально незащищенным слоям населения, которые нуждаются в социальной поддержке, в том числе матерям-одиночкам, несовершеннолетним матерям, мамам – выпускницам детских домов. Работать в интересах ребенка, ведь каждый новорожденный ребенок имеет право и должен оставаться со своей мамой – вот главная задача, которую ежедневно ставят перед собой сотрудники фонда. В рамках приоритетных целей – профилактика отказов от детей среди юных мам и сохранение семьи, даже такой маленькой, как мама и ребенок. В Кризисном центре «Маленькая мама» безвозмездно помогают юной маме решить все вопросы, связанные с рождением ребенка – материальные, юридические, жилищные, трудоустройства, а также вопросы взаимоотношения с родственниками.

Для решения этих задач в Центре была создана социально-психологическая служба, состоящая из высокопрофессиональных специалистов. Социально-психологическая служба работает везде, где требуется помощь – в Приюте, в Кризисном Центре, в Перинатальном центре, на выездах в «горячие точки» (в которых ожидают малыша, но не готовы его растить). В штате социально-психологической службы работают психолог, социальные работники, педагоги Монтессори и няня. В Кризисный Центр обращаются разные люди с очень похожими бедами – негде жить с ребенком, внезапная беременность вызвала резкий протест со стороны родственников, страшно признаться родителям, если забеременевшая девушка еще школьница. В любом случае реагирование должно быть незамедлительным, существенным и результативным. Работа в Центре проводится в два этапа:

⁷ Санкт-Петербург стал первым в современной России городом, где в 90-е гг. начала складываться новая система оказания социальных услуг подросткам, несовершеннолетним беременным и молодым матерям. Затем кризисные центры для несовершеннолетних мам появились в Москве, Екатеринбурге, Туле и др. [3, с. 370, 390]. В СибФО центры для юных матерей есть в Новосибирске, Улан-Удэ, Алтайском и Красноярском краях.

- На первом этапе ставится задача накормить, лечить и одеть, затем помочь с жильем и работой, восстановлением документов, пособий и юридических прав.
- На втором этапе, когда сняты острая боль и страх, начинается более длительный и медленный период психолого-педагогической работы.

В связи с этим открытый случай тянется у всех по-разному: для кого три дня, для кого – полгода. Но главным остается принцип Кризисного Центра – активная помощь в кризисе идет недолго, чтобы кризис не стал хроническим, чтобы не «подсадить» семью на потребительство и иждивенчество, чтобы вернуть матери веру в собственные силы. Одновременно в активной работе находится от 18 до 30 семей. Затем проводится так называемый постпатронат. Для тех мам, которые испытывают трудности финансового и жилищного характера, 1 июля 2012 года был создан приют или социальная квартира. Место его расположения менялось трижды. Всего 15 мам с 22 детьми воспользовались в трудный период своей жизни этой услугой, которая предоставляет бесплатное жилье и питание в благоустроенной квартире. Сейчас приют расположен по адресу: г. Томск, ул. Говорова, 78. На 1 марта 2014 года в приюте проживают 3 женщины с детьми.

Виды помощи, оказываемые в Центре – разнообразные. От материальной (предоставление детских вещей, кроваток, колясок, мебели и пр.) и решении жилищных проблем (получение квартир для семей, оплата съемных квартир и пр.) до содействия в реализации социальной активности несовершеннолетних матерей (возвращение в учебный процесс юных мам) и трудоустройстве. Финансирование «Маленькой мамы» осуществляется в основном из спонсорских пожертвований, которых зачастую бывает недостаточно. С целью поиска средств на содержание центра, «Маленькая мама» проводит различные акции. С помощью томичей во время акции «Чужих детей не бывает» удалось собрать вещи и игрушки для подопечных семей. Сотрудники Центра обращаются за помощью к бизнесменам города Томска, к волонтерам, к простым жителям – неравнодушным, активным и желающим помочь. Так на просьбу центра помочь с продуктами питания и одеждой по сезону отозвались предприниматели, и теперь «Маленькая мама» получает для семей овощи и фрукты, печенье, конфеты. В центр часто привозят новую одежду, обувь, белье – как для малышек, так и для мам. Однако, чтобы содержать штат работников, работающих непосредственно с детьми, оплачивать коммунальные услуги, поддержки волонтеров, спонсоров, жертвователей недостаточно, необходимы стабильные деньги, регулярное финансирование. Фонд «Право на детство» выиграл три гранта – «Телефон доверия» (2011 г.), «Профилактика отказов от детей» (2012 г.) и «Школа Я – мама» (2013 г.).

В России проблема подростковой беременности, юного материнства и социальной незащищенности малолетних матерей является актуальной. Разработка специальных программ помощи «маленьким мамам» позволяет снизить риски, с которыми сталкиваются подростки, и уменьшает количество аборт и отказов от ребенка среди юных матерей. В связи с этим по инициативе томского Фонда «Право на детство» эти проблемы рассматривались на Пятом Сибирском форуме женщин по проблемам ранней беременности, «круглом столе» в Кризисном центре «Семья», 4-х психологических семинарах «Осознанное родительство: риски и радости», Московской конференции по социализации выпускников детских домов и др., где ставились проблемы привлечения внимания государственных органов к феномену раннего материнства и вопросам социальной помощи и социальной реабилитации, недостаточности специальных кризисных центров для оказания поддержки всем нуждающимся девушкам, острого дефицита программ оказания помощи юным беременным и матерям.

Литература:

1. Сироткина Е. С. Проблематизация несовершеннолетнего материнства в системе российской социальной работы. Автореферат диссертации на соискание.... канд. социологических наук/ Е.С. Сироткина. – Нижний Новгород, 2013. – 39 с.
2. Скутнева, С. В. Раннее материнство / С. В. Скутнева// Социологические исследования. – 2009. – № 7. – С. 114-118.
3. Энциклопедия социальных практик [Электронный ресурс] / Под редакцией Е. И. Холостовой, Г. И. Климантовой. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2012. – 660 с. – Режим доступа: <http://e.lanbook.com>

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ПРЕКЛОННОМ ВОЗРАСТЕ

Е.В. Семелёва

*Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва, г. Саранск*

Одним из методов борьбы с приближающейся старостью является здоровый образ жизни. Пропаганда здорового образа жизни в России - одно из приоритетных направлений государственной политики. Только через текущую, повседневную информацию человек получает необходимые знания, которые в той или иной степени влияют на поведение, а, следовательно, и на образ жизни человека [2, 3]. Согласно проведенным исследованиям было установлено, что в наши дни здоровье становится социальным свойством личности, обеспечивающим человеку в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, материальную обеспеченность, профессиональное долголетие и благополучную старость.

Для более тщательного изучения процесса формирования здорового образа жизни населения в преклонном возрасте средствами рекламных и PR – компаний в городе Саранск и Республике Мордовия (РФ) был проведен социологический опрос (январь - июнь 2014г.). Объем выборки составил 134 человека в возрасте 65-75 лет. Задачами исследования явились:

- 1) определение уровня информированности населения о здоровом образе жизни и степень влияния основных факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни;
- 2) выявление основных источников получения информации о здоровом образе жизни;
- 3) изучение отношения респондентов к информационно-пропагандистским средствам, оказывающих влияние на формирование здорового образа жизни.

При оценке социального положения респондентов выявлено, что 37% - являются на момент опроса «работающими пенсионерами».

В начале социологического опроса было предложено определить основные источники информации о здоровом образе жизни. Материалы исследования показали, что основными источниками о здоровом образе жизни являются телевизионные передачи – 63% («Здорово жить», «О самом главном», «Простые советы», «Будь здоров», «Вокруг света»). В качестве менее популярных источников информации о здоровом образе жизни служат периодические издания – 27%, выставки и конференции – 6%, интернет – 4%.

Также материалы нашего исследования показали, что большая часть опрошенных (96%) обращает внимание на информационно - наглядные PR-средства, расположенные в медицинских учреждениях (уголки здоровья, информационные стенды, плакаты, стенгазеты, рекламные буклеты и брошюры). Что, безусловно, может послужить рекомендацией с нашей стороны о постоянном обновлении информации данного рода в медицинских организациях и ее использование на иных предприятиях (торговых центрах, аптеках, банках и т.д.).

На вопрос о том, какая информация о здоровом образе жизни представляется актуальной, большинство респондентов выбрали ответ «рациональное питание» – 58%, так как качество, сбалансированность, разнообразие пищи и режим питания имеют ключевое значение для современного общества. Не менее актуальной оказалась информация и о видах спорта в преклонном возрасте – 36%, ведь регулярные физические упражнения играют решающую роль в поддержании здоровья пожилых людей и в замедлении процессов старения.

Потребность в получении информации о региональных программах, направленных на совершенствование здорового образа жизни, о рекомендациях по его формированию и поддержанию подтвердили 98% опрошенных. На вопрос о желательности проведения в медицинских учреждениях обучающих программ, направленных на формирование здорового образа жизни, большинство респондентов дали положительный ответ – 75%. Обращаясь к вопросу о том, какие меры нужно предпринять для того, чтобы население вело здоровый образ жизни, нужно подчеркнуть, что 68% опрошенных находят необходимость популяризовать здоровый образ жизни с помощью СМИ, 27% респондентов считают, что в первую очередь важны усилия каждого человека, наименьшее количество опрошенных (5%) полагают, что для формирования здорового образа жизни нужны государственные программы. Добавим, что на вопрос об информированности о проектах здравоохранения города Саранск и Республики Мордовия (РФ), большинство опрошиваемых (73%) ответили отрицательно, что объясняется неполнотой освещения в СМИ проблем, связанных со здоровым образом жизни, с локальным

распространением сведений на данную тему и отсутствием мониторинга эффективности используемых информационно-пропагандистских средств, направленных на формирование здорового образа жизни. По утверждению специалистов ВОЗ, здоровье на 50-55% зависит от образа жизни человека, на 20-23% — от наследственности, на 20-25% — от состояния окружающей среды (экологии) и на 8-12% — от работы национальной системы здравоохранения [1]. В ходе социологического опроса мы выявили, что информационно-пропагандистские средства играют огромную роль в формировании здорового образа жизни населения в преклонном возрасте. Наиболее востребованными источниками информации о здоровом образе жизни являются специализированные телевизионные передачи, печатные издания (газеты и журналы - специальные рубрики и тематические полосы), информационно-наглядные средства (буклеты, брошюры, стенды, плакаты и др.), обучающие программы (семинары, конференции) и выставки; посвященные вопросам охраны и укрепления здоровья, выработке мотивации бережного отношения к своему здоровью.

Литература:

1. Ахметова К.К. Как дожить до старости здоровым? /К.К. Ахметова, С.К. Койтулеуова, Г.Т. Уашева/ URL: <http://qlife.kz/2012/06/kak-dozhit-do-starosti-zdorovyim/> (дата обращения: 20.06.2012).
2. Бюттнер Д. Правила долголетия. 9 уроков о том, как жить долго и не болеть. – М. Издательство: «Манн, Иванов и Фербер», 2014.
3. Виговский В. Пути формирования здорового образа жизни /Познавательный открытый журнал. – 2013. – №8. – С. 29-31.

ПРАВО БЫТЬ ВАКЦИНИРОВАННЫМ

Е.А. Глазкова, Е.А. Титова, С.Н. Меркулова

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

В борьбе за снижение заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний иммунопрофилактика занимает приоритетное положение. Иммунопрофилактика инфекционных болезней - система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок [1]. Именно прививки во всех странах избавили человечество от страшных инфекций, унесших в свое время миллионы жизней. Цель вакцинации — создание специфической невосприимчивости к инфекционному заболеванию путем имитации естественного инфекционного процесса с благоприятным исходом.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) из 130 млн. детей, ежегодно рождающихся на земном шаре, примерно 12 млн. умирают в возрасте до 14 лет, причем 9 млн. из них – от инфекционных заболеваний. Иммунизация ежегодно предотвращает 2,5 млн. случаев смерти среди детей. Достижение 90% охвата 14 вакцинами всего детского населения мира позволило бы до 2015 г. спасти дополнительно 2 млн. детей в год. Таким образом, многие из этих случаев смерти происходят в результате болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцин [2].

В соответствии с Федеральным законом № 157 от 17.09.1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на отказ от профилактических прививок. Но следует помнить, что отказ от прививок нарушает право ребенка на жизнь и здоровье (Венская Декларация, 1993 г., Всемирная медицинская ассамблея 1998 г.) и влечет к определенным ограничениям индивидуальной свободы в интересах охраны здоровья всего населения. Согласно вышеупомянутому закону, отсутствие профилактических прививок в нашей стране влечет за собой временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий.

Однако, в настоящее время все больше родителей отказываются от вакцинации – так как считают, что любые прививки - это грубейшее вмешательство в растущий детский организм, уничтожение еще не сформировавшегося иммунитета ребенка. Мало доступны официальные источники информации о вакцинах, инфекциях, при том, что активно используется Интернет,

СМИ, популярная литература (иллюстрированные журналы, брошюры не специалистов) для формирования негативного отношения к прививкам.

Например, некий блогер Е. Климов в своей статье пишет: «Хотя в нашей стране отказ от прививок означает многочисленные проблемы с устройством детей в садик и школу, ради сохранения здоровья детей люди готовы с ними столкнуться. Именно боязнь трудностей заставляет остальных соглашаться на прививки своим детям, а еще – отсутствие знаний о вреде прививок, нежелание узнать правду о них. Им спокойнее думать, что прививка защитит их ребенка [3]. Далее он продолжает поражать воображение «глубокими знаниями» истории медицины: «пандемия оспы в 1871 году доказывает неэффективность вакцинации - по всему миру умирает 8 миллионов человек, и почти 98 процентов из них были привиты. Наконец, оспа практически исчезает с лица земли к 1925 году, но не благодаря вакцинации, а улучшению санитарных условий жизни».

На основании такой «достоверной» информации формируется общественное мнение. Поэтому, особенно важно понимать всю ответственность, которая ложится на медицинских работников, отвечающих за реализацию профилактических противоэпидемических мероприятий и не только в нашей стране, но и во всём мире. Огромная роль в деятельности по предупреждению инфекций, управляемых средствами специфической профилактики принадлежит медицинским работникам среднего звена.

Слушателями отдела дополнительного профессионального образования Томского базового медицинского колледжа по специальности «Сестринское дело в педиатрии» был проведён опрос 72 человек (родителей) с целью выявить степень их информированности о вакцинации и причинах отказа от прививок (если таковые имеются). Вопросы к анкете составили сами слушатели.

Каковы же результаты данного анкетирования? При ответе на вопрос, «Из каких источников вы получаете информацию о профилактических прививках?», 48 опрошенных назвали поликлинику, 24 – СМИ, интернет и другие источники. Что касается доверия информации, получаемой от медицинских работников, то лишь 20 чел. полностью ей доверяют, 46 - сомневаются в достоверности и 6 чел. не верят вообще.

Из опрошенных – 58 чел. регулярно делают прививки сами и ставят их детям, а 14 чел. отказались от вакцинации. Даже соглашаясь на прививку, 32 чел. опрошенных опасаются за последствия.

21 чел. при появлении необычной реакции на прививку сразу бы вызвали скорую помощь. Однако 32 человека сказали, что постараются проконсультироваться по этому вопросу заранее у участкового врача или медицинской сестры. Одни говорят, что не могут отличить нормальную реакцию от необычной, другие наоборот, считают, что всё знают о реакциях и осложнениях. Тем не менее, 64 чел. из опрошенных уверены, что прививать можно только абсолютно здоровых детей, а 22 чел. - что часто болеющих детей прививать вообще нельзя.

При ответе на вопрос «Знаете ли Вы, что во многие страны въезд запрещен, если человек не привит и Вы лишитесь возможности выехать вместе с ребенком за границу», 36 чел. ответили либо «нет», либо «что-то об этом слышали».

При анкетировании выяснилось, что многие родители не имеют представления о большинстве прививок, входящих в национальный календарь. Например, про такие прививки, как АКДС и полиомиелит люди либо вообще ничего не слышали, либо кое-что (60 чел. опрошенных). Не удивительно, что если их ребёнку предложат поставить данные прививки, то родители откажутся от вакцинации – именно так решили 24 человека опрошенных.

До сих пор некоторые люди путают диагностический тест Манту с прививкой (так считают 4 чел). 12 чел. воздерживаются от постановки Манту своим детям, а это 16,5% опрошенных. 20 чел. считают, что проводить пробы Манту ежегодно не обязательно.

Особенно поразили некоторые ответы на вопрос «Почему Вы отказываетесь от вакцинации?»:

- «Мне мои родители ничего не ставили, и я своим детям не буду» – 2 чел.
- «Боюсь за здоровье ребёнка» – 22 чел.
- «Просто не хочу» – 4 чел.

Интересным является тот факт, что в начале опроса только 14 чел. сказали, что они отказываются от вакцинации своих детей. Тем не менее, на последний вопрос ответили 28 чел. По результатам проведённого исследования можно сделать вывод, что люди

непостоянны в своём мнении, они мало информированы (о чём говорит страх перед вакцинацией), им необходима объективная, достоверная и обоснованная информация об иммунопрофилактике инфекционных болезней. Именно поэтому, значительные усилия наших медицинских сестёр, фельдшеров, акушеров направлены на обучение и информирование граждан в данной области, а также на ликвидацию мифов и заблуждений, касающихся вакцинации. Для этого сами медицинские работники должны постоянно повышать уровень своей профессиональной компетентности, обучаясь на циклах повышения квалификации и занимаясь самообразованием.

В статье «Организационные моменты вакцинопрофилактики», размещённой на сайте Европейского центра вакцинации, опубликованы результаты социологического опроса, который был проведён для того, чтобы понять мотивы отказов или недоверия к вакцинам (некоторые из них перекликают с результатами нашего опроса):

- Имеются другие способы защиты от инфекций;
- Вакцины «убивают иммунитет», ребенок защищен естественным «своим» иммунитетом;
- Инфекций мало, они не очень опасны
- Лучше переболеть;
- «В нашей семье никто не привит и никто не болел этими инфекциями, от которых делают прививки»;
- Вакцины вызывают осложнения чаще, чем люди болеют инфекциями;
- Недоверие к официальной медицине («прививки делают для плана, для детского сада, они нужны врачам, а не детям»);
- «После прививок у моего ребенка аллергия, или неврологическое заболевание, или он стал болеть»;
- Религиозные (идеологические) взгляды.

Пока в мире существуют инфекции, есть риск заражения, поэтому нужно прививать всех детей, особенно ослабленных и с хроническими заболеваниями, т.к. они болеют тяжелее, у них чаще развиваются осложнения инфекции. Для достижения прогресса в данном направлении, необходимы партнерские отношения между врачом и родителями. Часто они стоят на разных позициях по поводу вакцинации ребенка и не могут найти взаимопонимания из-за несоблюдения основных принципов общения: взаимоуважения, сотрудничества, признание автономии личности и др.

Следует помнить, что только активное взаимодействие специалиста с родителями позволяет сформировать позитивное отношение к прививкам, только полноценная информация обеспечивает понимание, согласие и осознание необходимости вакцинации.

Сами родители (опекуны) должны помнить, что не только они имеют право на отказ от вакцинации своего ребёнка, но и ребёнок тоже имеет своё право – и это право быть вакцинированным. [4]

Литература:

1. Федеральный закон РФ от 17.09.98 г. 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека"
2. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по ТО [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://70.rospotrebnadzor.ru>, свободный
3. Климов Е. Отказ от прививок - прививки за и против [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://my.mail.ru/community/nv-nz/1E7090F21AC906D8.html>, свободный (дата обращения 08.09.2014)
4. Европейский центр вакцинации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://privivka.spb.ru>, свободный
5. Федеральный закон РФ от 30.03.99 г. 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ РУК

А.В. Кальченко

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Практическое направление современного здравоохранения всех стран определено обеспечением безопасности и пациентов и медицинских работников на всех этапах лечебно – диагностического процесса. Неотъемлемой частью безопасной медицинской услуги является гигиена рук медицинского персонала.

Национальная концепция профилактики болезней, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011) определяет соблюдение требований по обработке рук медицинского персонала как один из основных принципов гигиены, способствующий эффективной профилактике ВБИ в лечебно-профилактических организациях. Обязательные требования по обработке рук медицинских работников содержатся в п. 12 гл. 1 санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность [1].

Несмотря на то, что гигиена рук - это ежедневная и простая процедура, регламентированная нормативными документами и обозначенная приоритетным звеном профилактики ВБИ, все-таки, многие аспекты остаются неразрешенными.

Прежде всего, большинство медицинских работников не принимают важность и необходимость единой унифицированной методики обработки рук. Такую позицию медицинских сестер и врачей определили следующие факторы:

1. Дефицит кадров. Тяжелые условия труда, невысокая заработная плата, «социальное» неуважение к профессии привело к дефициту специалистов, прежде всего, профессионально – ориентированных на современную безопасную медицинскую услугу.
2. Переполнение медицинских учреждений пациентами. Соотношение медицинских работников и пациентов не соответствует нормативам, тем самым, увеличивая нагрузку на медицинский персонал.
3. Раздражение кожи средствами для гигиены рук. В ЛПУ часто не хватает подходящих средств по обработке рук медицинского персонала. Также не учитывается совместимость средства с кожей рук, предпочтение персонала в отношении удобства, запаха, состава, консистенции и др. Отсутствие индивидуализации выбора средств по обработке рук медицинского персонала способствует низкому проценту их использования в практической деятельности, тем самым, увеличивая риски внутрибольничного инфицирования.
4. Слабое развитие программ по обучению медицинских работников гигиене рук. Актуальность проблем профессиональной обработки рук, часто, является второстепенной. Поэтому, к сожалению, обучение медицинских работников гигиене рук не является приоритетным во многих ЛПУ. Кроме того, теоритическое обучение не имеет результативности без внедрения полученных знаний в практическую деятельность.
5. Слабая осведомленность медицинского персонала. Отсутствие знаний существующих рекомендаций по профессиональной гигиене рук, недостаточное распознавание в процессе ухода за больными ситуаций, требующих обработки рук, а также отсутствие осведомленности о риске перекрестной контаминации микроорганизмами в ЛПУ – все это является серьезным барьером для соблюдения медицинским персоналом гигиены рук. [2]
6. Недостаточное финансирование данной сферы деятельности. Неквалифицированное оснащение рабочего процесса становится серьезной проблемой при обеспечении безопасности как пациентов, так и медицинского персонала. Только профессионально созданная материально – техническая база является мощным мотивационным звеном для обработки рук. Поэтому, без профессионального жидкого мыла, одноразового полотенца, безопасного кожного антисептика, находящегося в свободном доступе, и средства для ухода за кожными покровами говорить о профилактики нозокомиальных инфекций бессмысленно.

7. Не желание совершенствоваться и переходить на новые современные стандарты. Профессиональное выгорание специалистов приводит к механическому и непрофессиональному выполнению должностных обязанностей. Весомый процент медицинских работников «не хотят» принимать и выполнять современные аспекты инфекционной безопасности.

Реализация приоритетных проектов в области здравоохранения предусматривает совершенствование качества медицинской помощи. Качественная медицинская помощь определена, прежде всего, ее безопасностью. Поэтому, решение проблем, препятствующих профессиональной обработке рук медицинского персонала должно стать одним из основных этапов совершенствования качества медицинской помощи. Создание современной материально – технической площадки для обработки рук в ЛПУ, а также профессионально организованного практического обучения медицинского персонала уменьшит риск внутрибольничных инфекций и повысит мотивацию медицинского работника к обработке рук.

Литература:

1. Личная гигиена медицинского персонала [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.forum-media.ru/upload/iblock/7ff/603105_oktyabr_2012_razdel_4-5_str_1-7.pdf свободный
2. Применение современных кожных антисептиков и гигиенических средств - эффективная мера профилактики внутрибольничных инфекций./ М.К. Карабаев, О.М. Хильченко, Т.В. Романова. – М.
3. СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
4. «Комплексное обеспечение процесса гигиены рук медицинских работников». Л.И. Бородинский, Е.К. Иванова, ООО «Лизоформ – СПб», г. Санкт – Петербург.
5. Гигиена рук и использование перчаток в ЛПУ. / Под ред. акад.РАЕН Л.П. Зуевой – СПб., 2006.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ПРИМЕРЕ ОГБОУ «ТОМСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

В.Я. Плещинская, О.Н. Егорова

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

Сестринское дело в условиях продолжающегося реформирования отечественного здравоохранения является важнейшей частью происходящих перемен с активным участием в этом движении многомиллионной армии медицинских сестер, располагающей значительными потенциальными возможностями для оказания доступной и качественной медицинской помощи пациентам.

Опыт всего мира показывает, что реальные реформы в здравоохранении начинаются с реформы сестринского дела и уже не могут базироваться на старой патриархальной модели, отводящей медицинской сестре роль исполнителя. Требуется не только совершенствование клинической сестринской подготовки, но и эффективного развития всего сестринского дела в практическом здравоохранении.

Реформирование сестринского дела должно быть достигнуто путем внедрения системы качества образовательных услуг, совершенствованием профессиональной деятельности педагогического состава, с учетом требований ФГОС нового поколения.

Профессиональная деятельность медсестры не должна ограничиваться выполнением ежедневных манипуляций на рабочем месте. В жизни профессионала должно быть место и самообразованию, и защите своих профессиональных и трудовых прав, а также активному участию в деятельности всей службы в целом.

Роль сестринского персонала в системе здравоохранения России должна быть повышена в связи с необходимостью укрепления здоровья и воспитания населения, совершенствования оказания медицинской помощи. Перспективы развития здравоохранения РФ с учетом намеченных преобразований в отрасли, особенно в реализации национального проекта «Здоровье», в значительной мере будет зависеть от профессионального уровня и качества подготовки кадров, как с младшим, так и средним медицинским образованием, использования

новых педагогических технологий, акцента на активность слушателей (студентов) и специалистов во время учёбы и трудовой деятельности.

Государственная программа развития сестринского дела в России отводит определенную роль медицинской сестры в современных условиях, условиях реформирования системы здравоохранения. Медицинская сестра рассматривается как творческая личность, умеющая систематизировать, индивидуализировать и планировать уход за больным; как активный член лечебной бригады, способный грамотно и самостоятельно оказывать помощь пациентам, используя современные модели технологий сестринского процесса.

Обеспеченность средним медперсоналом в Томской области составила в 2013 году 97,7 на 10 тыс. населения, что ниже федерального норматива (114,3 на 10 тыс. населения) на 14,5%. Наиболее низкая обеспеченность средними медицинскими работниками наблюдается в г. Томске (43,9), Шегарском районе (64,0) и Томском районе (64,4).

Коэффициент совместительства средним медперсоналом в Томской области в 2013 году не изменился в сравнении с 2012 годом и составил 1,3.

Процент укомплектованности средним медицинским персоналом в 2013 году в Томской области незначительно увеличился в сравнении с 2012 годом и составил 65,9%. Наиболее низкий процент укомплектованности наблюдается в г. Томске (53,9%) и Томском районе (69,3%) [1].

На уровне Министерства здравоохранения разработана программа реализации кадровой политики до 2020 г в отношении среднего медперсонала, предполагающая осуществить наиболее важные мероприятия, касающиеся приведения численности и структуры медицинских кадров в соответствие с объемами деятельности персонала и перспективными задачами. Речь идет об устранении дублирования функций, которое до сих пор имеет место быть в системе лечебно-профилактической помощи, особенно это выражено при оказании стационарной помощи, что, в первую очередь, обусловлено дефицитом кадров младшего сестринского персонала. Необходимо четкое распределение этих функций между профессиональными группами (врачи и сестринский персонал, медицинские сестры и младшие медицинские сестры).

Томский базовый медицинский колледж стал участником целевой подготовки среднего медицинского персонала для муниципальных учреждений здравоохранения Томской области используя технологии дистанционного обучения. К 2017 году планируется охватить 18 муниципальных образований. В условиях города реализуются проекты обучения младших медицинских сестер через сотрудничество с Томской Епархией РПЦ и «ОПЦ».

Сотрудничество с потенциальными работодателями при мотивационной поддержке преподавательского состава позволяет достичь достаточно высоких показателей трудоустройства выпускников колледжа, обучающихся за счет средств бюджета Томской области, данный показатель в 2013 году составил 97% от всего числа выпускников.

В Томской области в 2013 году, коэффициент аттестации среднего медицинского персонала снизился на 3,9%. Снижение отмечается во всех муниципальных образованиях области. Наиболее низкие показатели аттестации в Тегульдетском и Парабельских районах. Наибольший коэффициент аттестации у среднего медицинского персонала в Кожевниковском районе -65,5% [1].

Коэффициент сертификации среднего медицинского персонала в целом по Томской области незначительно (на 0,2%) снизился по сравнению с 2012 годом.

В настоящее время, стабильно функционирующая система последипломной подготовки специалистов среднего звена на базе отдела дополнительного профессионального образования ОГБОУ «ТБМК», способствует ежегодному повышению квалификации около 2800 тысяч специалистов различного профиля для ЛПУ г. Томска и области. Однако, требования современных реалий диктуют необходимость не просто усовершенствования медицинскими работниками своих профессиональных компетенций раз в пять лет, а развития системы непрерывного медицинского образования.

С каждым годом совершенствуется система последипломной подготовки специалистов среднего медсестринского образования, внедряются новые формы и методы обучения, обновляется материально-техническая база.

Именно сестринский персонал является одним из основных кадровых ресурсов здравоохранения, ведь деятельность специалистов многообразна: от участия в

высокотехнологических медицинских вмешательствах до оказания услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Литература:

1. Здоровье Томской области в 2013 г: Статистический сборник. - Томск: ОГБУЗ «Бюро медицинской статистики», 2014. -70 с.

СИСТЕМА ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В.Я. Плещинская, О.А. Филатова

ОГБОУ «Томский базовый медицинский колледж», г. Томск

С педагогической точки зрения половое воспитание определяется как особая часть нравственного воспитания, специфическим предметом которого является воспитание отношений человека одного пола к другому и связанных с этим навыков поведения и самоконтроля. В России образовательную деятельность регламентируют Федеральный закон «Об образовании в РФ» № 273 от 29 декабря 2012 года и Федеральные государственные образовательные стандарты общего образования (ФГОС ОО). В настоящее время названными документами не предусмотрен никакой учебный предмет, касающийся вопросов полового воспитания, ни в качестве основной учебной дисциплины, ни в качестве дополнительной. С другой стороны, согласно Закону № 273-ФЗ п. 4 ст.75, каждое общеобразовательное учреждение вправе самостоятельно выбирать дополнительные общеобразовательные программы, а родители вправе заранее получить от образовательного учреждения информацию о дополнительных предметах и методиках преподавания и отказаться в случае несогласия от общеобразовательного учреждения. [1]

Задачи полового воспитания: способствовать гармоничному развитию подрастающего поколения, формирование полноценного полового поведения, содействовать укреплению физиологических и нравственных основ брака и семьи. Существующие Центры планирования семьи ориентируются только на старший подростковый возраст и ставят своей задачей предупреждение нежелательной беременности, следовательно, рождения нежелательного ребёнка. Поэтому в сознании подростка закрепляется искаженная система ценностей. Сложность реализации полового воспитания на сегодняшний день вызвана тем, что, с одной стороны, разделены педагогический и медицинский подходы, с другой стороны, низкий уровень готовности общества, родителей и школы к ее решению. Одно, соответственно, вытекает из другого. Наиболее проблемными являются вопросы, связанные с определением: возраста, в котором необходимо начинать сексуальное просвещение; границ допустимого и необходимого; ответственных за реализацию полового воспитания. Недостаточная осведомленность педагогов и родителей в вопросах как полового воспитания в целом, так и полового (сексуального) просвещения в частности, влечёт за собой стремительный рост числа детей, рожденных вне брака; увеличение числа аборт, особенно у первородящих; наличие уголовных преступлений на сексуальной почве; задержку формирования ориентации на выполнение социальной роли отца или матери.

Современная постановка вопроса и разработка программы полового воспитания обусловлена тем, что отсутствует дифференцированный подход к детям в соответствии с их возрастом и половой принадлежностью. Присутствует факт неконтролируемого выпуска литературы, некомпетентное использование которой может привести к неправильному истолкованию ряда факторов и выработке у несовершеннолетних неправильного, нездорового отношения к той или иной информации. Само качество информации также оставляет желать лучшего. Развитие компьютеризации, увеличение доступа подростков в глобальную сеть – Интернет и отсутствие ответственности взрослых за качество информации, размещаемой в сети, разрушает традиционное отношение к половой культуре и принципам здоровья. На основании Федерального Закона №436-ФЗ от 29.10.2010 «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и Указа Президента РФ от 1 июня 2012 года N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" определены меры, которые направлены на обеспечение информационной безопасности детства [2].

Как указывают Д.Н. Исаев и В.Е. Каган, "половое воспитание является неотъемлемой частью нравственного воспитания и связано с рядом педагогических и специальных медицинских проблем. Все, что воспитывает целостную личность, способную осознать социальные и нравственные нормы, свои психологические и физиологические особенности и благодаря этому устанавливать отношения с людьми своего и противоположного пола, определяет цели полового воспитания" [3]. В структуру полового воспитания должны быть включены такие составляющие, как медицинская деятельность, информационно-просветительская работа (медицинское и социальное просвещение), повышение правовой грамотности и культуры населения (рис. 1).



Рис. 1. Структура полового воспитания

Информационно-просветительская работа с подростками, по мнению В.В. Маркова [4] должна быть направлена на формирование у подростков представлений:

- 1) о биологических аспектах репродукции
- 2) о сексуальных отношениях, о семейных парах, о разводе, разлуке, смерти
- 3) о преимуществах и недостатках методов планирования семьи
- 4) о методах контрацепции и правильном использовании выбранного метода
- 5) о девиантном поведении, которое может быть направлено на самих подростков
- 6) об умении обсуждать спорные вопросы в паре
- 7) об основах брачного законодательства
- 8) о службах, где они могут получить помощь, консультацию

Помощь семье в данном направлении должны оказывать специалисты: педагоги, психологи, медицинские работники, социальные педагоги, социальные работники. А вот вопросы повышения информированности подростков по вопросам пола, следует рассматривать в контексте повышения общей культуры и правовой грамотности. В новых условиях функционирования государства задача учебных заведений состоит в формировании у подростков правовой культуры, чтобы они были достойными гражданами страны, понимали свою роль, возможности и ответственность в обществе, знали свои права и обязанности, приобрели знания и навыки, необходимые для своей профессиональной деятельности. С целью изучения информированности взрослого населения Томской области по вопросам полового воспитания школьников, было проведено анкетирование 46 респондентов-родителей. Анкетирование родителей осуществлялось на базе Томского областного института повышения квалификации и переподготовки работников образования. Большая часть респондентов-родителей – женщины (93%), мужчины (17%). Возраст респондентов – родителей (82%) от 30 до 50 лет, 67% имеют высшее образование и соотносят себя с категорией служащие – 65%. Удельный вес респондентов-родителей проживающих в городе составил 83%, свой уровень дохода, как средний отметили большинство (89%). Примерно одинаковое соотношение респондентов-родителей имеют одного или двух детей, соответственно (55% и 41%), остальные

имеют больше число детей. Средний показатель количества детей составил полтора ребенка на одну семью, что является отражением установки, сложившейся в обществе. У современных родителей средний показатель идеального числа детей составляет 2, а средний показатель ожидаемого числа детей равен 1,8.

По мнению респондентов-родителей, зависимость уровня нравственности молодежи от качества полового воспитания достаточно высока (почти 100%). Большая часть - 65% респондентов-родителей считают, что половым воспитанием ребенка должны заниматься все субъекты воспитательного процесса (семья, школа, специалисты), 25% видят свою ведущую роль, лишь 10% ведущую роль отводят специалистам.

При создании и реализации программ полового воспитания детей важно учитывать и акцентировать внимание родителей на том, что только они являются фундаментом всего процесса воспитания и полового в частности. Остальные субъекты должны выступать только в роли помощников и консультантов. Опрос респондентов-родителей по вопросам полового воспитания показал, что значительная часть (39%) свои знания в вопросах полового просвещения получила от друзей или сверстников, (22%) из научно-популярной литературы, от родителей (16%), из специальной литературы (11%). Наименьшее число респондентов-родителей свои знания почерпнули на уроках по вопросам полового воспитания в школе и из интернета в равных долях по 6%.

Из-за того, что родители плохо ориентируются в понятиях «воспитание» и «просвещение», возникают трудности с определением возраста начала полового воспитания ребенка. Только третья часть респондентов-родителей (33%) осознает, что половое воспитание необходимо начинать с рождения ребенка. Большая часть опрошенных респондентов-родителей отметили необходимость в создании и внедрению в образовательный процесс программ по половому воспитанию детей, но 63% хотели бы получать помощь по этому вопросу только у специалистов в школе; 15% - из других источников, остальные не считают нужным получать знания.

На основании результатов исследования, предложено:

1) Создание единого информационно-образовательного пространства, то есть системы, где будут четко обозначены цели и задачи полового воспитания, зона ответственности каждого субъекта образовательного процесса и критерии оценки результатов деятельности

2) Определение координатора сетевого взаимодействия структур, относящихся к разным ведомствам. Исходя из анализа организаций, для выполнения этой функции в большей степени подходит ОГБУЗ «Центр медицинской профилактики» сразу по нескольким критериям

3) Реализация программы «Родительский клуб», разработанной нами и одобренной кафедрой сопровождения инноваций Томского Областного Института повышения квалификации и переподготовки работников образования.

Литература:

1. Федеральный закон №273-ФЗ от 29.12.2012 (ред. от 23.07.2013)//Федеральный закон об образовании в Российской Федерации.-2012
2. Федеральный закон №436-ФЗ от 29.10.2010 (ред. от 02.07.2013)// Федеральный закон о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию. - 2010
3. Каган В.Е. Половое воспитание и психология пола у детей/ В.Е.Каган, Д.Н.Исаев. – Л.: Медицина, 2009. – 172 с.
4. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней./ В.В.Марков. – М.: Академия, 2001.- 319 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ К НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.В. Шабаловская

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Стратегический курс России на инновационное развитие предполагает и производство инновационных продуктов, и наличие тех людей, которые способны осуществлять инновационную деятельность. Акцент активности в общественной жизни, в том числе и научных исследованиях, был ориентирован на различные аспекты инноваций в сфере

экономики, как наиболее определяющего показателя развития потенциала страны, и в меньшей степени эта активность затрагивала социальную сферу. Частным свидетельством тому является тот факт, что Сибирский государственный медицинский университет (г. Томск) был единственным медицинским вузом, который принял участие в конкурсе на получение статуса национального исследовательского университета и разработал одобренную правительством РФ технологическую платформу «Медицина Будущего». О важности развития инновационных инициатив в социальной сфере, в здравоохранении говорится в посланиях и указах Президента РФ и постановлениях правительства РФ [1, с.2]. В связи с этим возникает исследовательский интерес к изучению тех содержательных изменений в сознании студентов и молодых ученых медицинских специальностей, которые детерминируют их научную и профессиональную активность, соответствующую актуальным задачам инновационного развития России. Необходимо выделение и исследование показателей психологической готовности студентов к научно-исследовательской деятельности с целью прогнозирования ее успешности и создания психолого-образовательных условий сопровождения процесса ее становления в вузе [2].

Психологическую готовность понимают как сложное комплексное психическое образование, как сплав функциональных, операциональных и личностных компонентов, имеющий динамичную структуру с функциональными зависимостями [3, 4], как целостное системное личностное образование, проявляющееся как качество личности и обеспечивающее целенаправленное развитие и изменение личности для эффективного выполнения будущей профессиональной научной деятельности [5, 6].

Психологическая готовность проявляется как на личностном уровне, представляющим ценностно-смысловые и мотивационные ресурсы, задающие пространство и способы самореализации, так и на практическом уровне, проявляющим возможности осуществления научно-исследовательской деятельности.

В настоящем исследовании принимали участие интерны (50 человек) и аспиранты (40 человек) Сибирского государственного медицинского университета.

Профессиональные цели в образе будущего у молодых ученых изучались с помощью анкетирования. В качестве главной цели большинство респондентов отмечают, что хотели бы быть «высококвалифицированным специалистом», «реорганизовать систему здравоохранения», «сделать медицинскую помощь в России общедоступной, быстрой, бесплатной, высококвалифицированной, эффективной», иметь «любимую работу» и «собственный бизнес в сфере медицины». В качестве определенных возможностей для достижения целей большинство аспирантов отмечают «наличие новых знаний», «чтение специальной литературы», «научная деятельность», «обучаемость» и «целеустремленность». В качестве дефицитов для успешной реализации научно-исследовательской и практической деятельности респонденты отмечают «нехватку знаний и опыта», «отсутствие необходимого оборудования», «отсутствие самодисциплины и уверенности».

Особенности ценностно-смысловых ориентаций начинающих ученых, определяющих пространство их самореализации, изучались по методике «Ценностные ориентации» М.Рокича. Из предложенных ценностей самыми важными и значимыми для молодых ученых являются «Активная деятельная жизнь», «Здоровье», «Счастливая семейная жизнь», «Уверенность в себе», «Любовь». Наименее значимыми среди терминальных ценностей являются «Развлечения», «Красота природы и искусства», «Общественное признание». В отношении инструментальных ценностей в группе респондентов наиболее значимыми являются «Ответственность», «Исполнительность», «Эффективность в делах», «Рационализм», «Честность». К наименее значимым и важным инструментальным ценностям относятся «Терпимость», «Широта взглядов», «Воспитанность». Полученные результаты свидетельствуют о том, что у респондентов значимыми являются как ценности личностного характера, так и профессиональной самореализации, проявляющиеся в активной научной деятельности, в ответственном отношении к делу, дисциплинированности, принятию рациональных решений.

Для исследования выраженности компонентов саморегуляции у начинающих исследователей был использован опросник В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения». Данная методика позволяет оценить следующие компоненты саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, рефлексивность, гибкость, самостоятельность. Оценка выраженности компонентов саморегуляции показала, что у 50% респондентов наблюдается высокий уровень планирования, 55,6% респондентов имеют

высокий уровень оценивания результатов. В то же время небольшой процент обладает высокой гибкостью, у многих она выражена на среднем и низком уровнях. У большинства респондентов показатели моделирования, программирования, самостоятельности имеют средний уровень выраженности. В группе респондентов доминирует средний и высокий уровни показателя общей саморегуляции [7].

Высокий уровень планирования у многих респондентов свидетельствует о развитости у них способности долгосрочного программирования собственных действий, о сформированности потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей, о возможности детализированности и развернутости разрабатываемых ими программ и их коррекции при несоответствии полученных результатов целям. У многих начинающих исследователей отмечается высокая способность к оцениванию результатов деятельности, что говорит о хорошо развитой способности и адекватности оценки испытываемыми себя и результатов своей деятельности и поведения, сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов. Выявленный у остальной части респондентов средний уровень показателей саморегуляции может свидетельствовать, с одной стороны, об их невостребованности в условиях организации научно-исследовательской деятельности, с другой - о наличии у данных респондентов потенциальных возможностей к их актуализации, что требует пересмотра организации работы с аспирантами в образовательных и исследовательских условиях вуза, проектирования научно-исследовательской деятельности начинающих ученых таким образом, чтобы данные потенциальные возможности саморегуляции могли активно реализовываться аспирантами в научном поиске при создании научного продукта. Выявленный у многих аспирантов низкий уровень гибкости может указывать на то, что в динамичной, быстро меняющейся обстановке испытываемые не всегда могут чувствовать себя уверенно, могут испытывать трудности с переключением на другую позицию, варьировать различными точками зрения. Возможно, некоторая ригидизация у аспирантов наблюдается в связи с приверженностью к определенной методологии, научной школе, в рамках которой разрабатывается научная проблема, трудностями ориентации в большом объеме научного знания, отсутствием их системного видения. Тенденция ригидизации начинающих ученых может стать препятствием для самостоятельного научного творчества, для открытости тем изменениям, которые происходят в обществе и науке, на основании которых идет развитие научного знания и средств познания [7].

Таким образом можно отметить, что молодые ученые, осуществляющие исследовательскую деятельность в области здравоохранения, направлены на реализацию своих профессиональных интересов, проявляют ответственное отношение к делу, активны в принятии рациональных решений. Начинаящие исследователи имеют высокий уровень саморегуляции, особенно более выражены в их профиле саморегуляции такие, необходимые для научно-исследовательской деятельности, компоненты, как планирование и программирование. Более эффективная саморегуляция может являться как результатом личностно-профессионального развития в вузе, так и указывать на то, что интерны и аспиранты обладают возможностями саморегуляции, которые при условии их актуализации в процессе образования будут определять успешность их научно-исследовательской деятельности.

Литература:

1. Основы политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (проект документа) // газета «Поиск» № 31-32 (2011). С. 2.
2. Бохан Т.Г., Алексеева Л.Ф., Шабаловская М.В., Морева С.А. Ресурсы и дефициты психологической готовности к научно-исследовательской деятельности [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. - 2014. - №2. – С. 198–208. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/2/Bohan_et_al.phtml.
3. Деркач А.А. Акмеологические основы развития профессионала. - М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж НПО «МОДЭК», 2004. - 752 с.
4. Шадриков В. Д. Психология деятельности и способности человека. М.: «Логос», 1996. - 320 с.
5. Кучерявенко И.А. Проблема психологической готовности к профессиональной деятельности // Молодой ученый. - 2011. - № 12. - Т. 2. - С. 60-62.

6. Шипилова Е.В. Формирование психологической готовности студентов-психологов к профессиональной деятельности: дисс... канд. психол. наук. - М., 2007. - 226 с.
7. Бохан Т.Г., Алексеева Л.Ф., Шабаловская М.В., Морева С.А., Кузнецова Т.М. Показатели психологической готовности к научно-исследовательской деятельности в профиле саморегуляции начинающих ученых // Известия вузов. Серия «Гуманитарные науки». – 2013. - № 4 (4). - С. 316-320.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Т.А. Михайлова

Кубанский государственный университет, г. Краснодар

Люди, чья жизнь была отдана профессиональному спорту, да и спорту вообще, хоть на какое-то время, редко жалеют об этом. Причина этому – особая, ни с чем несравнимая атмосфера, царящая в спорте. Вот почему, огромное количество людей по всей планете, всегда с нетерпением желают увидеть «своих любимых» спортсменов, а так же стать на мгновение участником этого спортивного зрелища. К сожалению, как и любой работе, в спортивной профессиональной деятельности, существуют факторы, влияющие здоровье спортсменов.

На основе проведенного социологического исследования 2010 – 2013 гг., посвященного изучению профессионального спорта, хотелось бы выделить факторы, которые могут повлиять на психическое здоровье спортсменов:

1. Умение адаптироваться в новом для себя спортивном коллективе (команде).
2. Умение наладить контакт с коллегами по работе, тренером и т.д.
3. Принятие или нет правил, традиций команды, за которую выступает спортсмен.
4. Личностные социобиологические особенности спортсмена.
5. Профессия профессионального спортсмена предполагает «периодически менять место работы», что требует изменение уже привычного распорядка дня.
6. Успешная самореализация на работе.
7. Отсутствие постоянных контактов с родными людьми.
8. Особенностью профессионального спорта является «открывая жизнь», т.е. спортсмену необходимо постоянно «держат себя в руках», что так же не лучшим образом может сказаться на его здоровье.
9. Физические травмы (ушибы, травмы, растяжения) или боязнь потери должной физической формы, может вызвать у спортсмена страх потери работы.
10. Характерной чертой данной профессии является ранний «выход на пенсию», в отличие от других профессий, и страх неизвестности дальнейшей жизни спортсмена «после спорта».

В заключение хотелось бы отметить, что вышеперечисленные факторы, не являются универсальными для всех спортсменов, так как личность каждого уникальна и специфична.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1

ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	3
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ТЕХНИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ	
Колесникова Е.А., Махмутходжаев А.Ш., Рипп Е.Г.....	3
ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУДОВЫХ ПРОЦЕССОВ И ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ПРИ НОРМИРОВАНИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	
Крепак Е.П.....	5
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА - ВЗГЛЯД ПОТРЕБИТЕЛЯ	
Турица А.А., Сморгжаник Е.Ю.....	10
ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	
Ушаков В.К., Цуканова Н.В.....	11
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Бакеренко М.Е.....	13
ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ – ТРЕБОВАНИЕ ФГОС	
Бобина О.С.....	15
НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАЦИОННОЙ ОТКРЫТОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ	
Боровский И.В., Ерошенко Т.Л.....	19
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Васильева Е.А.....	21
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА	
Горбунова Л.Н.....	24
МЕХАНИЗМ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В СООТВЕТСТВИИ С MS ISO 9001:2008	
Данилина Н.В.....	26
МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НОВОСИБИРСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	
Домахина С.В., Марченко С.В., Кононова В.Н.....	28
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЁМОВ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИТИЯ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА»	
Лебедева И.Ю.....	31
ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ЦЕНТРА СОДЕЙСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ВЫПУСКНИКОВ БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	
Моисеенко Н.В., Тараскина Г.М.....	34

ОПЫТ РУКОВОДСТВА ДИПЛОМНЫМИ РАБОТАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	
Овчинникова И.П.....	37
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ КАК АСПЕКТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Печникова Ю.С.....	39
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОСОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА НА ЗАНЯТИЯХ ПСИХОЛОГИЕЙ	
Раева О.Б.....	42
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ	
Скопич Е.В.....	45
РОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ В РАМКАХ ДОДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ»	
Суздалева Н.Л.....	47
СТРАТЕГИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАДРАМИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА)	
Хисамутдинова З.А.....	49
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Кнни Ю.А., Хисамутдинова З.А.....	52
КОМПЛЕКСНЫЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ КАК СРЕДСТВО УПРАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЕМ	
Чернакова О.П.....	55
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА С УЧЁТОМ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЗАКАЗЧИКА	
Глазкова Е.А., Таткина Е.Г., Литвинова Л.В.....	57
ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ОГБОУ «ТОМСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	
Дудченко Т.Ю., Лебедева И.Ю.	59
ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ПО ХИМИИ	
Зайцева Ю.Ю.	61
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Зеленин С.Ф.....	63
ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ПО ТЕХНОЛОГИИ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ	
Каралова И.В., Шмиголь Э.З.....	64
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЛОВЫХ ИГР НА ЗАНЯТИЯХ ПО ХИРУРГИИ	
Ковалевская Т.Р.....	66
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ФАКТОР ДИФФУЗИИ ИННОВАЦИЙ	
Куровский В.Н., Пяткина Г.Н.....	68
ОРГАНИЗАЦИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ТОМСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	
Мамонтова М.Ю.....	71
О ПЕДАГОГИЧЕСКОМ АРТИСТИЧЕСКОМ МАСТЕРСТВЕ	
Николаева Н.Р.	73
ЛЕКЦИЯ ВДВОЁМ – ПОПУЛЯРНЫЙ МЕТОД ИСПОЛНЕНИЯ АКТИВНЫХ ЛЕКЦИЙ.	
Николаева Н.Р.....	74

ИЗМЕРЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ: ПОИСК КРИТЕРИЕВ УДОВЛЕТВОЕРННОСТИ	
Пашахин С.В.....	76
ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД КАК УСЛОВИЕ ПОДГОТОВКИ КОМПЕТЕНТНОГО СПЕЦИАЛИСТА	
Повх И.В.....	78
МОДЕЛИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ: АНАЛИЗ ИСХОДНЫХ ДАННЫХ	
Харина Н.В.....	80
РАЗДЕЛ 2	
ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	83
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....	
МЕТОДИКА ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	
Маукенова А.А., Джампеисова К., Нурпеисова Л.С.....	83
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ХИРУРГИИ	
Рахметов Н.Р., Хан Г.С., Мустафина Р.К., Таласбаева Ж.Т.....	85
ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ	
Земцова А.Л., Сергеев Е.А.	86
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
Глазкова Е.А., Меркулова С.Н., Едачёва А.Л.....	88
ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ УНИВЕРСАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ДЕЙСТВИЙ	
Андрейшев В.В.....	91
ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ	
Балясина А., Морозова Д.О.	93
ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ИНТЕГРИРОВАННЫХ ДИСЦИПЛИН «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА» И «ОСНОВЫ ПАТОЛОГИИ»	
Виноградова Е.В., Сабирова А.А.....	94
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В БОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	
Галабурда С.Ю., Вековцова. Е.И.....	97
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ЛЕСНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ НА ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»	
Гафурова И.Г.....	99
ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В БОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	
Мельник Т.В., Рослякова Н.Ю., Уледёркина Л.С.....	103
ИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ИКТ В ХОДЕ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ	
Сафончик Е.И.....	105
ПРОЕКТНОЕ ОБУЧЕНИЕ НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СРЕДСТВО АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА И ЛИЧНОСТНОЙ МОТИВАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ	
Туева Л.Н.....	108
ПРИМЕНЕНИЕ ОНЛАЙН-КУРСА, РАЗРАБОТАННОГО В СДО MOODLE, В ПРЕПОДАВАНИИ ФАРМАКОЛОГИИ	
Дмитриева А.О.....	110

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ Смоляр О.Б.	112
АВТОМАТИЗАЦИЯ ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ Смоляр О.Б.	114
РОЛЬ ВИЗУАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ БИОЭТИКИ Мещерякова. Т.В.	116
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Юрьева Е.А., Андреева И.В., Миронова Г.М., Ложкина Т.Ю.	118
НАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ — ГАРАНТИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА Ушаков В.К.	120

РАЗДЕЛ 3

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	123
--	------------

СОЦИОЭТНИЧЕСКИЕ, ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА К УСЛОВИЯМ РАБОТЫ НА НЕФТЕПРОМЫСЛАХ СЕВЕРА СИБИРИ Ильинских Н.Н., Ильинских И.Н., Ильинских Е.Н.	123
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТОМСКА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ) Кобякова О.С., Деев И.А., Бойков В.А., Куликов Е.С., Старовойтова Е.А., Кириллова Н.А., Наумов А.О.	126
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА DALY ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (2008-2012 ГГ.) Кобякова О.С., Деев И.А., Несветайло Н.Я., Шибалков И.П., Бойков В.А., Милькевич М.Н., Голубева А.А., Куликов Е.С., Наумов А.О.	128
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЯ КОЛИЧЕСТВА ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (DALY) НАСЕЛЕНИЕМ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ С УРОВНЕМ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2008-2013 ГГ. Кобякова О.С., Деев И.А., Несветайло Н.Я., Шибалков И.П., Бойков В.А., Милькевич М.Н., Голубева А.А., Куликов Е.С., Наумов А.О.	130
СИСТЕМА КОНТРОЛЯ ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ О СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ Кобякова О.С., Холопов А.В., Деев И.А., Бойков В.А., Несветайло Н.Я., Наумов А.О., Милькевич М.Н., Шибалков И.П., Голубева А.А.	131
ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОДВИЖЕНИЯ БАД НА РЫНКЕ ПРОДАЖ Дудка И.Ф.	133
МЕСТО БАД НА РЫНКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Дудка О.Ф., Чеснокова А.В.	136
ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ИССЛЕДОВАНИИ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Иванова В.С.	139
РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ Болтромюк Г.И.	140
ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ - ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВСЕГО ОБЩЕСТВА Михайлова Т.В., Мочалина Л.А.	143
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК СРЕДСТВО ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ Орлова В.В.	147

СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ ИННОВАЦИИ Орлова В.В.....	150
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСРЕДСТВОМ МЕТОДА ОЗОНОТЕРАПИИ НА БАЗЕ «ГБУЗ РХ ЦГБ» Г. САЯНОГОРСК Орлова В.В., Кочкина Ю.В.....	151
ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ Кулемзина О.В., Гибельгауз Л.И.....	154
ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ШКОЛЕ Дмитренко Г.С., Власова Н.Н.....	156
ПСИХОЛОГО-ЭТИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО Цыров Г.И., Кулемзина О.В.	159
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТЕРРИТОРИЯ КАК МОТИВИРУЮЩИЙ ФАКТОР Кулемзина О.В., Гибельгауз Л.И.....	163
ПРИМЕНЕНИЕ ФРИЛАНСА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ Неволина В.В., Казанчеев В.Н.	166
ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ В СТРУКТУРЕ РУКОВОДИТЕЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ А.Г. Трофимчук	168
ПУТЬ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОБРАЗОВАНИЯ В ВОЕННОМ ВУЗЕ Шемякина И.Е., Плесовских Е.А.....	169
НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДСЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ОСНОВА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Шутова В.А.....	171
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ СИБИРСКОЙ МОЛОДЕЖИ О ФЕНОМЕНЕ «ЭКСТРЕМИЗМ» Мещерякова Э.И., Шабанова С.Н., Ларионова А.В.....	174
УПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ РАБОТЫ В КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Плучевская Э.В., Алехина Г.А.....	177
ПРАКТИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДЕЛОВОЙ КОММУНИКАЦИИ Кузин А.Ю., Кузина Ю.И.....	179
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ Ямковая Е.В., Рудко Т.В., Гальцова И.А.....	182
СЛАБЫЕ СТОРОНЫ НАПИСАНИЯ ГРАНТОВЫХ ЗАЯВОК Ямковая Е.В.....	183
ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИЦИИ ВРАЧА В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ» Малых Р.Д., Яшук А.Н.....	185
РАЗДЕЛ 4 ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ	188
ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА Барковский П.А.....	188
25 ЛЕТ ПРЕТВОРЯЕМ В ЖИЗНЬ МЕДИЦИНСКИЕ ИННОВАЦИИ Барковский П.А.....	191
ОПЫТ УЧАСТИЯ ЛПУ В СОЗДАНИИ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ МЕБЕЛИ Барковский П.А.....	193
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ №3 Г. СЕВЕРСКА	

Гончарова Г.А. Карева Н.А.	196
ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ПОМЕЩЕНИЙ И ВОЗДУХА ИМПУЛЬСНЫМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ	
Гольдштейн Я.А., Голубцов А.А., Шашковский С.Г.	199
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА ПО ОБУЧЕНИЮ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ВОЛОНТЕРОВ ЗИМНЕЙ ОЛИМПИАДЫ В Г.СОЧИ	
Диамант И.И., Романов Д.С., Яблоков А.Н., Горбылева С.Л.	206
СТРАТЕГИЯ ВЫБОРА КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Комиссарова Т.В.	208
ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Купчикова М.В.	210
НАСТАВНИЧЕСТВО – НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЙ ОПЫТ	
Хацкалева Т.А.	213
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СТРАТИФИКАЦИОННОЙ МОДЕЛИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ	
Токарева Е.С.	214
РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Федоткина Т., Мишустин С., Березина В., Таран Д., Пономаренко. О.	217
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ШКОЛЫ УХОДА «ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛЫМИ И ЛЕЖАЧИМИ БОЛЬНЫМИ В СТАЦИОНАРЕ И НА ДОМУ» В ОГАУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3»	
Чернова Н.Ю.	219
РАЗДЕЛ 5	
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	221
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Беспалова И.Д., Анисеева А.М., Дыркова Л.А.	221
ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИБГМУ	
Беспалова И.Д., Дыркова Л.А., Рудницкий. В.А.	224
УРОВЕНЬ СТРЕССА И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ АМЕРИКАНСКИХ И РОССИЙСКИХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Беспалова И.Д., Беспалова Е.С., Гизбрехт Э.В.	226
ИДЕИ ЧЕЗАРЕ ЛОМБРОЗО И РОБЕРТО АССАДЖИОЛИ В ПРОБЛЕМЕ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ «ТРУДНЫХ ДЕТЕЙ» И КРИМИНАЛЬНОЙ АНТРОПОЛОГИИ ОБЩЕСТВА	
Волков В.Т., Волкова Н.Н., Караваева Е.В.	229
РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В ОБЛАСТНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ АВТОНОМНОМ УЧРЕЖДЕНИИ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ»	
Дубовская Л.Н.	231
КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ И ЧАСТНЫЙ УРОВНИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ	
Казаневская В.В.	234

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА МЕДРАБОТНИКОВ Кудзина В.Н.....	237
ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ БЕРЕМЕННЫМ И МАТЕРЯМ Марущак М.С., Дыркова Л.А.....	239
РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ПРЕКЛОННОМ ВОЗРАСТЕ Семелёва Е.В.....	242
ПРАВО БЫТЬ ВАКЦИНИРОВАННЫМ Глазкова Е.А., Титова Е.А., Меркулова С.Н.....	243
ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ РУК Кальченко А.В.....	246
ПОДГОТОВКА КАДРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА ПРИМЕРЕ ОГБОУ «ТОМСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» Плещинская В.Я., Егорова О.Н.....	247
СИСТЕМА ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Плещинская В.Я., Филатова. О.А.....	249
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ К НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Шабаловская. М.В.....	251
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ Михайлова Т.А.....	254

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ОБРАЗОВАНИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ:
ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ
И СОЦИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ**

**МАТЕРИАЛЫ
II Всероссийской
научно-практической конференции
с международным участием**

г. Томск, 20-21 ноября 2014 г.

Под редакцией В.В. Орловой

Текст статей представлен в авторской редакции

Оригинал-макет
Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107

Подписано в печать 14.11.2014 г.
Формат 60x84_{1/8}. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 33
Тираж 100 экз. Заказ №
