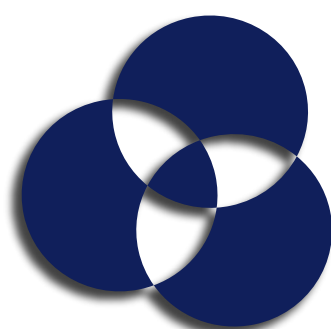


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

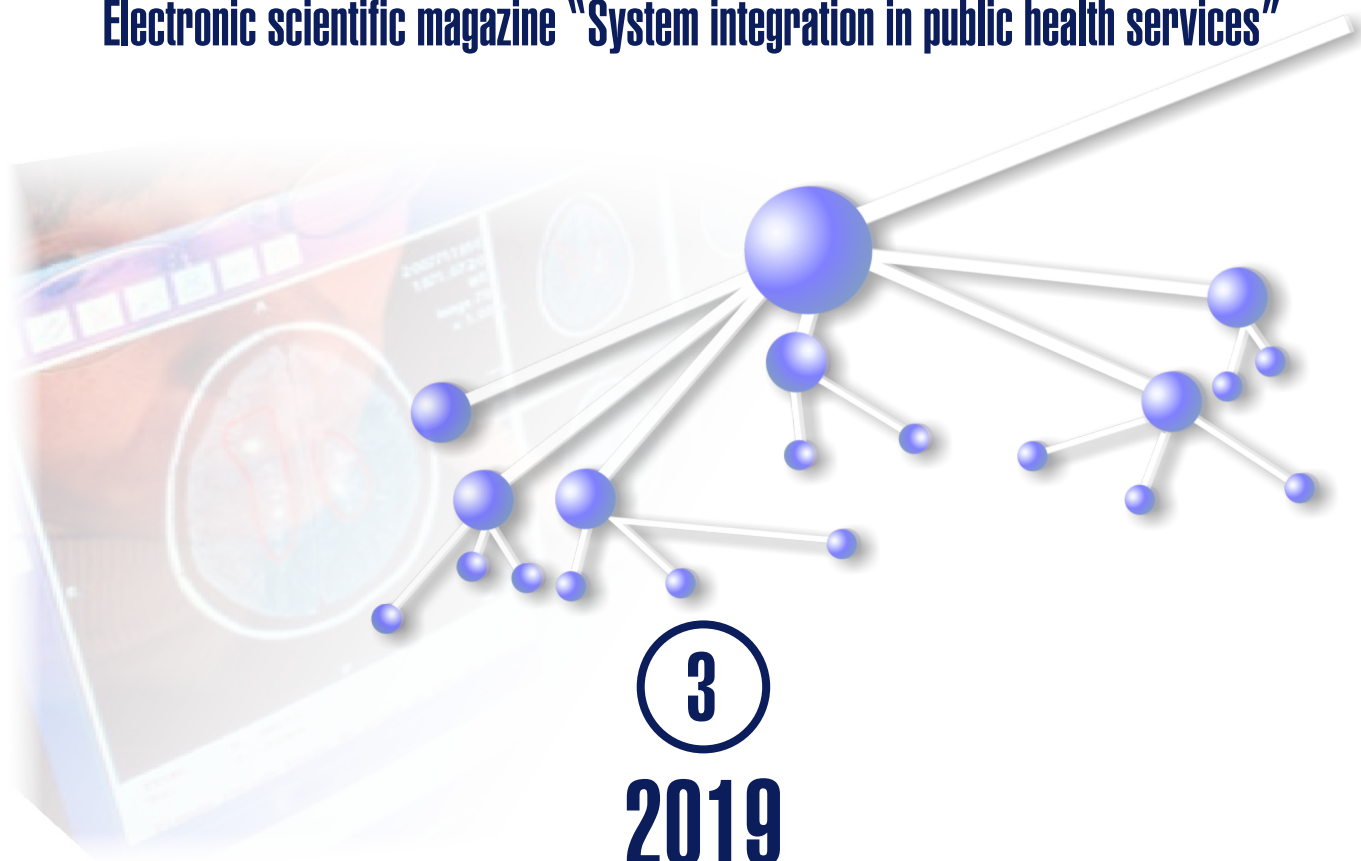
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2019



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 3 (45) 2019

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместитель главного редактора
С.И.БЛОХИНА
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО,
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, А.В.СТАРШИНОВА
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А.БАРАНОВ (Москва)
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)
В.А. ЧЕРНЫШЕВ (Москва)
В.И. СТАРОДУБОВ (Москва)
В. RICHARDS (Манчестер, Великобритания)
Sh. MONAHAN (Торонто, Канада)

Дорогие коллеги, уважаемые друзья!



Предлагаем Вашему вниманию статьи по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело», написанные выпускниками факультета психолого–социальной работы и высшего сестринского образования Уральского государственного Медицинского Университета. Статьи написаны на основе исследований, проведенных выпускниками в рамках выпускных квалификационных работ.

Настоящий год ознаменован тремя юбилеями в рамках направления «Сестринское дело». Во-первых, 30 лет со дня Венской декларации по сестринскому делу (Вена, Австрия, 21–24 июня 1988 года), которая стала поворотным моментом развития

сестринского дела в Европейском регионе. Во-вторых, 25 лет высшему сестринскому образованию в России. В-третьих, 20 лет высшему сестринскому образованию (ВСО) на Среднем Урале.

История ВСО Среднего Урала складывается из нескольких этапов. Для первого этапа 1999–2007гг. характерна подготовка медицинских сестер менеджеров в системе специалитета высшего образования в отделе ВСО Уральской медицинской академии. Второй этап 2007–2019 гг. организация кафедры Сестринского дела (Управления сестринской деятельностью) в Уральском Государственном Медицинском Университете, выпуск бакалавров сестринского дела квалификации Академическая медицинская сестра (академический медицинский брат), Преподаватель. Можно с уверенностью сказать, что Высшее сестринское образование на Среднем Урале состоялось, развивается, имеет свои особенности: ориентируется на абитуриентов со средним медицинским образованием, осуществляет практико-ориентированное обучение, обеспечивает профессиональный и карьерный рост выпускникам.

Проблемой современного этапа развития Высшего сестринского образования является необходимость формирования целевого набора абитуриентов, подготовки преподавателей профессионального обучения, активизация сестринской исследовательской деятельности.

Для того чтобы хорошо видеть направление движения вперед, необходимо проанализировать достижения прошлого. Именно эту цель,

СОДЕРЖАНИЕ

подведение итогов пройденного пути развития ВСО на Среднем Урале, и имеет настоящий сборник работ выпускников медицинского университета. Сестринское дело – это и наука и практика, это самостоятельная дисциплина и профессия, значимость которой для пациентов и их окружения невозможно переоценить.

*Декан факультета психолого-социальной работы
и высшего сестринского образования
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России*

*Д.п.с.н., профессор,
Набойченко Евгения Сергеевна*

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Еремин В.С., Елькин И.О.
ПРОБЛЕМАТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.....6

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Богданова Е.Н.
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРАВОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ И НАВЫКОВ SOFT
SKILLS В РАМКАХ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА «ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА».....17

Борзунова Н.С., Тренкина А. В.
ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....28

Лылова Ю.А., Шапошников Г.Н.
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ (НА
ПРИМЕРЕ ФГБОУ ВО УГМУ).....33

Ражева В.С., Фадеева Т.М., Валиева Т.В.
ЦЕННОСТНОСТЬ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ.....41

Тумасова Е. Р.
РОЛЬ МАТЕРИ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ СЛЕПОГО
РЕБЕНКА.....48

Шурыгина Е.П., Бабушкина И.Р.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....56

**ПРОБЛЕМАТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ****Еремин В.С., Елькин И.О.***ГАОУЗ СО МКМЦ «Бонум», г.Екатеринбург*

Современные требования предполагают обязательное участие анестезиолога при хирургическом лечении заболеваний уха, горла и носа у детей. Эти операции у детей создают серьезные проблемы и трудности для анестезиологов. В статье рассмотрены проблемы анестезиологической защиты при оториноларингологических хирургических вмешательствах у детей.

Ключевые слова: анатомические отличия, нарушения психических функций, риск аспирации, повреждения лицевого нерва, послеоперационная тошнота и рвота.

Problems of anesthetic protection in otorhinolaryngological surgery**Eremin V.S., Elkin I.O.***State Autonomic Health Institution of the Sverdlovsk Region
Multiprofile Clinical Medical Center «BONUM» Ekaterinburg, Russia*

Modern requirements assume obligatory participation of the anesthesiologist at surgical treatment of diseases of an ear, throat and nose at children. These operations at children create serious problems and difficulties for anesthesiologists. In article problems of the general anesthesia at such operations are considered.

Keywords: anatomic differences, violations of mental functions, risk of aspiration, injury of a facial nerve, postoperative nausea and vomiting.

Введение

Оториноларингологические (ЛОР) хирургические вмешательства у детей являются наиболее распространенными операциями, с которыми приходится сталкиваться детскому анестезиологу. Современная педиатрическая ЛОР практика предполагает участие анестезиолога не только при хирургическом лечении заболеваний уха, горла и носа у детей, но и при значительном числе диагностических процедур [1].

Цель этой публикации - рассмотреть проблемы анестезиологической защиты при оториноларингологических хирургических вмешательствах у детей.

Сущность проблемной ситуации (ПС) в деятельности анестезиолога мы выразили в кортежной форме:

$$ПС = \langle ОУО, П1, R1 \rangle, С = \langle РС, ЖС, ОС, ЭА, П2, R2 \rangle, \quad (1)$$

где ОУО - ограничения, условия, обстоятельства, П1- противоречия между ОУО и ЖС, С – ситуация анестезиологической защиты, РС- реальное состояние, ЖС- желаемое состояние, ОС- операционный стресс, ЭА- эффекты анестезии (клинические, социальные, экономические, социальные), П2- противоречие между ЖС и РС; R1, R2- матрицы связи.

В кортежной форме состояние системы анестезиологической защиты (АЗ) для ребенка при оториноларингологическом хирургическом вмешательстве выглядит следующим образом:

$$АЗ = \langle СРЛП = \{ \{ СС, РС, КС \}, СОВ \} УР (УРМ, АУР) R1 \rangle, \langle ФП = \{ \{ ПУр \}, \{ ЛОо \} \}, УК \{ \{ ТСт \}, \{ ТКа \}, \{ ТРj \} \}, R2 \rangle \quad (2)$$

где СРЛП – ситуация ребенка с ЛОР-патологией, СС – соматический статус, РС – респираторный статус, КС- когнитивный статус, СОВ - статус оперативного вмешательства, УР- уровень оказания помощи в учреждении, УРМ- общемедицинский уровень, АУР- анестезиологический уровень, ФП- фактор персонала, {ПУр}- профессиональный уровень, {ЛОо}- личностные особенности, УК- управление качеством, {ТСт}- технологические стандарты, {ТКа}- технологии адаптации, {ТРj}- технологии контроля безопасности; R1, R2- матрицы связи.

В предлагаемой статье мы рассмотрим первую часть кортежной формулы – ситуацию ребенка с ЛОР – патологией.

ЛОР операции у детей создают серьезные проблемы и трудности для анестезиологов, прежде всего, в респираторном статусе. Причины таких трудностей заключаются в том, что как хирург, так и анестезиолог вынуждены зачастую одновременно работать на дыхательных путях пациента и многие больные подвергаются ЛОР операциям, имея предшествующую патологию дыхательных путей. Успешное ведение таких пациентов начинается с понимания существенных анатомических и физиологических различий между ребенком и взрослым.

Респираторный статус

Верхние дыхательные пути ребенка анатомически отличаются от таковых в более старшем возрасте. Язык ребенка сравнительно большого размера, в надгортанник, расположенный выше в глоточном пространстве, легко отекает при травме и препятствует ротовому дыханию. Миндалины и аденоиды появляются в течение второго года жизни ребенка и достигают наибольших размеров к 4-7 летнему возрасту. Затем миндалины и аденоиды постепенно регрессируют в размере. Частые инфекции верхних дыхательных путей могут существенно затормозить процесс атрофии лимфоидной ткани ротоглотки [2].

Гортань у маленького ребенка расположена выше и более фронтально, чем у взрослого. Верхняя граница гортани (подъязычная кость) новорожденного ребенка расположена на уровне межпозвонкового диска С3-С4. По мере роста, гортань сдвигается ниже и достигает уровня С5-С6 у взрослого (к 3 годам). Такое высокое расположение гортани позволяет ребенку дышать и глотать одновременно. Щитовидный и перстневидный хрящи также сдвигаются каудально по мере развития щитоподъязычной и перстневидно-подъязычной мембран. Гортань ребенка по своей анатомии отличается от гортани взрослого. Надгортанник маленького ребенка имеет выраженную U-форму и покрывает гортань под углом 45 градусов. Такое высокое и переднее расположение гортани делает использование прямого клинка (Miller) более удобным для интубации маленьких детей (до 3х лет). Визуализация голосовых связок при ларингоскопии прямым клинком может быть значительно улучшена за счет наружного давления на гортань и смещения ее дорсально.

У детей до 10 лет гортань имеет форму воронки с наиболее узкой частью, расположенной на уровне перстневидного кольца, ниже голосовых связок. Голосовые связки ребенка до 1 года расположены таким образом, что передняя комиссура находится более каудально, чем задняя. Попытка интубации трахеи ребенка до 1 года с использованием изогнутого (Macintosh) клинка может представлять определенные трудности из-за того, что эндотрахеальная трубка проводится через отверстие между голосовыми связками под острым углом по отношению к внутреннему просвету гортани и трубка не желает продвигаться в нужном направлении, цепляясь за переднюю комиссуру.

Поток воздуха в верхних дыхательных путях является турбулентным даже при спокойном дыхании. Поток становится ламинарным только на уровне бронхов 4-5 порядка, где быстрое увеличение суммарного поперечного сечения дыхательных путей снижает скорость воздушного потока. Сопротивление турбулентному потоку воздуха прямо пропорционально пятой степени радиуса дыхательных путей. Соответственно, 1мм уменьшения просвета трахей новорожденного (за счет отека), которое снижает просвет трахеи с 2.1 до 1.1 мм), увеличивает сопротивление воздушного потока в 25 раз.

Все это имеет важное значение в отношении правильного выбора диаметра эндотрахеальной трубки. Помня при этом, что отверстие между голосовыми связками - не самое узкое (в отличие от взрослых) место на пути эндотрахеальной трубки. По этой причине очень важно убедиться в наличии определенной утечки воздуха сразу же после интубации трахеи ребенка. Обычно утечка без раздувания манжеты легко

прослушивается с помощью стетоскопа в момент повышения давления в контуре до 20 см H₂O. Если утечки нет, трубку желательнее заменить на размер меньше.

Когнитивный статус

Нарушения высших психических функций после применения общей анестезии, по данным различных литературных источников, наблюдаются в 7% - 56% случаев общехирургической практики. Тяжесть этих нарушений различна - от малозаметных повреждений памяти, внимания и субдепрессивного эмоционального фона до тяжелых послеоперационных психозов [3].

Здесь следует отметить, что для детей школьного возраста особенно важно сохранение познавательных способностей для успешного осуществления их основной социальной деятельности (обучение). Так, школьникам для успешного осуществления их основной социальной деятельности (обучение) необходима максимальная сохранность познавательных процессов. Повреждение памяти или внимания на длительный период, даже на одни сутки, приводит ребенка к отставанию в обучении, личностном и социальном развитии. Детей школьного возраста среди прооперированных в нашей клинике по поводу ЛОР – патологии не менее 50%.

Психоповреждающий эффект, в той или иной степени присущ любому общему анестетику. Универсального решения этой проблемы на настоящий момент не найдено. Ранее проведенными исследованиями было показано, что состояние психики является индикатором качества проведенного анестезиологического пособия [4]. Любые более или менее серьезные интраоперационные отклонения - нарушения гемодинамики, респираторные проблемы, передозировка компонентов анестезии и неадекватное обезболивание — отражаются на психической деятельности [3].

Статус оперативного вмешательства

Особенности подготовки детей к ЛОР-операциям:

Помимо стандартных обследований (биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи, ЭКГ), при плановых оперативных вмешательствах в условиях детского ЛОР-отделения анестезиологу необходимы данные о состоянии свертывающей системы крови. Эта информация крайне важна, поскольку при ограниченности операционного поля даже незначительное по объему кровотечение может существенно ухудшить обзор и затруднить работу хирурга.

В связи с этим особое внимание следует уделить таким показателям, как число тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения (по данным общего анализа крови), концентрациям протромбина, фибриногена, антитромбина III, АЧТВ и

протромбиновому индексу (по данным коагулограммы). Чрезвычайно важное значение имеют данные физикального осмотра (кровоизлияния, экхимозы, геморрагии), а также анамнестические сведения (гематологические заболевания у ребенка и его родственников, кровопотеря и гемотрансфузии во время предыдущих операций, прием антикоагулянтов, менструации).

Поддержание проходимости дыхательных путей при непродолжительных ЛОР-операциях у детей обеспечивается либо эндотрахеальной интубацией, либо при помощи ларингеальной маски, а при трахеобронхоскопиях - через тубус бронхоскопа. К интубации трахеи мы прибегаем чаще всего, причем используются только эндотрахеальные трубки с манжеткой. Если манжетка раздута достаточно, дыхательные пути герметичны, а риск аспирации минимален. Кураризация проводится миорелаксантами средней продолжительности действия. Для обеспечения нейровегетативной защиты перед интубацией предварительно вводится фентанил.

Ларингеальная маска как средство поддержания свободной проходимости дыхательных путей широко используется при непродолжительных малоинвазивных операциях на наружном ухе (околоушный свищ, доброкачественные образования наружного уха, вколоченные инородные тела слухового прохода, меринготомия и т.д.). Использование ларингеальной маски при аденоид- и/или тонзилэктомии у детей мы считаем неоправданным, поскольку: 1) она зачастую затрудняет визуализацию зоны оперативного вмешательства, 2) большой диаметр сечения трубки ЛМ служит серьезным препятствием для ее проведения через роторасширитель, 3) имеется потенциальная опасность повреждения или полного разрыва манжеты ларингеальной маски аденотомом с последующей аспирацией крови, 3) использование опиоидных анальгетиков вызывает депрессию дыхания, а принудительная ИВЛ через ЛМ увеличивает риск аспирации по причине недостаточной герметичности системы в фазу принудительного вдоха [5].

Еще одна особенность детской ЛОР-хирургии состоит в том, что операционное поле находится вблизи от глаз, поэтому сразу после установки ларингеальной маски или интубации трахеи на глаза накладывают влажную, плотную и надежно закрепленную повязку во избежание травмы роговицы.

Хирургия уха

Воспаление среднего уха (средний отит) - наиболее частое заболевание у детей после воспалительных инфекций верхних дыхательных путей. В США педиатры принимают около 25 миллионов пациентов с жалобами, имеющими отношение к воспалению среднего уха. Средний отит является наиболее распространенным диагнозом среди детей

в США. Высокая частота острого и повторного среднего отита у детей вероятно отражает высокую частоту дисфункции евстахиевых труб в сочетании со склонностью к повторным острым респираторным инфекциям, по поводу чего проводится меринготомия с установкой шунта.

Дети с осложнениями хронического среднего отита могут нуждаться в более сложных хирургических вмешательствах на среднем ухе: мастоидэктомии, эксплорации среднего уха, тимпанопластике.

Основные проблемы, с которыми приходится сталкиваться анестезиологу при таких операциях: влияние закиси азота на среднее ухо, предотвращение повреждения лицевого нерва, а также профилактика и лечение послеоперационной тошноты и рвоты. При этих операциях высок риск возникновения рвоты, повышается при раздражении органа равновесия.

Закись азота в 34 раза более растворима в крови, чем азот (основной составляющий компонент воздуха). Закись азота проникает в среднее ухо через стенки кровеносных сосудов намного быстрее, чем азот воздуха покидает его. Это приводит к быстрому нарастанию давления в среднем ухе с возможными осложнениями в виде смещения реконструированного звукопроводящего аппарата среднего уха и даже разрыву барабанной перепонки. Закись азота может использоваться при таких операциях без особых проблем, но ее необходимо отключить за 10-15 минут до хирургического закрытия барабанной перепонки для избегания развития вышеописанных осложнений.

При мастоидэктомии обычно проводится мониторинг целостности лицевого нерва с помощью нейростимулятора. Использование при этом недеполяризующих мышечных релаксантов может повлиять на адекватность подобного мониторинга.

Послеоперационная тошнота и рвота - частые осложнения у пациентов, подвергшихся реконструкции среднего уха [6].

Хирургия носа и придаточных пазух

Детские ЛОР хирурги располагают относительно небольшим арсеналом хирургических вмешательств в полости носа и придаточных пазухах. В основном это эндоскопические процедуры по поводу хронических синуситов, удаление полипов и операции по поводу искривления носовой перегородки. При этих операциях проводится предоперационная инфильтрация вазопрессорами, проводимая хирургом. При операции в области наружного носа общая кровопотеря обычно незначительна. При проведении манипуляций в области околоносовых пазух могут возникать значительные кровотечения. Это ведет к

проблемам послеоперационного периода: гиповолемия, желудок, заполненный проглоченной кровью [7].

Тонзилэктомия и/или аденоидэктомия

Гипертрофия миндалин и аденоид, а также частые инфекции с вовлечением миндалин являются основными показаниями к хирургическому их удалению. Проблемы с миндалинами и аденоидами нередки у детей старше 1 года. Обструктивное апноэ во время сна - нередкое сопутствующее состояние у детей 2-10 лет, которым необходима тонзил- и аденоидэктомии. Тонзилэктомия по поводу частых (несколько раз в год) тонзиллитов чаще всего производится у детей старше 10 лет.

Чаще всего операцию проводят в положении «свисающей головы». После оротрахеальной интубации вводят шпатель типа Бойля-Дэвиса (Boyle-Davis). *При этом возможно* сдавление, перегибание, выпадение или смещение интубационной трубки вглубь. Последнее может происходить и во время парацентеза, когда голову с одного бока поворачивают на другой. После экстубации у таких детей опасность ларингоспазма выше, чем при других оперативных вмешательствах. Возможно раздражение гортани вследствие определённого положения головы, скопления секрета или крови в носоглоточном пространстве и, прежде всего, отёк в области голосовой щели

У 1-5% пациентов, перенесших адено-, тонзилотомию и, особенно, тонзилэктомию, может возникнуть отсроченное кровотечение. Подобное состояние, обычно возникающее на 5-7 день после операции, требует хирургического гемостаза. Несмотря на то, что кровотечение обычно венозное и не очень интенсивное, некоторые пациенты успевают потерять достаточно крови (в том числе и проглотить) и к моменту прибытия в операционную иметь ортостатическую гипертензию и тахикардию [8].

Лазерная хирургия гортани

Лазер является одним из высокотехнологичных хирургических инструментов, с успехом используемых в современной ЛОР- хирургии. При использовании в хирургии дыхательных путей, лазер позволяет достигать большей точности в лечении пораженных участков при минимальном кровотечении и развитии отека окружающих тканей, и, соответственно более быстром послеоперационном восстановлении. Использование лазера в хирургии дыхательных путей имеет следующие особенности: 1)здоровые ткани могут быть поражены лазерным излучением в случае его отражения от блестящих поверхностей или неправильного направления луча, 2)опасность возникновения пожара в дыхательных путях и в операционной.

Папилломатоз гортани - одно из наиболее распространенных заболеваний детского возраста, при которых проводится микроларингоскопия с использованием CO₂ лазера. Часто с интервалами в 6-12 месяцев в зависимости от процесса. В зависимости от предпочтения хирурга здесь возможны два варианта вентиляции во время лазерной терапии: 1) с использованием армированной металлической эндотрахеальной трубки малого диаметра (на 2-3 размера меньше подходящего в норме данному пациенту). Вентиляция - обычная, с содержанием кислорода в подаваемой газовой смеси порядка 30% без закиси азота для снижения риска возникновения пожара в дыхательных путях со всеми вытекающими последствиями. Необходимо помнить, что закись азота поддерживает горение. 2) Интубация обычной пластиковой эндотрахеальной трубкой, которая периодически удаляется хирургом после предварительной преоксигенации и умеренной гипервентиляции (EtCO₂ 33-35 mm Hg). Интервалы так называемой аноксической вентиляции могут составлять 3-5 минут. При снижении SPO₂ до 90%, хирург интубирует пациента, цикл умеренной гипервентиляции повторяется в течение 1-3 минут, при SPO₂ достигшем 100% пациент экстубируется и лазерная терапия проводится опять. Вторым вариантом более предпочитается большинством хирургов. В основном, по причине лучшей визуализации операционного поля и отсутствия в дыхательных путях субстрата для возможного возгорания (пластика) [9].

Ургентные состояния дыхательных путей

Острый эпиглоттит

Острый эпиглоттит (супраглоттит) представляет собой первичное бактериальное поражение надгортанника и окружающих тканей. Острый эпиглоттит наиболее часто вызывается *Haemophilus influenzae* тип В. Хотя стрептококки группы А, также могут вызвать его. Вакцинация против *Haemophilus influenzae* существенно снизила частоту острого эпиглоттита. Несмотря на то, что острый эпиглоттит может развиваться в любом возрасте, наиболее часто он встречается у детей в возрасте от 3 до 5 лет [10].

Начало заболевания часто очень быстрое (молниеносное). Через несколько часов после появления симптомов острой респираторной инфекции, резко повышается температура и развиваются симптомы острого респираторного дистресса с нарушением проходимости дыхательных путей. Ребенок обычно поступает в порядке скорой помощи в сидячем положении с наклоном вперед. Характерные симптомы: слюнотечение, дисфагия, дисфония, учащенное дыхание в сочетании с различной степенью дегидратации очень характерны для пациента с острым эпиглоттитом. Боковой рентген-

снимок шеи демонстрирует типичное для острого эпиглоттита наличие "большого пальца" в том месте, где располагается надгортанник.

Как только диагноз установлен, больного необходимо немедленно взять в операционную, оснащенную всем необходимым для немедленного выполнения фиброоптической ларингоскопии/бронхоскопии и трахеостомии.

Ребенка очень желательно беспокоить как можно меньше, так как плач может еще более скомпрометировать и без того ограниченно проходимые дыхательные пути. Внутривенная антибиотикотерапия начинается немедленно по прибытии в отделение интенсивной терапии. Ребенок обычно экстубируется через 12-36 часов после начала антибиотикотерапии и, после нескольких часов наблюдения, может быть переведен из отделения интенсивной терапии в обычную палату [11].

Инородные тела дыхательных путей

Аспирация инородных тел является одной из основных причин смерти детей возрастом до года. Маленький ребенок при этом может поступить по скорой помощи с выраженной дыхательной недостаточностью. Во многих случаях подобные ситуации могут неожиданно перейти в критические. Хотя анамнез аспирации инородного тела обычно очень короткий (от нескольких минут до нескольких часов), иногда приходится иметь дело с пациентами, аспирировавшими инородное тело несколько недель назад и только незадолго до прибытия в отделение скорой помощи, проявившее себя в виде нарастающей респираторной симптоматики.

Плач и крик могут привести к неожиданному смещению инородного тела из относительно доброкачественного положения (бронх) в опасное (трахея, гортань) с нарушением или полной невозможностью вентиляции.

При ургентных бронхоскопиях возможны кровотечения, пневмоторакс, повреждения нервов (возвратного, диафрагмального), повреждения пищевода, грудного протока, воздушная эмболия, компрессия плечеголового ствола с последующим падением давления в правой сонной и подключичной артерии, и как самое грозное осложнение - медиастинальный объёмный синдром [12].

ЛОР - органы являются большой рефлексогенной зоной и при ее раздражении возможна реализация вагусных рефлексов. К клиническим рефлексорным нарушениям могут относиться брадикардия, тахикардия и другие нарушения сердечного ритма: желудочковые и узловые экстрасистолы, узловый ритм, суправентрикулярные экстрасистолы, атриовентрикулярная диссоциация, синусовая брадикардия и даже асистолия. Эти нарушения ритма более вероятны у больных с сопутствующими

поражениями миокарда и нарушениями ритма сердца [13] При проведении анестезиологической защиты следует помнить об интраоперационном положении головы, особенно у маленьких пациентов, необходимо следить за тем, чтобы чрезмерное разгибание шеи не привело к ухудшению кровотока по сонной артерии [14]. Кроме того, обязательна защита глаз с помощью пластыря и глазного геля - опасность эрозии роговицы.

В заключении следует отметить, анестезиологическая защита у детей при оториноларингологических вмешательствах служит серьезной проверкой профессиональных навыков и терпения анестезиолога. Для работы в этой области анестезиолог должен хорошо знать анатомию дыхательных путей и разбираться в методике наиболее распространенных оториноларингологических операций.

Заключение

К общим проблемам анестезии в данной области можно отнести:

1. кровопотерю вследствие сильной васкуляризации ЛОР - органов;
2. особенности интубации трахеи и поддержания проходимости дыхательных путей;
3. необходимость выполнять манипуляции в области рефлексогенно-активных зон;
4. возможность измененной реакции на медикаменты при многократных анестезиях;
5. эмоциональные факторы и особенности ощущений больного после операций в области дыхательных путей;
6. частое развитие послеоперационной тошноты и рвоты;
7. когнитивные послеоперационные проблемы.

Список литературы

1. Анестезиология: Национальное руководство. / под ред. А.А. Бунятына, В.М. Мизикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1104 с.
2. Благовещенская Н.С., Оториноларингологические симптомы и синдромы.- М.: Медицина , 1989-337 с.
3. Овезов А.М. Послеоперационная когнитивная дисфункция у детей школьного возраста. Учебно-методическое пособие. — М.: МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2018. — 30 с.
4. Doraiswamy PM, Babyak MA, Hennig T, et al. Donepezil for cognitive decline following coronary artery bypass surgery: a pilot randomized controlled trial // Psychopharmacol Bull. 2007. №40 (2). P. 54–62.
5. Weiler N, Eberle B, Heinrichs W. The Laryngeal Mask Airway: routine, risk, or rescue? Intensive Care Med. 1999 Jul;25(7):761-2.

6. Watcha M.F., White P.F. Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment, and prevention. // *Anesthesiology* 1992; 77: 162-84.
7. Тимошенко А.Л. Общая анестезия в микроэндоскопической эндоназальной хирургии. // Ярославль: Формат-принт, 2004. – 176 с.
8. Iro H., Hosemann W. Minimally invasive surgery in otorhinolaryngology. // *European Arch of Oto-Rhino-Laryngology*. – 1993, vol. 250, p. 1-10.
9. Андрианов О.А. Результаты применения полупроводникового лазерного скальпеля коагулятора "ЛАЗОН-ЮП" при болезнях ВДП в детском возрасте: Автореф. дис. . канд.мед.наук / О.А. Андрианов. - М.,2003.-25с.
10. Балясинская Г.Л. Об остром эпиглоттите у детей // *Вестн. оториноларингологии*. — 1999. — № 1. — С. 54-56.
11. Колотилев Л.В., Филимонов С.В. Местная и общая анестезия в оториноларингологии. - СПб.: Диалог, 2017.-192 с.
12. K. Westphal, U. Strouhal, P. Kessler, J. Schneider: Sevoflurane contamination during paediatric bronchoscopy//*Anaesthesist* 46 (1997) 8, 677-682.
13. Острейков И.Ф., и др. Клиническая картина периода пробуждения после общей анестезии с использованием мидозалама, пропафола, кетамина и фторотана у детей в стационаре одного дня. // *Анест. и реаниматол.* 2001,- № 1-С.36.
14. Костылев А.Н. Влияние сопутствующей вертебробазилярной недостаточности на постнаркозное восстановление / Костылев А.Н. // *Анестезиология и реаниматология*. - 2004. - №3. – С. 17-20

Еремин Владимир Сергеевич – врач анестезиолог- реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», 620019, г. Екатеринбург ул.Бардина, 9а, тел. 240-42-68 e-mail: bonum@bonum.info

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРАВОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ И НАВЫКОВ SOFT SKILLS В РАМКАХ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА «ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА»

Богданова Е.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

В статье определено понятие и значение навыков «Soft Skills» в процессе правовой подготовки. Проведён анализ результатов эмпирического исследования уровня сформированности профессионально-правовой компетентности студентов «Уральского государственного медицинского университета», при изучении курса «Правовые основы деятельности врача». Разработана структурно-содержательная модель формирования профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» у будущих специалистов сферы здравоохранения в рамках преподавания курса «Правовые основы деятельности врача».

Ключевые слова: навыки «Soft Skills», компетентность, правовая подготовка.

Formation of professional and legal competence and skills «Soft Skills» within the framework of the course «Legal foundations of medical practice»

Bogdanova E. N.

Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

The article defines the concept and meaning of "Soft Skills" in the process of legal training. The analysis of the results of the empirical study of the level of formation of professional and legal competence of students of the Ural state medical University, in the study of the course "the Legal basis of the doctor." The structural and content model of the formation of professional and legal competence and skills "Soft Skills" in future health professionals in the framework of teaching the course "the Legal basis of the doctor."

Keywords: skills «Soft Skills», competence, legal training.

Введение

Современные студенты медицинских вузов имеют серьезные проблемы с устным изложением материала в силу неумения грамотно выразить свои мысли, что

неблагоприятно отражается на их профессиональной деятельности в будущем, так как, медицинским работникам приходится решать наряду с профессиональными задачами, не только юридические, но и коммуникативные проблемы [1]. Подтверждением данному заключению является сложившаяся устойчивая тенденция роста юридических конфликтов в медицинской практике, основным способом разрешения которых становится судебное разбирательство. Низкий уровень правовых знаний и социально-поведенческих навыков у специалистов сферы здравоохранения препятствуют урегулированию возникающих споров между пациентами и медицинскими учреждениями (работниками) в досудебном порядке.

Профессионально-правовая компетентность специалистов сферы здравоохранения, есть интегральное качество личности – готовность и способность использовать правовые знания и умения, задаваемые образовательным стандартом, реализуя, при этом профессионально-значимые личностные качества, которые повышают эффективность работы и взаимодействия с другими людьми, а в современном мире педагогическим сообществом определяются как навыки «Soft Skills» («гибкие, мягкие»): коммуникативность, коммуникабельность, дипломатичность, толерантность и т.д. [2]. Следовательно, навыки и умения «Soft Skills» в профессионально-правовой подготовке студентов-медиков следует рассматривать в качестве важного образовательного результата наряду с профессиональными компетенциями. Моделирование методики формирования профессионально-правовой компетентности при подготовке будущих специалистов сферы здравоохранения и методики формирования навыков «Soft Skills» в рамках преподавания курса «Правовые основы деятельности врача» (далее «ПОДВ») является актуальным направлением в профессиональном образовании.

Цель исследования – разработка структурно-содержательной модели формирования профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» у будущих специалистов сферы здравоохранения в рамках преподавания курса «Правовые основы деятельности врача».

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели в 2016-2017 учебном году в рамках преподавания «ПОДВ» было проведено эмпирическое исследование уровня сформированности профессионально-правовой компетентности у студентов Уральского государственного медицинского университета (далее «УГМУ»). Эмпирическое исследование проводилось в два этапа: первый этап – опытно-экспериментальная работа (на основе уровневой дифференциации был разработан диагностический инструментарий (табл.1), проведены

замеры показателей когнитивного (K_k), деятельностного (D_k) и мотивационного (M_k) критериев уровня сформированности профессионально-правовой компетентности у студентов до и после изучения дисциплины «ПОДВ»). Второй этап – анализ полученных результатов и выявленных проблем. В опытно-экспериментальной работе приняли участие 34 студента (групп 603, 604 605, 606 ОМП) по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело», очной формы обучения. Все студенты были разделены на экспериментальную группу (ЭГ) и контрольную группу (КГ) с близким уровнем сформированности профессионально-правовой компетентности. Преподавание «ПОДВ» в экспериментальной группе (603-604 ОМП – 17 человек) осуществлялось с применением технологии смешанного обучения («Blended Learning») – 4 лекционных offline занятия – 18% и 18 семинарских online занятия – 82%. В контрольной группе (605-606 ОМП – 17 человек) весь процесс изучения курса «ПОДВ» строился с использованием традиционных форм и методов работы – в режиме offline.

Таблица 1
Диагностический инструментарий опытно-экспериментальной работы

Когнитивный критерий (K_k) – оценка сформированности правовых знаний.	при входном контроле и контроле «выхода» – предметное тестирование (10 вопросов = 10 баллам) с одиночным выбором правильного ответа. Вопросы касались основ права, которые уже были ранее изучены студентами на 2 курсе в рамках дисциплины «Правоведение»
Деятельностный критерий (D_k) – оценка умений, навыков при решении профессиональных задач (правовой компетентности).	при входном контроле и контроле «выхода» – решение правовых (ситуативных) задач, по темам дисциплины (8 задач = 16 баллов): за каждую правильно решённую задачу по 2 балла
Мотивационный критерий (M_k) – оценка отношения к воспринимаемым правовым знаниям.	при входном контроле и контроле «выхода» – заполнение анкеты (11 вопросов) «Социологические аспекты правовой грамотности студенческой молодежи» (рис.1).

АНКЕТА

Уважаемый студент! В целях совершенствования учебного процесса преподаватель проводит анкетирование студентов. Внимательно прочитайте формулировки вопросов. Ответьте на вопросы, перечисленные в анкете, оцените их по 5 бальной системе. Участие в опросе является анонимным. Результаты будут использоваться только в обобщенном виде.

Суждения	Отлично (5 баллов)	Хорошо (4 балла)	Удов. (3 балла)	Неудов. (2 балла)
<i>«Социологические аспекты правовой грамотности студенческой молодежи»</i>				
1. Как Вы оцениваете уровень вашей правовой культуры?				
2. Знаете ли Вы свои права как специалист сферы здравоохранения, закреплённые в нормативно-правовых актах?				
3. Знаете ли Вы способы защиты своих прав, если они нарушены: пациентом, работодателем, органом государственной власти?				
4. Как Вы оцениваете свои правовые знания до изучений курса «Правовые основы деятельности врача»?				
5. Как Вы оцениваете свои правовые знания после изучений курса «Правовые основы деятельности врача»?				
6. Как Вы считаете, дистанционная форма обучения способствует получению правовых знаний и их закреплений в профессиональной деятельности специалиста сферы здравоохранения?				
7. Как Вы оцениваете, пригодится ли вам в жизни полученные знания по курсу «Правовые основы деятельности врача»?				
8. Как Вы оцениваете, нужно ли изучение правовых норм в вашем вузе на всех специальностях?				
9. Как Вы оцениваете, как часто нарушаются ваши права при осуществлении профессиональной деятельности (5-часто, 4-редко, 3-иногда, 2-никогда)?				
10. Запишите отрасль права, которая для Вас является наиболее важной при изучении «Правовые основы деятельности врача»?				
11. Ваши пожелания, замечания, предложения по совершенствованию качества преподавания по дисциплине.				

Благодарю за участие!

Рис.1 Анкета «Социологические аспекты правовой грамотности студенческой молодежи»

Показатели уровня K_k в контрольной и экспериментальной группах (%) на начальном и заключительном этапах изучения «ПОДВ» по итогу проведения контроля «входа» и «выхода»

К _к сформированности правовой компетентности (на начальном этапе)					
Контроль «ВХОДА»	Группы	n=17=100%			
		Уровни			
		Низкий (исполнительский) 3-5 баллов	Средний (исполнительско- репродуктивный) 6-8 баллов	Высокий (репродуктивно- вариативный) 9-10 баллов	
	Контрольная группа – КГ				
	605-606 ОМП – 17 человек	25%	60%	15%	
	Экспериментальная группа – ЭГ				
603-604 ОМП – 17 человек	16%	80%	4%		
К _к сформированности правовой компетентности (на заключительном этапе)					
Контроль «ВЫХОДА»	Группы	n=17=100%			
		Уровни			
		Низкий (исполнительский) 3-5 баллов	Средний (исполнительско- репродуктивный) 6-8 баллов	Высокий (репродуктивно- вариативный) 9-10 баллов	
	Контрольная группа – КГ				
	605-606 ОМП – 17 человек	18%	64%	18%	
	Экспериментальная группа – ЭГ				
603-604 ОМП – 17 человек	12%	73%	15%		

Анализируя полученные результаты уровня сформированности профессионально-правовой компетентности когнитивного критерия можно заключить следующее: на протяжении всего опытно-экспериментального цикла студенты в ЭГ и КГ, демонстрировали в большей степени средний уровень правовой грамотности по курсу «ПОДВ». Высокий процент среднего уровня когнитивного компонента профессионально-правовой компетентности, свидетельствует о том, что большая часть студентов недостаточно усвоили фундаментальные знания в области права при изучении дисциплины «Правоведение» на 2 курсе. Длительный временной разрыв в правовой подготовке студентов, способствовал тому, что многие студенты не связывают правовые знания со своей будущей профессиональной деятельностью, тем самым, считая их не основными при освоении образовательной программы по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело», что подтверждают полученные результаты проведённого замера мотивационного критерия ЭГ и КГ (табл.3). Однако, на заключительном этапе опытно-экспериментальной работы, произошли существенные изменения – в ЭГ количество респондентов с высоким уровнем правовых знаний увеличилось на 11%. Необходимо подчеркнуть, что гибкая (дистанционная) форма

изучения теоретического материала курса «ПОДВ» (студенты ЭГ самостоятельно занимались в удобное для них время, не были привязаны ко времени занятия и к преподавателю), способствовала положительной динамике.

Результаты исследования и их обсуждение

На протяжении всего опытно-экспериментального цикла проводилось целенаправленное наблюдение за студентами контрольной и экспериментальной групп во время лекционных и практических занятий. Систематическая оценка работы студентов с целью подведения промежуточных итогов по курсу «ПОДВ» позволила не только получить определённые данные и сделать выводы, но и дифференцировать студентов по трем уровням в зависимости от степени сформированности их профессионально-правовой компетентности: низкий, средний, высокий. Результаты проведённых замеров уровня сформированности профессионально-правовой компетентности когнитивного критерия (табл.2) в ЭГ и КГ на начальном и заключительном этапах изучения «ПОДВ» показали, что количество студентов с низким уровнем профессионально-правовой компетентности сократилось на 4% в ЭГ (в КГ на 7%); со средним уровнем профессионально-правовой компетентности в КГ увеличилось на 4% (в ЭГ сократилось на 7%); с высоким уровнем профессионально-правовой компетентности в ЭГ увеличилось на 11% (в КГ на 3%).

Таблица 3

Показатели уровня M_k в контрольной и экспериментальной группах (ч.) на начальном и заключительном этапах изучения «ПОДВ»

«Социологические аспекты правовой грамотности студенческой молодежи»								
Вопрос №	До изучения курса «ПОДВ»				После изучения курса «ПОДВ»			
	34 респондента (человека)							
	5баллов	4балла	3балла	2балла	5баллов	4балла	3балла	2балла
Вопрос №1	6 ч.	15 ч.	10 ч.	3 ч.	9 ч.	19 ч.	5 ч.	1 ч.
Вопрос №2	2 ч.	7 ч.	14 ч.	11 ч.	4 ч.	16 ч.	11 ч.	3 ч.
Вопрос №3	1 ч.	13 ч.	18 ч.	2 ч.	8 ч.	14 ч.	10 ч.	2 ч.
Вопрос №6	3 ч.	6 ч.	13 ч.	12 ч.	0 ч.	3 ч.	3 ч.	28 ч.
Вопрос №7	7 ч.	5 ч.	12 ч.	10 ч.	12 ч.	7 ч.	9 ч.	6 ч.
Вопрос №8	4 ч.	12 ч.	10 ч.	8 ч.	9 ч.	15 ч.	5 ч.	5 ч.
Вопрос №9	9 ч.	21 ч.	3 ч.	1 ч.	16 ч.	14 ч.	4 ч.	0 ч.
	ЭГ				КГ			
До изучения «ПОДВ» Вопрос №4	8 ч.	7 ч.	10 ч.	9 ч.	7 ч.	9 ч.	12 ч.	6 ч.
После изучения «ПОДВ» Вопрос №5	14 ч.	11 ч.	6 ч.	3 ч.	18 ч.	8 ч.	7 ч.	1 ч.

Результаты проведённых замеров уровня сформированности профессионально-правовой компетентности деятельностного критерия (табл.4) в ЭГ и КГ на начальном и заключительном этапах изучения «ПОДВ» показали, что количество студентов с низким

уровнем профессионально-правовой компетентности сократилось на 2% в ЭГ (в КГ на 3%); со средним уровнем профессионально-правовой компетентности в КГ увеличилось на 2% (в ЭГ сократилось на 2%); с высоким уровнем профессионально-правовой компетентности в ЭГ осталось неизменным, в КГ увеличилось на 1%.

Таблица 4

Показатели уровня Дк в контрольной и экспериментальной группах по итогу изучения дисциплины «ПОДВ» (динамика рейтинга групп)

Дк сформированности правовой компетентности (на начальном этапе)				
Контроль «ВХОДА»	Группы	n=17=100%		
		Уровни		
		Низкий (исполнительский) 3-6 баллов	Средний (исполнительско- репродуктивный) 7-9 баллов	Высокий (репродуктивно- вариативный) 10-16 баллов
Контрольная группа – КГ				
	605-606 ОМП – 17 человек	50%	45%	5%
Экспериментальная группа – ЭГ				
	603-604 ОМП – 17 человек	23%	73%	4%
Дк сформированности правовой компетентности (на заключительном этапе)				
Контроль «ВЫХОДА»	Группы	n=17=100%		
		Уровни		
		Низкий (исполнительский) 3-6 баллов	Средний (исполнительско- репродуктивный) 7-9 баллов	Высокий (репродуктивно- вариативный) 10-16 баллов
Контрольная группа – КГ				
	605-606 ОМП – 17 человек	47%	47%	6%
Экспериментальная группа – ЭГ				
	603-604 ОМП – 17 человек	25%	71%	4%

Анализируя результаты диагностики показателей уровней деятельностного критерия можно заключить следующее: на протяжении всего опытно-экспериментального цикла студенты ЭГ и КГ демонстрировали средний уровень решения профессионально-правовых задач по курсу «ПОДВ». Кроме того, как на начальном, так и на заключительном этапах изучения «ПОДВ», часть студентов ЭГ (25%) были пассивны или вовсе не могли оценить профессионально-правовую ситуацию; 7% студентов ЭГ – затруднялись назвать нормативные акты, регламентирующие правоотношения в области трудового и гражданского права; 10% студентов ЭГ – не смогли ответить на вопросы, связанные с процедурой защиты прав и свобод пациента и медицинского работника; 8% студентов ЭГ – продемонстрировали достаточно слабые знания в области юридической ответственности медицинских работников. Лишь незначительная часть студентов ЭГ (10%) были активны при разрешении профессионально-правовых задач, ориентировались

в правовых нормах. В свою очередь, студенты КГ, в отличие от студентов ЭГ, изучая курс «ПОДВ» в традиционной форме, показали положительную динамику изменения уровня сформированности профессионально-правовой компетентности, а также имели больше возможностей отрабатывать умения и навыки решения профессионально-правовых задач не только в соответствии с юридическими нормами, но и правилами поведения, определяющие сформированность навыков «Soft Skills» – вступать в партнерское общение, высказывая свою точку зрения и проявляя при этом толерантность и доброжелательность по отношению к своим оппонентам. И если высокий уровень правовой компетентности, как утверждает М.А. Соболева, позволяет повысить качество оказания медицинской помощи, предотвратить возможные конфликты между медицинскими работниками и пациентами, предупредить совершение профессиональных правонарушений и преступлений [3], то без должных «мягких» навыков «Soft Skills» добиться успеха зачастую невозможно. Следуя данной логике, С. Н. Бацунов, И. И. Дереча, И. М. Кунгурова, Е. В. Слизкова отмечают, что эффективность человека в профессиональной деятельности напрямую зависит от уровня развития у него «мягких» навыков, которые, по его мнению, отличают «успешных специалистов от неуспешных, эффективные организации от неэффективных» [4]. На основании проведенного анализа результатов эмпирического исследования и изученных утверждений специалистов по выбранной теме, можно выделить проблему оптимального сочетания методов и технологий организации учебного процесса, способствующих формированию профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» у студентов-медиков при изучении курса «ПОДВ». С одной стороны, методы дистанционного обучения, в отличие от традиционных методов нацеливают студента-медика на то, каким путем и какую информацию следует получить для решения той или иной правовой проблемы, что способствует его готовности к самостоятельному освоению новых знаний, получению умений и навыков. Следовательно, это позволяет будущему медицинскому работнику адаптироваться в постоянно трансформирующейся сфере здравоохранения и меняющихся запросах рынка труда. Однако, с другой стороны, при дистанционной правовой подготовке отсутствие межличностного взаимодействия с преподавателем и/или другими обучаемыми при решении юридических задач не лучшим образом влияет на результат сформированности профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» у студентов-медиков. Следовательно, технологии дистанционного обучения при изучении курса «ПОДВ» должны использоваться только в качестве дополняющих традиционные формы и методы правовой подготовки студентов-медиков. При формировании

профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» у будущих специалистов сферы здравоохранения в рамках изучения курса «ПОДВ», необходимо использовать интерактивные методы обучения, но разумно сочетая их с классическими методами проведения семинарских занятий. Традиционно-проблемное изложение материала курса «ПОДВ» с дискуссионным характером, способно сформировать не только правовые, но и «мягкие навыки»: обсуждать, анализировать юридическую информацию, сравнивать её, делать выводы, спорить и доказывать свою точку зрения при решении правовых проблем. Полученные результаты проведённого исследования подчеркнули актуальность разработки структурно-содержательной модели формирования профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» у будущих специалистов сферы здравоохранения в рамках преподавания курса «Правовые основы деятельности врача» сочетающая различные современные методы и технологии обучения (рис.2).



Рис.2 Структурно-содержательная модель формирования профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills» при изучении курса «Правовые основы деятельности врача»

Заключение

На основании всего вышеизложенного можно резюмировать следующее: во-первых, разработанная в результате проведённого исследования структурно-содержательная модель изучения курса «Правовые основы деятельности врача», интегрирует современные методы обучения, обеспечивая тем самым одновременное использование дистанционных и традиционных форм образовательного процесса, способствует эффективному формированию профессионально-правовой компетентности и навыков «Soft Skills». Во-вторых, преподавание курса «ПОДВ», с преимущественным применением традиционных форм обучения в большей степени способствует развитию интегральных качеств личности студентов – готовность будущих специалистов сферы здравоохранения не только решать практические задачи правового характера, но и осуществлять продуктивную коммуникацию (убеждать, лидировать, управлять, находить нужный подход к людям, разрешать конфликтные ситуации и др.). В-третьих, несомненным остается факт влияния навыков «Soft Skills» на профессионально-правовую компетентность (когнитивный, мотивационно-ценностный и поведенческий компоненты) студентов-медиков, не проявляющих большого интереса к правовым знаниям, следовательно, изучение дисциплин правового цикла целесообразно осуществлять при обеспечении практико-ориентированного подхода, решение правовых задач связанных с будущей профессиональной деятельностью будущих специалистов сферы здравоохранения. В-четвёртых, при изучении дисциплин правового цикла, методически грамотная и тщательно организованная работа преподавателя способна реализовать не только современные тренды дистанционного обучения, но и традиционные формы профессиональной подготовки, не требующих масштабных изменений системы правового образования.

Список литературы

1. Таптыгина Е.В. Процесс формирования Soft Skills в медицинском вузе // «Медицинское образование и профессиональное развитие» ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России // 2018 № 2, С. 67-74.
2. Ивонина А.И., Чуланова О.Л., Давлетшина Ю.М. Современные направления теоретических и методических разработок в области управления: роль Soft-Skills И Hard Skills в профессиональном и карьерном развитии сотрудников // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» 2017 Том 9, №1, С.1-18.

3. Соболева М. А. Формирование правовой компетенции студентов медицинского института: на примере специальности 060101 Лечебное дело// автореферат – диссертация кандидата педагогических наук: 13.00.08 // Орел, 2013.- 221 с.: ил. РГБ ОД, 61 13-13/698. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.dslib.net/prof-obrazovanie/formirovanie-pravovoj-kompetencii-studentovmedicinskogo-instituta.html> (дата обращения 10.12.2018).

4. Бацунов С. Н., Дереча И. И., Кунгурова И. М, Слизкова Е. В. Современные детерминанты развития Soft Skills // Научно-методический электронный журнал «Концепт» апрель 2018 № 4, С. 198-207. [Электронный ресурс]. URL: <file:///C:/Users/1/Downloads/sovremennye-determinanty-razvitiya-soft-skills.pdf> (дата обращения 11.12.2018).

Богданова Елена Николаевна – магистр правового образования, ассистент кафедры истории, экономики и правопедения ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России 620014, г. Екатеринбург, ул. Анри Барбюса, 2, тел +7 (343) 214-85-38, history@usma.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ТРУДА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Борзунова Н.С., Тренкина А. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Ориентация работников на объединение личных интересов и интересов работодателя – это главная задача по достижению целей управления персоналом. Изменение содержания труда, повышение уровня образования и социальных ожиданий работников усиливает значение мотивации как функции менеджмента. В работе изучены основные мотивационные составляющие сестринского персонала на примере поликлиники № 5 МБУ ЦГБ 2 им. А.А. Миславского, г. Екатеринбург.

Ключевые слова: мотивация, медицинская сестра, медицинская помощь стимулирование труда.

Optimization of the system of motivation for work of nursing

Borzunova N.S., Trenkina A.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

Orientation of employees to the combination of personal interests and the interests of the employer is the main task to achieve the goals of personnel management. Changes in the content of labor, raising the level of education and social expectations of workers reinforce the importance of motivation as a management function. The paper studies the main motivational components of nursing personnel on the example of polyclinic No. 5 Hospital named after A.A. Mislavsky, Yekaterinburg.

Keywords: motivation, nurse, medical aid, job stimulation.

Введение

Ведущим направлением в современной медицине является сохранение здоровья нации, которое бесспорно обеспечивается благодаря усилиям работников системы здравоохранения. Безусловно, для такой цели необходима мотивация медицинского персонала, независимо от структуры или подразделения медицинской организации.

Многие страны ставят перед собой задачи по улучшению управления качеством медицинской помощи и трудового потенциала сотрудников, что может реализоваться посредством эффективного повышения мотивации к труду персонала медицинской организации с учетом личных интересов каждого работника, что создаст оптимальные

условия для трудовой деятельности сотрудников в контексте их самореализации в медицинской организации [1, 2].

В основе управления персоналом лежит ориентация работников на достижение целей медицинской организации, учитывающая их общие интересы. Безусловно, для любой эффективной деятельности медицинской организации требуются ответственные и инициативные работники, стремящиеся к трудовой самореализации личности, что довольно трудно обеспечить с помощью традиционных форм материального стимулирования и строгого внешнего контроля, зарплаты и наказаний. Лишь только те люди, которые осознают смысл своей деятельности и стремятся к достижению и своих личных целей, и целей всей медицинской организации, могут рассчитывать на получение высоких результатов [1].

Заинтересованный, активный и замотивированный сотрудник — это залог высокой производительности и гарантия качества работы любой медицинской организации, а опыт и квалификация сотрудников – это успех любого дела [3, 4].

Материалы и методы исследования

Для выявления особенностей системы мотивации и диагностики удовлетворенности трудом сестринского персонала нами было проведено исследование на базе поликлиники № 5 МБУ ЦГБ 2 им. А.А. Миславского, г. Екатеринбург за период с 2016 по 2018 г.г.

Основные методы, которые были использованы в работе:

1. Аналитический (изучение литературных источников, их анализ).
2. Изучение документации (положение об оплате труда, должностные инструкции среднего персонала, коллективный договор, приказы об оплате труда).
3. Социологический (анкетирование медицинских работников поликлиники № 5 МБУ ЦГБ №2 им. А.А. Миславского).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ штатного расписания и фактической занятости сотрудников поликлиники показал, что на долю среднего медицинского персонала приходится около половины штата (47%).

За весь период наблюдения наблюдается рост текучести кадров (если за 2016 год уволились 2 человека, то за 2018 год – уже 9, притом на долю медсестер приходится 45%).

Результаты социологического опроса (рис.1), свидетельствующего об удовлетворенности работой, показали, что персонал не удовлетворен в основном материальной оценкой труда, тогда как система отбора и расстановки кадров устраивает

персонал больше всего. Кроме того, большинство респондентов (60,0 %) ответили, что могли бы осуществлять свою работу лучше, чем на сегодняшний день, а 20,0 % - с большей долей вероятности смогли бы работать наилучшим образом, чем на сегодняшний день, если будут удовлетворены системой мотивации. Это в свою очередь является огромным потенциалом, теряющемся в результатах неудовлетворенности главных потребностей большей части персонала поликлиники ЦГБ №2, Екатеринбург».

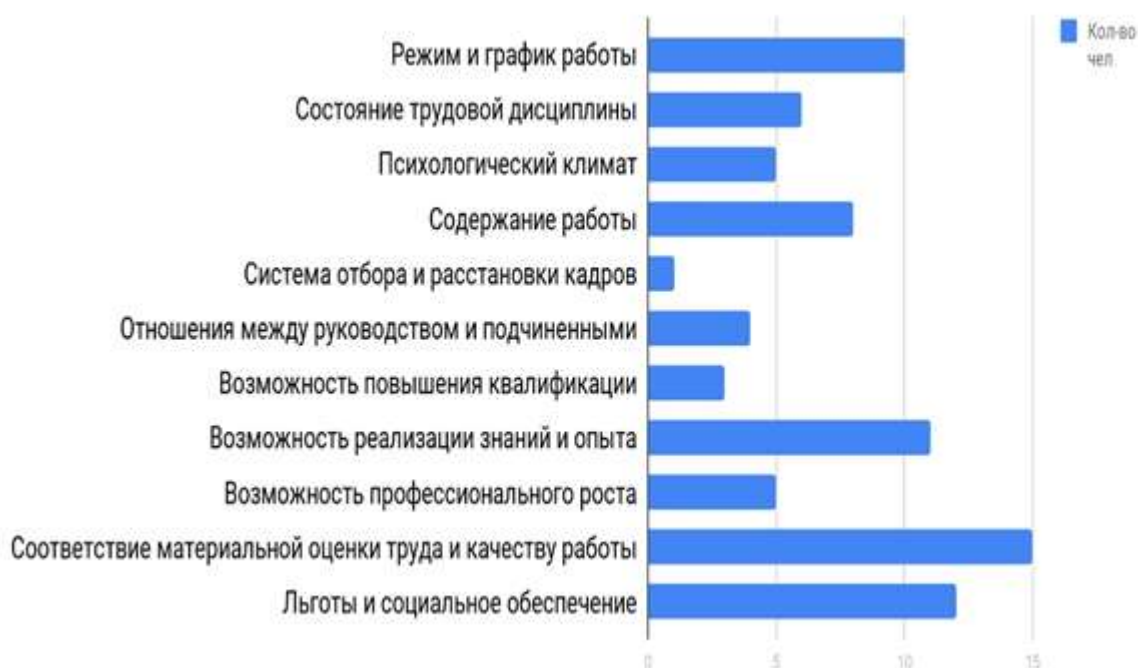


Рис. 1. Удовлетворенность работой персонала поликлиники № 5 МБУ ЦГБ №2, г. Екатеринбург

Анализируя данные таблицы 1, для работников МБУ «ЦГБ №2, Екатеринбург» наиболее привлекательными факторами на сегодняшний день являются отношения в коллективе (38,7%); 9,7% не могут сменить работу в силу возрастных особенностей; 16,1% отметили, что работают из-за сложившейся на ситуации на рынке труда в связи с кризисом в стране.

Таблица 1
Критерии привлекательности нынешней работы

Критерий	(%)
Хороший коллектив	38,7
Соответствие занимаемой должности способностям и знаниям, возможностью себя проявить	6,5
Зарботная плата	6,5
Из-за кризиса нет возможности уйти на другую работу	16,1
Хорошие условия труда	16,1
Возраст не позволяет сменить работу	9,7
Социальная защищенность	6,5

Заключение

Учитывая, что в системе здравоохранения сестринский персонал – это наиболее значимая часть трудовых ресурсов и в современном мире существует достаточное количество негативных факторов, которые могут оказывать влияние на профессиональную деятельность (недостаточный престиж профессии, относительно низкая заработная плата, сложные условия труда), что несомненно затрудняет процесс управления. Поэтому, чрезвычайно важна четкая мотивация деятельности медицинских сестер в изменяющейся структуре управления лечебных учреждений.

В сложившихся условиях для медицинских сестер побуждение к деятельности представлено мотивированием и стимулированием. Побуждения медицинского персонала и действия его к достижению определенных целей ориентируются на ценности, которые распределились по приоритетам, а именно:

1. Заработная плата, медицинское обслуживание и удовлетворение выполненной работой.
2. Уважение коллег, хорошие отношения с ними
3. Поощрение со стороны администрации.
4. Возможность самореализации, социальный пакет и признание в медицинской организации.

Рекомендации

В процессе внедрения проекта в поликлинике № 5 МБУ «ЦГБ №2, г. Екатеринбург» рекомендуется проведение следующих мероприятий:

1. Подготовки организационных мероприятий информационно – разъясняющего характера для медицинского персонала и проведению собраний по разъяснению процесса совершенствования мотивационного механизма и его преимуществ.
2. Предложению рассмотрения методов стимулирования труда медицинских сестер в данном лечебном учреждении.

Список литературы

1. Катернюк, А.В. Менеджмент: управление персоналом, маркетингом и продажами / А.В. Катернюк. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015. - 382 с.
2. Заказнов А.В. Система мотивации и оплаты труда как один из ключевых факторов успешной деятельности организаций /Альманах. Мотивация персонала. Разработка системы, оценка эффективности, 2018, №1, с. 80 – 89.

3. Волгин, А.П. Управление персоналом в условиях рыночной экономики / А.П. Волгин. - М.:Юнити, 2012. - 541с.
4. Кибанов, А.Я. Основы управления персоналом: учебник / А.Я. Кибанов. - М.: ИНФРА-М, 2016. - 313 с.

Борзунова Наталья Сергеевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры управления сестринской деятельностью ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3. 89122732642, natuskroshk@rambler.ru

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ (НА ПРИМЕРЕ ФГБОУ ВО УГМУ)

Лылова Ю.А., Шапошников Г.Н.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Екатеринбург*

В статье на основе опроса студентов младших курсов Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации продемонстрировано отношение к народному врачеванию, использованию его популярных средств для проведения самолечения. Авторы статьи полагают, что данное отношение характерно для всех студентов медицинских вузов России.

Ключевые слова: народное, традиционное врачевание, медицина научная, статистический опрос, студенчество

Folk healing art in the views of medical students (for example, federal state budget educational institution of higher education USMU)

Lylova J.A., Shaposhnikov G.N.

*Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of
the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg*

On the basis on a survey of junior students of the Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation attitude to Russian healing art, the use of its popular means for self-treatment. The authors believe that this attitude is typical for all students of medical universities in Russia.

Keywords: folk healing art, traditional healing art, medicine, scientific, statistical survey, students.

Введение

Сегодня роль народного и традиционного врачеваний в России возрастает. Отношение к методам и практикам народного врачевания в нашем обществе неоднозначное. Одни отрицают «прабабушкины методы» оздоровления. Другие - широко прибегают к услугам

народных целителей, часто становясь жертвами различных адептов черной и белой магии и шарлатанов.

Цель исследования – на основе анкетирования студентов младших курсов УГМУ выяснить их отношение к народным методами лечения. При этом была выдвинута гипотеза, что в условиях городского проживания и обучения в медицинском университете, где с первых недель пребывания прививаются навыки медицины научной, студенты могут относиться к народному врачеванию пренебрежительно.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования являются результаты анкетирования студентов, в ходе которого мы попытались, выяснить, как студенты первого курса относятся к народной медицине, часто ли используют ее методы, знают ли об основных целительных свойствах трав. Целевой аудиторией составленного опроса являются студенты первокурсники, лечебно-профилактического и стоматологического факультетов Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» (далее - УГМУ). Такой выбор обусловлен нашей заинтересованностью вопросом положения народной медицины и отношения к ней у людей нашего возраста.

В опросе приняло участие 228 человек, что составляет примерно 50% от общего числа первокурсников этих факультетов. Результаты опроса можно считать репрезентативными. В исследовании применены статистический и идеографический (описательный) методы, которые позволили дать относительно объективную картину представлений студентов о народном врачевании.

Результаты исследования и их обсуждение

Прежде всего, необходимо определиться с понятийным аппаратом. В популярной и научной литературе сегодня используется много самых различных дефиниций для определения традиционных и нетрадиционных форм и методов лечения. Многие авторы говорят о китайской традиционной и народной медицинах, подразумевая под этими понятиями одно и то же, другие потребляют термины традиционная и нетрадиционная, альтернативная, дополнительная медицины, третьи пишут о врачевании [1]. Мы исходим из того, что медицина может быть только одна - научная, морфоцентрическая. Все другие виды, формы, системы лечения, реабилитации, профилактики здоровья, на наш взгляд, относятся к врачеванию. Поэтому, более правильным будет употребление терминов: народное и традиционно врачевание, научная морфоцентрическая, современная медицина [2]. Две первые системы являются порождением и важнейшей составляющей

частью народной культуры и существуют в аграрных, традиционных обществах, научная медицина – порождение обществ индустриальных, она интернациональна и является частью мировой культуры.

Поскольку цель нашей работы – отражение народного врачевания в сознании студентов, остановимся на этом понятии подробнее. Под народным врачеванием мы понимаем систему оздоровления, которая включает совокупность средств лечения, профилактики, реабилитации, диагностики какого – либо социума, выработанных в результате эмпирического и магического опыта на протяжении столетий [3]. Оно зародилось в недрах первобытно-общинного строя, его знания и практики накапливались, преумножались в ходе формирования этносов. Особенности народного врачевания определяются климатическими и географическими условиями, историческими и культурными традициями, бытовыми стереотипами данного народа. Можно с уверенностью сказать, что сколько народов и культур, столько и систем народного врачевания. Как правило, в народном врачевании лекарем выступает весь коллектив (род, племя, жители одной деревни). Лекарем может выступать и отдельный индивид – знахарь, костоправ, шаман, повивальная бабка.

Народное врачевание – явление универсальное, она существует у всех народов. Оно вобрало и эмпирический опыт лечебной помощи (лечебные средства растительного, минерального, животного происхождения, мануальные, гигиенические и др. навыки) и магические обряды данной культуры (психологическое воздействие, заклинания, наговоры, привороты и др.). Народное врачевание развивается и существует в рамках национальной культуры и исчезает, когда данный народ и его культура – уходят из истории. При этом, народное врачевание одних народов может переходить в другие культуры и народы, развиваться и обогащаться в других цивилизациях.

Стоит отметить, что вплоть до второй половины XIX века народные врачеватели пользовались необычайной популярностью, особенно в России [4]. С появлением государственности появляется традиционное врачевание – это понятие более узкое, и исторически более молодое. Его становление происходит в эпоху мировых религий. В основе традиционного врачевания лежат философско – религиозные концепции и эмпирический опыт народа. Без философской концепции, которая определяет мировоззрение человека, не может быть и традиционного врачевания. Образчиками традиционного врачевания могут выступать китайское, мусульманское, буддийское и др. В современной России практики традиционного врачевания широко применяет православная церковь. Отметим, что народное и традиционное врачевание лечит, в

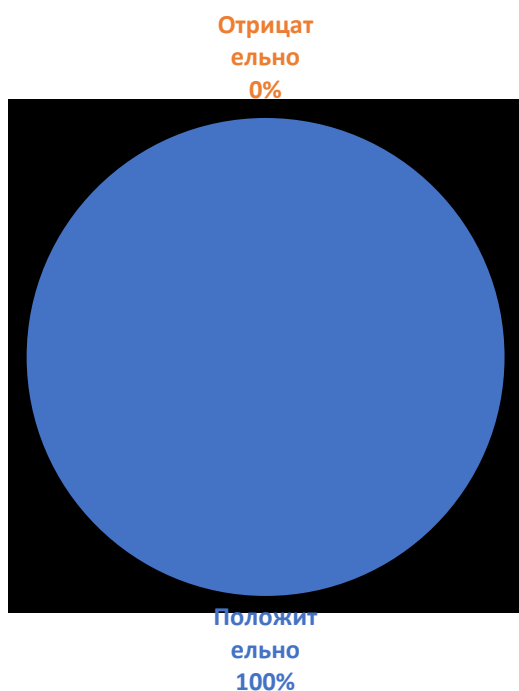
основном, симптомы [5]. Медицина научная, морфоцентрическая лечит само заболевание, и она возникла как потребности оздоровления и поддержания трудоспособности населения индустриальных обществ [6].

Каждый из нас знаком с методами народного врачевания и неоднократно прибегал к их использованию при недомоганиях. Сегодня многие врачи рекомендуют лечиться народными методами, особенно растительного происхождения, а население широко использует средства народного врачевания. Можно сказать, что значимость народного врачевания сегодня в России, – возрастает. Это объясняется серьезными издержками в проведении реформ в системе отечественного здравоохранения, коммерциализацией медицины, дороговизной лекарственных препаратов, низкой медицинской культурой населения, историческими традициями и доступностью лечебных средств растительного, животного и минерального происхождения. Ф. Гаммерман, автор-составитель руководства по лекарственным растениям, назвал такую черту популярности народных методов как ее «всевозможность и целительную силу» [7]. На первом месте обращения населения к народным практикам оздоровления, безусловно, лежит неудовлетворенность системой здравоохранением современной России, особенно в сельской местности.

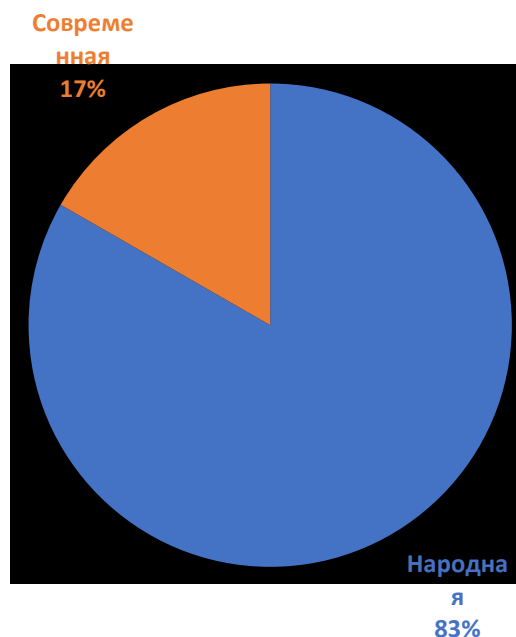
Как же студенты медики, которые готовятся стать врачами профессионалами, относятся к народному врачеванию.

Результаты первой части исследования опровергли нашу гипотезу: 100% опрошенных относятся к народному врачеванию положительно, 83,3% используют наиболее простые методы народного врачевания для самолечения. При этом, большинство считают, что народные методы лечения сегодня устарели и были более актуальны в Древнем мире (см. рис.1).

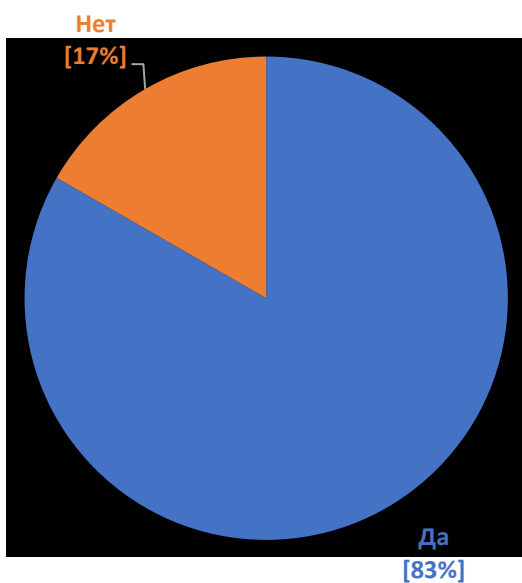
1. Как вы относитесь к народной медицине?



2. Что для Вас более предпочтительно: народная медицина или современная?



3. Используете ли вы народную медицину в своей жизни?



4. Актуальность народной медицины выше в современном мире или в древнем?

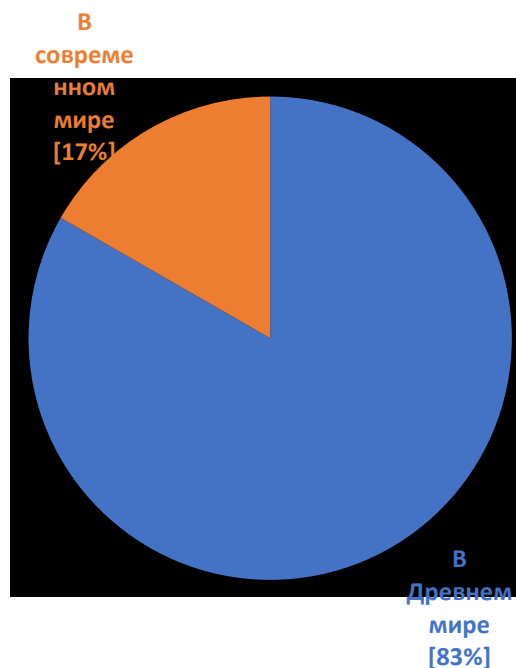
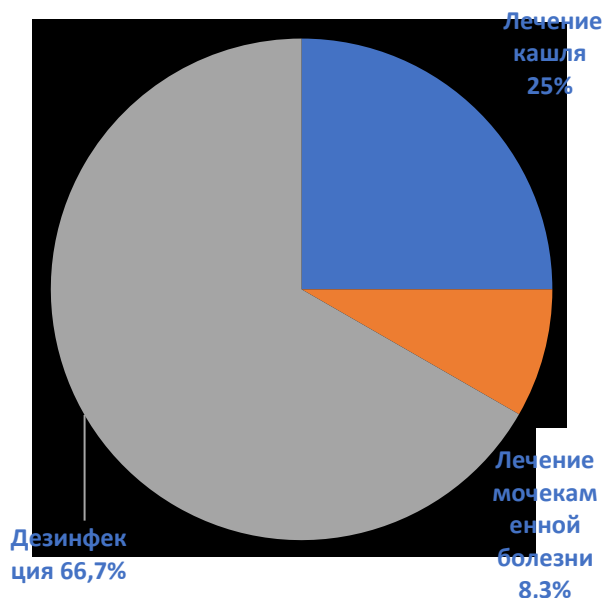


Рис.1 Отношение студентов к народной медицине

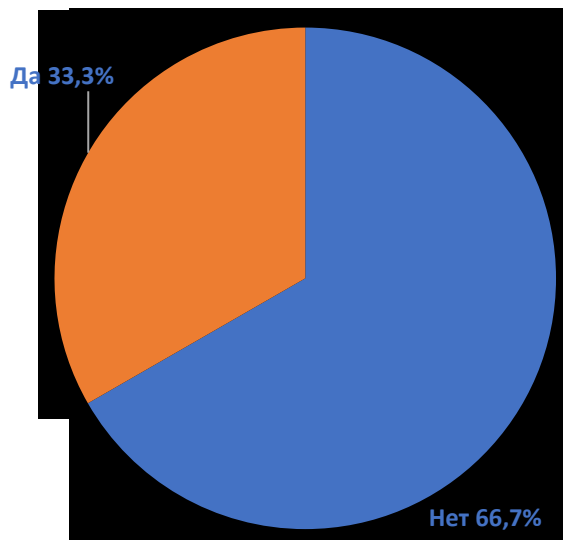
Далее следовали вопросы, которые касались теоретических знаний студентов в вопросах использования пиявок, вина и полыни в лечении. Большинство респондентов верно определили лекарственный эффект полыни, гирудотерапии, рыбьего жира, природных антисептиков. Выяснилось, что большой процент (63%) студентов верно

оценивают лечебные качества природных продуктов животного и растительного происхождения (см. рис.2).

5. Для чего раньше использовали полынь?



6. Всем известно, что вино продлевает человеку жизнь и молодость, а также выводит тяжелые металлы и др. Используете ли вы этот метод?



7. Пиявок с древности и по сей день использовали для...

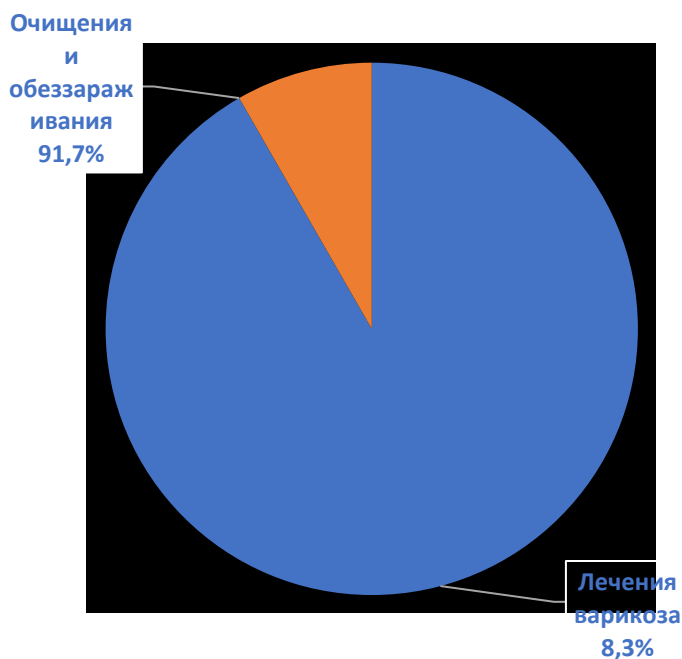


Рис.2 Уровень знаний студентов о народной медицине

Как мы уже отметили ранее, народные методы лечения, как и натуральные продукты, реже используются в повседневной жизни. А ведь именно природа одаряет людей экологически чистыми пищевыми ресурсами, в компоненты которых входят все самые полезные вещества, необходимые для человеческого организма.

Данные анкетирования позволили сделать еще одно суждение. Сегодня мы покупаем и используем продукты питания из супермаркетов. Но в большинстве этих продуктов, особенно купленных в более дешевых торговых сетях (магазины системы Ашан, Магнит, Восход и др.) входят консерванты (усилители вкуса, запаха), красители и ароматические соединения, которые помимо безвредных клеток организма уничтожают и здоровые. Наши респонденты отметили, что сейчас питание и лечение народными методами не является столь эффективным, как раньше, из-за следующих факторов: наличие опасных консервантов в продуктах питания, наличия в воздухе ядовитых веществ с промышленных фабрик и выхлопных газов машин, загрязненности почв и водоемов, которые отрицательно влияют на чудесные свойства натуральных продуктов. Многие фермеры принимают это во внимание, поэтому всеми силами стараются минимизировать количество синтезированных в лабораториях удобрений.

Выводы

1. По результатам проведенного социологического опроса можно сделать вывод о том, что студенты-медики знают о народных методах лечения. Заинтересованность в них отметили 100% респондентов, а три четверти респондентов заявили о частичном использовании ее в повседневной жизни. Иными словами, наше первоначальная гипотеза о пренебрежительном отношении студентов медиков к средствам лечения народного врачевания не получила подтверждения. При этом, большинство опрошенных предпочитают пользоваться для лечения современные химические лекарственные препараты.

2. В составленном опросе были вопросы, касающиеся осведомленности учащихся УГМУ о наиболее распространенных лекарственных средствах народного врачевания. Две трети опрошенных знает о пользе рыбьего и барсучьего жира, применения полыни и виолечения, а также о многих других методах народного лечения.

3. Зачастую люди используют новейшие способы лечения различных заболеваний, забывая о существовании достойных, проверенных веками методах борьбы с болезнями при помощи народных средств. В лечебной работе врачам необходимо шире рекомендовать пациентам экологически чистые средства лечения в виде настоек, капель, сывороток, масок, коктейлей и чаёв, которыми нас одарила природа.

Список литературы

1. <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
2. https://studopedia.ru/9_122572_vrachevanie-i-vrachevateli

3. Заблудовский П.Е. История медицины: Учебник для студентов медицинских институтов. – М.: Медицина, 1981. –352 с.
4. Киселев А. Старинные книги по травам – травники // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://merlinclub.ru/magiya/magicheskie-travy/starinnye-knigi-po-travam-travniki.html> (дата обращения 02.02.2019 г.).
5. https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/19873
6. Сорокина Т.С. История медицины. М., 2004. – С. 307 – 361.
7. Гаммерман Ф. Лекарственные растения (Растения-целители). Изд.2-е, перераб. и доп. Учеб. пособие для студентов биолог, специальностей вузов. – М.: Высшая школа, 1975. –393 с.

Шапошников Геннадий Николаевич – д.и.н., доцент, заведующий кафедрой истории, экономики и правопедения ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России 620014, г. Екатеринбург, ул. Анри Барбюса, 2, тел +7 (343) 214-85-38, history@usma.ru

ЦЕННОСТНОСТЬ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ

Ражева В.С., Фадеева Т.М., Валиева Т.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

В статье рассмотрены различия ценности элементов деятельности у студентов нескольких направлений обучения (технических, творческих и психологических специальностей). Полученные результаты могут быть использованы в целях улучшения качества образования и усовершенствования учебного процесса при помощи использования различных подходов к обучению студентов определенных специальностей.

Ключевые слова: ценностные ориентации, профессиональная деятельность, образование.

The value of the elements of educational-professional activities, depending on the direction of training

Razheva V. S., Fadeeva T. M., Valieva T. V.

*Federal State Educational Institution higher education "Ural State Medical University" Ministry of
Health of the Russian Federation*

In this article, differences in the value of the elements of activity among students in several areas of study (technical, creative and psychological specialties) are considered. The obtained results can be used to improve the quality of education and improve the learning process by using different approaches to teaching students of certain specialties.

Keywords: value orientations, professional activity, education.

Введение

В условиях постоянно меняющегося мира достаточно сложно построить систему образования так, чтобы обучение было наиболее продуктивным. Изучение ценности различных элементов у студентов способствует адекватной перестройке некоторых частей учебного процесса и формированию здоровой атмосферы для развития.

Материалы и методы исследования

Готовность человека к профессиональной деятельности традиционно определяется тем, что он знает и умеет. В процессе обучения происходит смена приоритетов и

жизненных ориентиров. Профессиональное обучение безусловно влияет на личность студента, на его ценностные ориентации и предпочитаемые формы, методы и средства получения образования.

Возникновение ценностей связывают с предметами, их свойствами, нацеленными на удовлетворение потребностей личности и общества. Они могут выступать как суждения, связанные с оценкой предметов и явлений, как со стороны личности, так и общества. Ценностная сфера личности становится определенным ориентиром в осмыслении поведения, регулирующим деятельность человека, в том числе и профессиональную. Ценности профессиональной деятельности – это смыслообразующая основа, которая определяет значение профессии [1].

Субъективное предпочтение тех или иных ценностей – начало определения иерархии ценностных ориентаций: семья, богатство, творчество, карьера, честь, совесть, здоровье, интимные отношения, заботы о других и т. д. Ценностные ориентации – компонент направленности личности. Это разделяемые и внутренне принятые ею материальные и духовные ценности, предрасположенность к восприятию условий жизни и деятельности в их субъективной значимости. Непротиворечивость ценностных ориентаций – показатель устойчивости личности [2].

Эффективность формирования профессиональной компетентности студента зависит от того, как личность в процессе профессионального развития выстраивает свою систему ценностей, соотношение внешних требований профессии, профессионального сообщества и своего внутреннего мира. Процесс ориентации личности на ценности рассматривается как непрерывное, динамическое развитие от банальных ценностей к ценностям более высокого порядка и включает в себя присвоение ценностей общества, преобразование себя на основе имеющихся ценностей и использование ценностей в процессе формирования профессиональной компетентности студента – будущего профессионала своего дела. По мнению большинства авторов (Л.В. Ведерниковой, А.А. Вербицкого, И.В. Дубровиной, И.А. Зимней, С.Н. Иконниковой, Л.А. Кандыбович, А.В. Кирьяковой, И.Ф. Клименко и других), ценностные ориентации определяют центральную позицию личности, оказывают влияние на направленность и содержание профессиональной компетентности, общий подход к окружающему миру и самому себе, определяют смысл и направление деятельности человека, его поведение и поступки [3].

Как известно ценности имеют двойственную структуру – они социальные и индивидуальные одновременно. В индивидуальных ценностях сосредоточен опыт конкретного субъекта, они формируются под влиянием социальной среды и особенностей

социальных групп, выполняют функции регуляторов поведения и проявляются во всех областях человеческой деятельности, в том числе и профессиональной [3]. Ценность рассматривается как понятие, характеризующее социально-историческое значение для общества и личностный смысл для индивидов определенных явлений действительности. Разделяемые и внутренние принятые личностью материальные и духовные ценности в науке обозначаются понятием ценностные ориентации [4].

Отечественная психология советского периода рассматривала ценности в контексте изучения направленности личности, которая в различных концепциях обозначалась по-разному: как динамическая тенденция (С.Л. Рубинштейн), смыслообразующий мотив (А.Н. Леонтьев), доминирующее отношение (В.Н. Мясищев, Б.С. Братусь), основная жизненная направленность (Б.Г. Ананьев). Обращаясь к проблеме ценностей, А.Н. Леонтьев рассматривал три формы существования ценностей, переходящих одна в другую: 1) как общественный идеал; 2) как предметное воплощение этих идеалов в деяниях и произведениях конкретных людей; 3) как мотивационные структуры личности, побуждающие ее к предметному воплощению в поведении и деятельности общественных ценностных идеалов [5].

Развивая данный подход, Д.А. Леонтьев уточняет, что психология апеллирует к изучению именно личностных ценностей, что основными составляющими внутреннего мира человека, включающего в себя своеобразным образом преломленную и обобщенную внешнюю реальность, окрашенную тем смыслом, который она имеет для человека, являются присущие только ему и вытекающие из его уникального личностного опыта устойчивые смыслы значимых объектов и явлений, отражающие его отношение к ним, а также личностные ценности, которые являются, наряду с потребностями, источниками этих смыслов [6]. В.С. Братусь считает, что личностные ценности – это осознанные, «отрефлексированные» наиболее общие смысловые образования [7].

Ценности, выступающие ценностными основами результативной и эффективной профессиональной деятельности, вырабатываются как личностные системы ценностей, но знания о них сохраняются в обществе и передаются подрастающему поколению [8]. В качестве ценностных основ определенной профессиональной деятельности выступает система ценностей, которая является формой выражения концептуальных основ этой деятельности, то есть, тем инвариантом, который определяет качества всех профессиональных действий, выступающих как необходимых, как общезначимых для государства, общества и человека в сфере соответствующих профессиональных отношений. В ценностные основы профессиональной деятельности всегда включалось и

то, что значимо только для индивида, и то, что значимо для других людей, для общества. Разработка объективной формы ценностных основ профессиональной деятельности заключается в выявлении того, что выступает объективно значимым для качественного выполнения основной функции этой деятельности и в установлении степени значимости, того, что определено как объективно значимое [9].

Для выявления связи ценности элементов учебно-профессиональной деятельности с направлением обучения было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие 63 студента разных направлений обучения – технических, психологических, «актерское искусство». Для описания особенностей ценностного отношения к деятельности и элементам образовательной деятельности были применены следующие методики.

Методика «Смысложизненные ориентации» (СЖО) является адаптированной Д. А. Леонтьевым версией теста «Цель в жизни» Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика и позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. Методика была разработана на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла. В методике используются следующие субшкалы – цели в жизни, процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни, результативность жизни или удовлетворенность самореализацией, локус контроля – Я, локус контроля – жизнь [10].

Методика «Изучение потребности в достижениях» Ю.М. Орловым, направленная на изучение соотношения адекватной самооценке и потребности в достижениях, активности и целенаправленности человека [11].

Авторская методика, построенная по типу биполярного семантического дифференциала, призванная оценить степень ценностного отношения студентов к отдельным аспектам учебно-профессиональной деятельности. Нами были включены такие объекты для оценивания, как умение преподавателя преподнести информацию – отношение преподавателя к студентам, польза людям как результат труда – личная выгода как результат труда, моральное удовлетворение от работы – финансовое вознаграждение, семейные ценности – карьерный рост, конкуренция и развитие – стабильность, частая смена деятельности – примерно одинаковый ее формат, лекции – практика, неформальное общение – формальное общение, устный экзамен – экзамен в письменной форме, занятия в малой группе – занятия в большой группе, акцент на теории – преобладание практики, профессия как самореализация – профессия как доход,

методы работы только в рамках моральных принципов – любые методы, отдача профессии полностью – совмещение ее с другими видами деятельности, получение практических навыков по профессии – получение диплома.

Результаты исследования и их обсуждение

Для математико-статистической обработки полученных данных был выбран критерий Н-Краскала-Уоллеса (таблица).

Таблица
Результаты сравнительного анализа групп по критерию Н-Краскала-Уоллеса*

№	Переменная	Средний ранг по специальности			Эмпирическое значение критерия, Н	Уровень Значимости, Р
		Техническая	Психологическая	Творческая		
1.	Цели в жизни	30,9	39,4	25,8	5,91	0,05
2.	Результат жизни	30,4	41,8	23,8	10,33	0,01
3.	Моральное удовлетворение от работы – Финансовое вознаграждение	23,9	31,1	41,0	9,72	0,01
4.	Семейные ценности – Карьерный рост	31,2	39,0	25,7	5,82	0,05
5.	Получение практических навыков по профессии – Получение диплома	27,8	26,7	41,4	9,11	0,01
6.	Методы работы только в рамках моральных принципов – Любые методы	39,0	23,7	33,3	7,77	0,02

* оставлены результаты значимые на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты, приведенные в таблице, показывают, что по шкале «Цели в жизни» методики СЖО, наибольшее значение наблюдается у представителей психологической специальности. Высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленных людей, но и «прожектёров», планы которых не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Низкие баллы по этой шкале, выявленные у представителей творческих профессий, даже при общем высоком уровне осмысленности жизни присущи людям, живущим сегодняшним или вчерашним днем. Также различия обнаружены в баллах по шкале «Результат жизни». Она отражает оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Высокие баллы по этой шкале наблюдаются у представителей психологической специальности, что указывает на положительную оценку ими пройденного отрезка жизни, ощущение продуктивности и осмысленности жизни. Низкие баллы принадлежат студентам творческой направленности и могут свидетельствовать о наличии неудовлетворенности от прожитой части жизни.

По методике «Потребность в достижениях» значимых отличий среди групп выявлено не

было. На основе результатов авторской методики можно сделать вывод, что различия между группами студентов разных специальностей есть далеко не по всем ценностным отношениям к учебной деятельности. Так для студентов технических специальностей финансовое вознаграждение оказалось важнее, чем моральное удовлетворение, в то время как представители творческих специальностей, наоборот, придают большее значение моральному удовлетворению. Представители технических и психологических специальностей гораздо больше заинтересованы в получении диплома, чем студенты творческих направлений, заинтересованные в получении практических навыков. Самым неожиданным результатом оказалась расположенность психологов к использованию любых методов, а не только методов в рамках моральных принципов. Психологи ценят семейные ценности больше, чем карьерный рост. По остальным элементам образовательного процесса значимых различий в оценке их ценности для студентов различных специальностей выявлено не было.

Выводы

Исследование позволяет утверждать, что отношение студентов психологических, творческих и технических специальностей к одним и тем же элементам учебного процесса различается. Процесс профессионального обучения студентов, первоначальное профессиональное самоопределение и личностная идентичность студентов значимо связаны с особенностями их ценностно-смысловой сферы. Полученные результаты могут значительно улучшить процесс и результат обучения студентов различных направлений. Создание комфортной атмосферы для студента и преподавателя может повысить мотивацию к обучению и успеваемость.

Список литературы

1. Митина Л.М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях // Вопросы психологии. 2004. № 4. 28с.
2. Зубакова Н. П. Влияние ценностных ориентиров на мотивацию профессиональной деятельности студентов-парикмахеров // Молодой ученый. 2016. №21. С. 815-817. URL: <https://moluch.ru/archive/125/34773/> (дата обращения: 10.01.2018).
3. Васильева Л.А. Ценностные ориентации как фактор формирования профессиональной компетентности студентов колледжа // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. III междунар. науч.-практ. конф. № 3. Новосибирск: СибАК, 2010. URL: <https://sibac.info/conf/pedagog/iii/35601> (дата обращения: 10.01.2018)

4. Сидоренко О. А. Ценности как основа субъектной профессиональной позиции будущего педагога-психолога // Психология обучения. 2014. № 10. С. 5-17.
5. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. М.: Смысл, 1993. 43 с.
6. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд-во Моск. гос. ун-та, 1981. 584 с.
7. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. № 5. 1997. С. 3-19.
8. Козлова О.Н. Взаимосвязь личностной и социальной идентичности в структуре Я-концепции будущих специалистов: дис. ... кандидата психологических наук: 19.00.01; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. Москва, 2012. 206 с.
9. Худякова Н. Л. Аксиологические основы поведения человека: учеб. пособие. Челябинск: Изд-во Челяб. гос. ун-та, 2010, 109 с.
10. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО). М.: Смысл, 2000. 18 с.
11. Ильин Е.П. Мотивы и мотивация. СПб: Питер, 2011. 512 с.

Ражева Вероника Сергеевна - студентка 3 курса факультета психолого-социальной работы и высшего сестринского образования, специальность «Клиническая психология» ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 620028, Российская Федерация, обл. Свердловская (66), г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3. тел. 8 (343) 214-87-91, nikrs29@gmail.com

РОЛЬ МАТЕРИ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ СЛЕПОГО РЕБЕНКА

Тумасова Е. Р.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

В статье анализируется роль матери в предупреждении и коррекции нарушений моторного развития слепого ребенка. В работах отечественных и зарубежных тифлопсихологов и тифлопедагогов достаточно глубоко изучены особенности развития и поведения ребенка с тяжелыми нарушениями зрения, пути оказания ему коррекционно-педагогической помощи, обоснована необходимость ранней помощи, но роль матери во взаимодействии со слепым ребенком остается еще мало изученной.

Ключевые слова: слепые дети, моторное развитие, роль матери в коррекции и воспитании слепого ребенка.

The role of the mother in the prevention of violations of the motor development of a blind child

Tumasova E.R.

Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

The article analyzes the role of the mother in the prevention and correction of violations of the motor development of a blind child. In the works of domestic and foreign typhoid psychologists and typhoid pedagogues, the developmental and behavioral characteristics of a child with severe visual impairment are thoroughly studied, ways of providing correctional and educational assistance to him, the need for early help is substantiated, but the role of the mother in the interaction with the blind child remains little studied.

Keywords: blind children, motor development, the role of the mother in the correction and education of the blind child.

Введение

Двигательные нарушения в той или иной степени выраженности, особенно в первые годы жизни, отмечаются у всех детей с ограниченными возможностями здоровья [1]. Слепота как первичный дефект уже в первые месяцы вызывает у слепорожденного младенца вторичные отклонения в развитии, выражающиеся в меньшей активности и подвижности, в более позднем выделении отдельных специфических раздражений как

сигналов жизненно важных для ребенка предметов и явлений окружающего мира [2]. В дальнейшем отставание в развитии может приводить к различным вторичным нарушениям развития, в том числе нарушению моторного развития. При этом существует корреляция между степенью выраженности, временем возникновения сенсорного дефекта и развитием вторичных нарушений [3], - при слепоте с рождения потенциальные возможности нервно-психического развития существенно ниже, чем при слабовидении.

Важную роль в предупреждении различных отклонений играет не только специально организованное коррекционное воздействие, но и сам образ жизни и взаимодействие с ребенком матери.

Материалы и методы исследования

В статье анализируются особенности и нарушения моторного развития слепых детей, роль матери в плане предотвращения отклонений моторного развития незрячего ребенка, пути оказания коррекционной помощи.

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушения зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает недоразвитие моторной и психомоторной сфер. Отставание в развитии движений у ребенка с глубокими нарушениями зрения от зрячих наступает не сразу после рождения, первоначальное развитие основных движений осуществляется в том же темпе и в те же временные отрезки, что и у зрячего, но с 5—6 месяцев начинается его значительное отставание. В психомоторной сфере отмечаются слабость акта хватания, запаздывание дифференциации движений, наблюдаются стереотипные движения головы и рук или застывания с предметом [3].

После шести месяцев жизни слепые дети начинают резко отставать в развитии движений от зрячих того же возраста (J. W. Jones, P.C.Cohen, L.Zeuten) [2]. Такое отставание является результатом недостаточного контроля за осуществлением движений, поскольку детьми используется опора лишь на мышечное чувство. Затянувшееся отставание в формировании вертикального положения и самостоятельного передвижения, боязнь нового пространства, новых предметов задерживает образование и укрепление связей предмет—действие, не способствует вычленению свойств этих предметов. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, запаздывание формирования схемы тела, боязнь новых предметов и пространства обуславливает недоразвитие походки [4].

У некоторых слепых детей до 3—4-летнего возраста наблюдается неуверенность при принятии вертикальной позы, они передвигаются, приставляя одну ногу к другой, ходят

мелкими шагами, делают упор на пятки, не умеют переносить массу тела с пяток на носки и т.д. Затруднения в формировании ходьбы отмечаются целым рядом авторов (M.Norris, D. Warren, L.Zeuten, P.H.Азарян) [2]. Тормозящее влияние слепоты и слабовидения на развитие движений замедляет темпы их формирования. Ребенок еще длительное время оказывается несамостоятельным в передвижении в пространстве, а, следовательно, и недостаточно активным в познании окружающего мира. Сами же движения нуждаются в серьезной коррекции и не могут служить базой компенсации слепоты и слабовидения.

В исследованиях Е.А. и Д.В. Дычко и др. показано, что уровень развития двигательных способностей у слепых детей значительно ниже, чем у здоровых. Отмечается слабое развитие нервно-мышечной системы, низкий уровень функциональных возможностей мышц (например, скоростные возможности мышц) и двигательного аппарата в целом. Нарушения зрения приводит к отставанию в росте, массе и развитию двигательной памяти, физических качеств. При снижении основных антропометрических показателей наблюдается отставание слепых детей от их биологического возраста [5, 6].

Необходимым условием нормализации психического развития является активная помощь взрослого, специально направленное воспитание. Именно мать или заменяющее ее с самого рождения лицо обладает специфическими аффективными возможностями развития ребенка. Это связано с тем, что диада мать – ребенок на ранних этапах онтогенеза развивается как функциональная саморегулирующаяся биологическая система [1]. Характер взаимодействия с матерью, ее чувствительность к его потребностям, способности адекватно на них реагировать влияет в целом на благополучие ребенка [7, 8]. При этом, как показали исследования, проведенные в Институте коррекционной педагогики РАО, матери младенцев с нарушением зрения сталкиваются с трудностями при взаимодействии со своими детьми. Эти трудности связаны с тем, что младенцы могут быть менее активными, отзывчивыми, более раздражительными и сонными, их плач часто бывает однообразным и монотонным, по его характеристикам взрослым трудно понять, что вызывает дискомфорт у ребенка и как ему можно помочь [9].

В исследованиях Т.П. Кудриной выявлены типы коммуникативных действий, способствующих поддержанию взаимодействия [7]:

1. Мать наблюдала за состоянием младенца, его реакциями в ответ на ее воздействия и изменяла свое поведение в соответствии с результатами наблюдения.
2. Мать ожидала ответной реакции, для этого делала паузы в своих действиях и/или устанавливала оптимальный темп игры, отвечающий его возможностям.

3. Мать повторяла понравившийся младенцу игровой момент, что давало возможность продлить внимание ребенка к происходящему.

4. Мать показывала способ выполнения действия методом пассивных действий, совершая необходимое действие руками ребенка.

В свою очередь, к феноменам, препятствующим взаимодействию, относятся игнорирование матерью эмоционального состояния или действий младенца, отсутствие пауз в речи или действиях матери и быстрый темп игры. Наблюдения показали, что младенцы откликаются, дают яркую ответную реакцию и удерживают внимание к инициативам матери, когда она доступна восприятию младенца (находится близко), тактильно поддерживает свое обращение к ребенку и при этом ключевые характеристики ее речи (экспрессия, интонация, тембр, темп, паузы, предваряющие высказывание) позволяют обращению четко выделиться из окружающего ребенка шумового фона.

Для поддержания взаимодействия необходима активность как взрослого, так и ребенка. Имеющиеся у слепого младенца особенности реагирования на внешние стимулы отражались на его поведении во взаимодействии с близким взрослым. Проявление внимания в виде замиранья, прекращения движений рук и ног, настороженное прислушивание, повороты головы в сторону, противоположную партнеру – такое поведение ребенка противоречило ожиданиям матери, ориентирующейся на привычные средства выражения готовности к общению к которым можно отнести двигательное возбуждение, улыбку, поворот лица к партнеру. С другой стороны, матери, не получающие от ребенка желаемых реакций, во взаимодействии вели себя чрезмерно активно, не ожидали «ответов» от слепых младенцев, стремились обеспечить их большей стимуляцией [7].

Наличие в поведении матери эффективных коммуникативных действий, инициирующих и поддерживающих общение является необходимым элементом поддержания активности слепого ребенка, что является основой компенсации основного дефекта. Корректирующая роль матери в предупреждении моторных нарушений состоит в создании наиболее полного полисенсорного ансамбля раздражителей, как дистантных, так и контактных, позволяющих слепому малышу ориентироваться во внешнем мире, в расширении круга всевозможных раздражителей, возбуждающих слух, осязание, вкус, обоняние.

Для стимулирования слуха используются различные звучащие и музыкальные игрушки, пение песенок и стишков. Для стимулирования тактильной чувствительности ребенку предлагаются различные по весу, текстуре и свойству игрушки и безопасные предметы, массаж, купание. Различные крема и масла и даже неприятные запахи (например, запах

лука) стимулируют обоняние. Вестибулярную чувствительность стимулирует качание на руках, на качелях, на фитболе, езда на санках и с горки вместе со взрослым. Игрушки, с которыми играет ребенок, рекомендуется помещать на поднос, который имеет свое постоянное место. В целом, взаимодействие со слепым ребенком подразумевает комментирование всех действий простыми словами, чтобы ребенок понимал, что происходит с ним и вокруг него [10].

Для предупреждения отклонений в моторном развитии в каждом периоде развития ставятся различные задачи [11, 12]. В возрасте до 3 месяцев основными методами коррекции и стимулирования моторной сферы являются пассивная гимнастика, покачивания, пассивные повороты налево и направо, совместные с матерью повороты со спины на живот и обратно. Для развития навыка поворота головы используются навыки слухового и тактильного подкрепления.

В возрасте с 3 до 6 месяцев к пассивной гимнастике добавляются подготовительные движения к ползанию – сгибание и разгибание голеней в положении на животе. Необходимым условием продвижения в развитии является активизация моторики, установление связей «рука—рот», «рука-рука» на основе проприоцептивной чувствительности. Для стимулирования развития схемы тела рекомендуется закрепление на различных частях тела звучащих предметов, браслетов.

С 6 мес. до года слепому ребенку требуются занятия по развитию общих движений и чувства баланса при изменении положения тела в пространстве. Необходимой предпосылкой к ползанию должно стать умение локализовать источник звука без тактильной опоры. Приблизительно с 6 месяцев можно начинать учить ребенка находить рукой источник звука. Из-за отсутствия зрительной информации о положении тела в пространстве очень важным для последующей каждодневной жизни слепого ребенка является формирование до автоматического уровня способности использовать руки как защитную опору при потере равновесия. В этот же период необходимо начинать учить ребенка самостоятельно сидеть, перемещаться из положения лежа на спине в положение сидя, из положения лежа на животе в положение на четвереньки, из положения сидя на голени в положение стоя. Некоторые слепые дети предпочитают сидеть на согнутых в коленях ногах, поскольку это положение более устойчивое. Обучая ребенка вставать и садиться нужно многократно показывать, последовательность необходимых действий (например, как сгибать ноги в коленях и медленно опускаться сначала на одно колено, а потом на другое, когда садишься и т. п.). Обучая ребенка перемещаться из положения

лежа на животе в положение сидя, и из положения сидя на коленях в положение стоя, необходимо показать как использовать в качестве опоры предметы мебели.

Л.В. Тиньковой и Г.Ю. Козловской выделяются следующие специфические задачи моторного развития слепых детей в дошкольном возрасте [13]:

1. повышение двигательной активности детей путем создания специальных условий, позволяющих преодолевать скованность, ограниченность, недостаточность движений, боязнь передвижения в пространстве;
2. формирование жизненно необходимых двигательных умений и навыков на основе деятельности сохранных анализаторов;
3. коррекция и компенсация недостатков физического развития;
4. формирование личностных качеств, воспитание положительной мотивации и самостоятельной двигательной деятельности, преодоление ложного стыда, неуверенности в своих силах, коммуникативных свойств личности.

Физическое воспитание слепых и слабовидящих дошкольников основано на работе по развитию ориентации и передвижения в пространстве. Часто слова, обозначающие движения ни о чем ребенку не говорят. Предусматривается специальное формирование двигательных умений (идти шагом, бегать, прыгать, прыгать на одной ноге, подпрыгивать, переворачиваться, удерживать равновесие при движениях, принимать различные положения тела). Эти задачи достигаются путем использования игр, в которых дети подражают движениям различных животных, походке различных людей. Движения показываются с помощью манипулирования телом ребенка, его руками и ногами, таким образом, чтобы он мог представить себе названные движения. Так формируется тактильно-кинестетический образ движения при минимальном участии зрения [13].

Заключение

На сегодняшний день увеличилось количество сложных, комплексных зрительных заболеваний детей. Лишь отдельные дети имеют единичное нарушение зрительных функций. Материалы анализа состояния зрения детей школ слепых показывают, что у большинства учащихся имеется по два-три различных глазных заболевания. Возросло число детей, у которых нарушения зрительной функции сопровождаются рядом других дефектов, например, нарушением деятельности центральной нервной системы [2].

Для прогноза психического развития слепого ребенка будут иметь значение особенности его эмоционально-волевой сферы, интеллекта и личности в целом, и, конечно, своевременное начало специального обучения [3]. Нарушение моторного развития при слепоте, является частью возможных сложных вторичных нарушений –

формирования эмоциональной сферы, деятельности в целом, других психических процессов.

Детям с особенностями развития нужна адекватная и своевременная помощь, при этом не нужно забывать, что на первичный биологический дефект влияет в том числе и уровень культурального развития [3]. В данном случае, кроме помощи родителей, общения со сверстниками, имеющими ограничения здоровья, детям требуется полноценная инклюзия. «Полноценные социальные отношения и образование – залог социальной успешности в будущем» [14].

«Уровень развития цивилизации определяется отношением общества к ее малоспособным членам: старикам, детям и людям с ограниченными возможностями. К счастью, цивилизованный мир движется в сторону гуманистического отношения к разного рода особенностям» [15]. При этом на сегодняшний день остаются актуальными различные социальные проблемы воспитания и развития детей с ОВЗ. Несмотря на то, что, вид нарушения, особенности личности родителей и их способность преодолевать трудности имеют очень важную роль, для большинства семей важнейшим фактором нормализации является доступность ресурсов, которые обеспечивают помощь и поддержку.

Список литературы:

1. Московкина А.Г., Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.Г. Московкина; Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Прометей, 2015. - 252 с. - ISBN 978-5-9906264-0-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785990626409.html>
2. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др., Специальная психология: Учебное пособие; Под ред. В. И. Лубовского – Саратов: Академия, 2004
3. Лебединская К.С., Лебединский В.В., Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: Учебное пособие для вузов – 8 изд., испр. и доп. – М.: Академический Проект; Трикста, 2013 – 303с.
4. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М, 1980
5. Дычко Е. А., Дычко Д.В., Пикинер Д.С., Флегонтова В.В., Психофизический и психомоторный статус детей с нарушениями зрения/ Вестник Забайкальского государственного университета, 2011. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-razvitiya-dvigatelnyh-kachestv-u-detey-s-narusheniyami-zreniya>

6. Дычко Е. А., Дычко Д.В., Пилькевич Н.Б., Формирование развития двигательных качеств у детей с нарушениями зрения. Научно-практический журнал «Здоровье для всех», 2013. [Электронный ресурс] URL <https://cyberleninka.ru/article/v/psihofizicheskiy-i-psihomotornyy-status-detey-s-narusheniyami-zreniya>
7. Кудрина Т.П., Мать и слепой недоношенный младенец: особенности взаимодействия, [Электронный ресурс] «Альманах Института коррекционной педагогики» №26, URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/mat-i-slepoj-nedonoshennyij-mladenecz-osobennosti-vzaimodejstviya>
8. Селигман М., Дарлинг Р. – Обычные семьи, особые дети – Изд. 4-е – М.: Теревинф, 2016 – 368 с.
9. Кудрина Т.П., Разенкова Ю.А., Взаимодействие матери и слепого младенца: удовольствие от совместной игры, [Электронный ресурс] «Альманах Института коррекционной педагогики» №28, URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-28/the-interaction-of-mother-and-blind-baby-great-fun>
10. Ньюмен Сара, Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей/ Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой – Изд. 9-е – М: Теревинф, 2016 – 236 с. – (Особый ребенок)
11. Солнцева Л.И., Хорош С.М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. – М., 1988.
12. Фильчикова Л.И., Бернадская М.Э., О.В.Парамей Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция. – М., 2003.
13. Тинькова Е.Л., Козловская Г.Ю. Анатомо-физиологические основы обучения и воспитания детей с нарушениями зрения: Учебное пособие – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2009 – 137с.
14. Шейн Ю. П., Шейна Л.П., Проблемы инклюзии и социальной успешности лиц с ограниченными возможностями здоровья/ Вестник УГНТУ. Наука, образование, экономика, 2015. [Электронный ресурс] URL <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-inklyuzii-i-sotsialnoy-uspeshnosti-lits-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>
15. Млодик И. Ю., Ограниченные невозможности. Как жить в этом мире, если ты не такой, как все – М: Эксмо; Бомбора, 2019 – 272 с. .

Тумасова Екатерина Рафаиловна - ассистент кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, каб. 109, ГУК УГМУ, тел. 8-912-291-45-77, e-mail: etumasova@list.ru,

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Шурыгина Е.П., Бабушкина И.Р.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Екатеринбург*

В статье рассматривается проблема совершенствования системы последипломного обучения среднего медицинского персонала на примере Муниципального автономного учреждения «Детская городская поликлиника №13» г. Екатеринбург. Знания в медицине быстро устаревают, циклов повышения квалификации, проводимых один раз в пять лет, недостаточно. Как дополнительный вариант рассматривается актуализация знаний сотрудников непосредственно на рабочем месте. Внедрение системы непрерывного медицинского образования, сталкивается с проблемами: персонал не имеет навыков работы с компьютером и не готов к работе с порталами НМО, а со стороны работодателей нет готовности к обеспечению местом и временем для обучения.

Ключевые слова: последипломное образование, средний медицинский персонал, технологии.

Improvement of the system of postgraduate training of medium medical personnel

Shurygina E.P., Babushkina I.R.

Ural state medical university, Ekaterinburg

The article discusses the problem of improving the system of postgraduate training of secondary medical personnel on the example of the Municipal Autonomous Institution "Children's City Polyclinic No. 13" in Yekaterinburg. Knowledge in medicine is rapidly becoming obsolete; once-in-five years of continuing education are not enough. As an additional option, updating the knowledge of employees directly at the workplace is considered. The introduction of a system of continuing medical education is faced with problems: the staff does not have computer skills and is not ready to work with NMO portals, and employers are not ready to provide a place and time for training.

Keywords: postgraduate education, nursing staff, technologies.

Введение

Одним из критериев профессионального развития среднего медицинского персонала является совершенствование ранее полученных навыков. Мировой опыт показывает, что в медицине происходят быстрые изменения актуальности информации. В связи, с чем

качественное выполнение работы требует непрерывного обучения новейшим технологиям. Необходимо учесть, что обучение так же требует усовершенствования, особенно если оно проводится на рабочем месте. Инновационная модель подготовки специалистов сестринского дела, ориентированных на будущее, требует наличия надпрофессиональных компетенций, таких как навыки межотраслевой коммуникации, клиентоориентированность, умение управлять проектами и процессами, работа в режиме высокой неопределенности и быстрой смены условий задач, умение работать в команде и навыки межличностного общения. Особенность медицинского образования заключается в непрерывности образовательного процесса, в связи с чем, возникает необходимость предоставления возможности обучения в практическом здравоохранении, в большей степени без отрыва от производства [1].

Цель исследования – определить контрольные точки для разработки рекомендаций по совершенствованию процесса внутреннего обучения, с учетом внедрения непрерывного медицинского образования и дальнейшей аккредитации специалистов.

Материалы и методы исследования

База исследования – Муниципальное автономное учреждение «Детская городская поликлиника №13» г. Екатеринбург. В исследовании приняли участие 83 человека: 79 (95,18%) женщин и 4 (4,82%) мужчин в возрасте от 20 до 60 лет, средний возраст – $36,6 \pm 2,8$ г. Среди респондентов было 74 (89,15%) медицинские сестры и 8 (10,85%) фельдшеров, средний стаж работы $17,6 \pm 1,3$ г.

В ходе первого этапа был проведен опрос с целью выяснения удовлетворённости персонала традиционной системой повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов сестринского дела. Для этого проводилось анкетирование по критериям, предложенным Шкатуллой В.И [2].

Второй этап – определение «остаточных знаний», с помощью разработанного тестового опроса. В тест входили вопросы оказания неотложной медицинской помощи пациентам, в основном, педиатрического профиля, в соответствии с направлениями деятельности поликлиники.

На третьем этапе был проведен эксперимент с использованием различных форм подачи обучающей информации. Сначала была прочитана стандартная лекция по вопросам алгоритма действий при работе с медицинскими отходами. Затем «лекция-эксперимент» с применением новых форм обучения. Тестовый контроль по теме обращения с медицинскими отходами был проведен дважды: через неделю после стандартной лекции, и через неделю после проведения экспериментальной лекции.

Четвёртый этап был нацелен на определение готовности среднего медицинского персонала и руководителей к работе в рамках непрерывного медицинского образования, была разработана анкета с целью выяснения осведомленности о новой системе образования.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка существующей модели обучения проведена по пятибалльной системе, высшие баллы получили показатели «условия проведения занятия» – $(4,69 \pm 0,01)$, «обеспеченность учебного процесса» – $(3,88 \pm 0,01)$; а низкие «новизна полученных знаний» – $(3,04 \pm 0,01)$ и «возможность применения на практике полученных знаний» – $(3,04 \pm 0,01)$. Ни один из показателей не достигал желаемого уровня, а средний балл составил $3,36 \pm 0,01$. Это свидетельствует, что сотрудники оценивают процесс повышения квалификации в большей степени как производственную необходимость, а актуальность получаемых знаний не велика. Следовательно, система обучения требует пересмотра и совершенствования.

Второй этап исследования – выявление «остаточных знаний» по неотложной помощи в педиатрии, проведенный без предварительной подготовки, дал удручающие результаты: $48,68 \pm 2,25\%$ правильных ответов; $31,16 \pm 1,58\%$ неполные ответы и $20,15 \pm 1,67\%$ неверные ответы. Такие результаты можно соотнести со следующими причинами: у значительной части респондентов срок действия сертификатов истекает в будущем году, следовательно, обучение на базе колледжа они проходили более трех лет назад; отсутствие у медицинских работников серьезного отношения к проведению обучения на рабочем месте; тестовый контроль был не запланирован, поэтому отмечалась растерянность респондентов. Результаты данного тестирования ещё раз наглядно показали, что внедрение новых форм преподавания и непрерывного процесса обучения жизненно необходимо.

На третьем этапе в ходе эксперимента была прочитана обычная лекция и через неделю тестирование на тему «Обращение с опасными медицинскими отходами (ОМО)», неверные и неполные ответы составили $21,59 \pm 2,11\%$, то есть учебная информация усвоена недостаточно.

В связи с этим было принято решение попробовать изменить формат лекции. С целью адаптации учебного процесса под слушателей, был проведен опрос для выявления наиболее эффективного способа восприятия информации. Следует отметить, что среди разных возрастных групп имеются различия по выбору подачи информации преподавателем. Из материалов опроса видно, что для всех возрастных групп наиболее оптимальными способами восприятия являются такие методы, при которых применяется

демонстрация практических навыков, а так же их отработка ($44,42 \pm 3,21\%$). В средней возрастной группе отмечается минимальный интерес к печатным источникам информации ($5,69 \pm 0,99\%$), что свидетельствует о низкой эффективности такого способа в данной возрастной группе. Но наряду с этим в старших возрастных группах имеется противоположное мнение о печатной информации ($23,81 \pm 1,87\%$), поэтому при подготовке к занятиям не следует пренебрегать данным способом подачи информации.

Через неделю был проведен обучающий урок по обращению с ОМО с применением различных форм преподавания, активно использовался метод обратной связи. Обучаемый персонал самостоятельно излагал правила сбора и хранения ОМО. В процессе занятия обсуждались ошибки. Был использован наглядный материал, а также проведен мастер-класс – работа медицинской сестры в процедурном кабинете во время вакцинации. Через неделю после проведения комплекса мероприятий, изложенных выше, осуществлён тестовый контроль, результаты которого имели положительную динамику. Отмечается уменьшение количества неверных ответов в 3 раза, с $21,59\%$ до $6,81\%$.

Четвертый этап работы был нацелен на выявление готовности сотрудников организации к новой системе обучения. По результатам опроса 4 ($4,82\%$) респондента уже являются участниками непрерывного медицинского образования (НМО). У 47 ($56,63\%$) сотрудников срок действия сертификата истекает после 1 января 2021 года, следовательно, они неизбежно вступят в систему НМО. Остальные же 32 ($38,55\%$) человека в ближайшее время пройдут «традиционную» систему сертификации, чрез пять лет после которой станут участниками НМО.

Подавляющее большинство сотрудников ($61,45\%$) в ближайшее время столкнется с системой НМО. Однако внедрение новой системы обучения вызывает у них определенное беспокойство. Информация о новой системе образования недостаточна, как показали результаты анкетирования, лишь 27 ($32,53\%$) человек владеют информацией об НМО. Лица, чей возраст близок к пенсионному или пенсионный, не знают ничего о данном виде образования – это 7 ($8,43\%$) респондентов. Новая система образования тесно связана с компьютерными технологиями, у специалистов среднего звена возникли опасения, неуверенность в себе при работе с персональными компьютерами. Действительно, некоторые кабинеты специалистов не готовы к внедрению НМО, так как обучение подразумевает проходить на рабочем месте. Нет специально оборудованных отдельных кабинетов, не просчитано и не регламентировано время для посещения занятий. При опросе респондентам был дан открытый вопрос, для выявления пожеланий, и так одним из ответов был: «Для работы с системой НМО, нам в кабинете необходим компьютер».

Необходимо проведение обучающих лекций внутри организации именно по работе с порталами системы НМО, с применением демонстрации в режиме он-лайн. С этим мнением согласились и готовы принять участие в таких уроках 81 (97,59%) опрошенных.

Выводы

1. Большая часть среднего медицинского персонала считает, что знания в медицине быстро устаревают, циклов повышения квалификации, обычно проводимых один раз в пять лет, недостаточно, а отношение к обучению – формальное. Как альтернативный вариант дополнения к системе последипломного профессионального медицинского образования, можно рассматривать актуализацию знаний у сотрудников непосредственно на рабочем месте.
2. Проведенный в ходе исследования эксперимент с формами подачи информации показал, что внедрение новых форм преподавания, а также непрерывного процесса обучения необходимо;
3. В качестве альтернативы большим пробелам в обучении внедряется система непрерывного медицинского образования, но есть и неизбежные минусы этой системы: основная проблема – неготовность персонала к работе с порталами НМО, наряду с этим отмечается неготовность работодателей по обеспечению местом и временем для обучения.

Список литературы

1. Шурыгина Е.П. Инновации в медицине: высшее сестринское образование / Е.П. Шурыгина, Л.А. Шардина // Вестник УГМУ. – 2017. – № 3, С. 25-28
2. Шкатулла В.И. Настольная книга менеджера по кадрам / В.И. Шкатулла. – 3-е изд., изм.и доп. – М.: Изд-во НОРМА, 2003. – 992с.

Шурыгина Елена Павловна - доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой управления сестринской деятельностью ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, сот.тел. 8 912 667 46 86, e-mail: shellp@mail.ru