ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

«Педагогические традиции и инновации в работе Воронежского базового медицинского колледжа»

Электронный сборник материалов очно-заочной региональной научно-практической конференции, посвященной 150 – летнему юбилею Воронежского базового медицинского колледжа

ВОРОНЕЖ 2020

Издается по решению методического совета БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж» протокол № 1 от 17.09.2020 г.

ББК 94.3

Педагогические традиции и инновации в работе Воронежского базового медицинского колледжа: материалы очно-заочной региональной научно-практической конференции. 02 ноября 2020 г. – Воронеж, 2020. - 228 стр.

В сборнике представлены материалы очно-заочной региональной конференции «**Педагогические традиции и инновации в работе Воронежского базового медицинского колледжа**», посвященной 150-летию образования Воронежского базового медицинского колледжа. Сборник подготовлен по материалам, представленным авторами в электронном виде с сохранением авторской редакции. За содержание авторских материалов организаторы ответственности не несут. В сборнике отражены результаты учебно-методической работы, научно- и учебно-исследовательской работы преподавателей колледжа. Сборник предназначен для преподавателей и студентов учебных заведений.

Р е д а к ц и о н н а я к о л л е г и я:

Председатель

Селеменева Светлана Ивановна, директор БПОУ ВО «ВБМК»

Члены коллегии

Селивановская Екатерина Леонидовна, заместитель директора по учебной работе БПОУ ВО «ВБМК»

Шепелева Наталия Геннадьевна, заместитель директора ОДПО

Еремина Надежда Александровна, кандидат биологических наук, методист БПОУ ВО «ВБМК»

© Коллектив авторов, 2020

© Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский базовый медицинский колледж»

СОДЕРЖАНИЕ

ВОРОНЕЖСКОМУ БАЗОВОМУ МЕДИЦИНСКОМУ КОЛЛЕДЖУ – 150 ЛЕТ	9
Ахапкин Юрий Александрович СОВМЕСТНАЯ РАБОТА МЕДИКОВ, СОЦРАБОТНИКОВ И СТУДЕНТОВ МЕДКОЛЛЕДЖА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ	11
Ахапкин Юрий Александрович КАК ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ДЛЯ СВОЕЙ БОЛЬНИЦЫ КАДРЫ «РАСТИЛ»	14
Ахапкин Юрий Александрович, Коровина Татьяна Валерьевна МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В РАМКАХ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВОРОНЕЖСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	16
Ахапкин Юрий Александрович «А НА ТОМ БЕРЕГУ, ИЛИ ИСТОРИЯ О МЯГКОМ ПЕСКЕ…» К 75-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ ПОСВЯЩАЕТСЯ	18
Беришева Наиля Касымовна О ПЕРВЫХ ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ШАГАХ ПЕРВОКУРСНИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРЕДМЕТА «ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ»	21
Бобрусь Ирина Юрьевна ТЕХНОЛОГИЯ ПРОЕКТНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИКТ	23
Бобрусь Ирина Юрьевна СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАЛИЗУЕМЫЕ В РАМКАХ ДИСЦИПЛИНЫ «ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА»	26
Болдырева Ольга Николаевна ОРГАНИЗАЦИЯ АУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ЛАТИНСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	28
Бражникова Дарья Андреевна НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ИНТЕРНЕТ-ОБРАЗОВАНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНЫ	31

Выблова Татьяна Николаевна, Щепилова Светлана Викторовна АКТИВИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ЧЕРЕЗ ВОВЛЕЧЕНИЕ ИХ В ПРОЕКТНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	33
Выблова Татьяна Николаевна ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	36
Выблова Татьяна Николаевна ОПЫТ ПОДБОРА СХЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ МАТЕРИАЛА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ	38
Выблова Татьяна Николаевна ПРИМЕНЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ЗАДАНИЙ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ ПРИ ТРАДИЦИОННОМ И ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ БПОУ ВО «ВБМК»	45
Выблова Татьяна Николаевна ОРГАНИЗУЮЩАЯ РОЛЬ ЧЁТКИХ ИНСТРУКЦИЙ И РЕГЛАМЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ	49
Выблова Татьяна Николаевна ОПТИМИЗАЦИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ	53
Высоцкая Алла Анатольевна, Фомицкая Татьяна Евгеньевна КУРСОВАЯ РАБОТА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ	56
Гончарова Екатерина Александровна ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА КАК ФОРМА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ	58
Ефремова Валентина Ильинична, Поляков Игорь Александрович, Зябрева Анастасия Николаевна, Попов Алексей Михайлович, Прошукайло Анна Викторовна ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ВБМК	60
Звягина Ольга Геннадьевна, Федянина Надежда Ивановна, Чернова Ольга Александровна, Шестакова Ольга Васильевна, Малеев Юрий Валентинович, Бурцева Татьяна Яковлевна ЗАНЯТИЕ «ДЕЛОВАЯ ИГРА» С УЧЕТОМ СОЦИОТИПА УЧАЩИХСЯ	63

Иванов Илья Сергеевич ИСТОРИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	69
Ивченко Игорь Викторович ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ НА ЗАНЯТИЯХ	71
Карон Инна Васильевна СИМУЛЯЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ – СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ	78
Кривинец Екатерина Ивановна ЕСТЬ ПАМЯТЬ, КОТОРОЙ НЕ БУДЕТ КОНЦА…	80
Кривинец Екатерина Ивановна «НАМ НЕ ПОМНИТЬ ОБ ЭТОМ НЕЛЬЗЯ…»	83
Куприянова Элеонора Викторовна ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА	88
Куприянова Элеонора Викторовна САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА КАК ОСНОВА ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ	90
Лозинская Людмила Михайловна ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ПРОТИВОГЛАУКОМНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФРАМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Г. ВОРОНЕЖА	92
Малеев Ю.В., Шепелева Н.Г., Татаринова И.В., Костенко О.В., Сажин Б.П., Неровный А.И., Левченко И.П., Чернова О.А., Шестакова О.В., Звягина О.Г., Бахтин Д.А., Федянина Н.И., Колтунова С.Н., Суркова М.Е., Лепская З.Е., Артемова А.А., Ульянова О.В., Пополитова О.А. О ПОЛЬЗЕ ВЕДЕНИЯ ЛИЧНОГО ДНЕВНИКА И ЧТЕНИЯ КНИГ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В СОЦИУМЕ И ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕГО КУЛЬТУРНОГО УРОВНЯ	96
Малеев Ю.В., Шепелева Н.Г., Татаринова И.В., Костенко О.В., Бахтин Д.А., Неровный А.И., Левченко И.П., Чернова О.А., Суркова М.В., Ульянова О.В., Звягина О.Г., Лепская З.Е., Сажин Б.П., Федянина Н.И., Колтунова С.Н., Артемова А.А., Пополитова О.А., Шестакова О.В. К ВОПРОСУ О БЛАГОПРИЯТНОМ ВЛИЯНИИ ПИСЬМА ОТ РУКИ И КАЛЛИГРАФИИ НА РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПЛАНШЕТОВ И ГАДЖЕТОВ	106

Малеев Ю.В., Шепелева Н.Г., Татаринова И.В., Костенко О.В., Неровный А.И., Артемова А.А., Ульянова О.В., Паршутина Е.Г., Суркова М.Е., Бахтин Д.А., Колтунова С.Н., Левченко И.П. К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПЕДАГОГИКИ В ЦЕЛОМ	115
Малеев Ю.В., Татаринова И.В., Левченко И.П., Костенко О.В., Ульянова О.В., Авилов Г.В., Голованов Д.Н., Ахмедов А.Х., Шепелева Н.Г., Колтунова С.Н., Неровный А.И., Паршутина А.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРОВ	121
Малеев Ю.В., Татаринова И.В., Шепелева Н.Г., Костенко О.В., Левченко И.П., Неровный А.И., Чернова О.А., Сажин Б.П., Шестакова О.В., Бахтин Д.А., Ульянова О.В., Звягина О.Г., Федянина Н.И., Лепская З.Е., Суркова М.Е., Колтунова С.Н., Артемова А.А., Паршутина Е.Г., Пополитова О.А. О ВЛИЯНИИ ВСЕОБЩЕЙ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ЦИФРОВОГО ОБУЧЕНИЯ НА ИТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ УЧАЩИХСЯ И ПЕДАГОГОВ	132
Малеев Ю.В., Шепелева Н.Г., Паршутина Е.Г., Костенко О.В., Артемова А.А., Шестакова О.В., Левченко И.П., Татаринова И.В., Колтунова С.Н., Ульянова О.В., Суркова М.В., Паршутина А.А. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ЕГЭ В РОССИИ	149
Михальков Андрей Сергеевич ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИН И ПМ	154
Пополитова Ольга Анатольевна ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ЦИКЛАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БПОУ ВО «ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	156
Рубахина Ольга Евгеньевна ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ОК И ПК КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ	159

Селеменева Светлана Ивановна, Плотникова Татьяна Александровна ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ДОПУСКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ СВОИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ	163
Селеменева Светлана Ивановна, Селивановская Екатерина Леонидовна, Еремина Надежда Александровна НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ КОЛЛЕДЖА	167
Сидельникова Светлана Ивановна, Поливаева (Нарушевич) М.В. ЮБИЛЕЙНЫЙ ГОД ПРАЗДНИКА ПОБЕДЫ	170
Солодилова Виктория Владимировна СПЕЦИАЛИСТ XXI века	176
Суркова М.В., Шепелева Н.Г., Малеев Ю.В., Татаринова И.В., Костенко О.В., Колтунова С.Н. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОДПО ВБМК: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ В ПРОГРАММЕ ZOOM	179
Татаринова И.В., Малеев Ю.В., Шепелева Н.Г., Левченко И.П., Артемова А.А., Костенко О.В., Чернова О.А., Шестакова О.В., Колтунова С.Н., Звягина О.Г., Федянина Н.И., Сажин Б.П. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОКАЗЫВАЮЩИХ УРГЕНТНУЮ И ПЛАНОВУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ	183
Фесенко Нателла Герасимовна ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ НА ЗАНЯТИЯХ	191
Фомицкая Татьяна Евгеньевна, Высоцкая Алла Анатольевна ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА	196
Хорева Елена Александровна ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ	201
Хорошева Ирина Николаевна, Комарова Ольга Николаевна СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБУЧЕНИИ: АКТИВНЫЕ И ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ	205

Чернова О.А., Артемова А.А., Звягина О.Г., Федянина Н.И, Шестакова О.В., Малеев Ю.В. СОБЛЮДЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТРАДИЦИЙ В ВБМК ОДПО	214
Чудаева Галина Борисовна МИЛОСЕРДИЕ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛИЧНОСТИ БУДУЩИХ МЕДРАБОТНИКОВ	217
Чуреева Наталья Юрьевна ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	218
Шепелева Н.Г., Татаринова И.В, Колтунова С.Н, Артемова А.А НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	224

ВОРОНЕЖСКОМУ БАЗОВОМУ МЕДИЦИНСКОМУ КОЛЛЕДЖУ – 150 ЛЕТ

Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский базовый медицинский колледж» - это образовательное учреждение Воронежской области в сфере среднего профессионального медицинского образования.

Свою историю колледж ведет с 1870 года, когда при Воронежской губернской больнице была открыта фельдшерская школа, инициатором ее открытия стал старший врач Константин Васильевич Федяевский. За 150 лет менялся статус колледжа: школа (1870 г.) - Воронежское медицинское училище (1957 г.) - Воронежское базовое медицинское училище (1996 г.) - в 2000 году переименовано в Воронежский базовый медицинский колледж.

В разные годы учебное заведение возглавляли Жданова А.Н., Ермаков Е.А., Краснова Г.Г., Поляков И.П., Серебрянский А.Б., Григорьев В.Г. С 2016 года медицинский колледж возглавляет Селеменева С.И.

Сегодня колледж не только продолжает, но и преумножает славные традиции учебного заведения Воронежской области в совершенствовании учебной и методической работы, практическом обучении, воспитательной и спортивно-массовой работы.

В 2018 году колледж занял первое место в V Региональном чемпионате «Молодые профессионалы» (Worldskills Russia).

В декабре 2019 на базе колледжа под руководством департамента здравоохранения Воронежской области был открыт аккредитационный центр средних медицинских работников.

В 2019 стал лауреатом III Всероссийского конкурса «100 лучших ссузов Российской Федерации».

В колледже работают квалифицированные преподаватели, в том числе кандидаты и доктора наук.

За последние годы преподавательский коллектив достиг больших успехов в области совершенствования программного и учебно-методического обеспечения образовательного процесса, занимая призовые места на конференциях и различных конкурсах.

Много сделано, ещё больше предстоит сделать.
В добрый путь, колледж.
Попутного ветра!

К 150-летию Воронежского базового медицинского колледжа посвящается:

Зовут Воронеж городом студентов,
Родней его в России не найдёшь.
За год учёбы тысячи конспектов
Учащаяся пишет молодёжь.

А в Юго-Западном стоит медколледж
Пути дороги, здесь все ведут к нему,
С утра до вечера здесь учатся студенты,
150 исполнилось ему.

В Воронеже губернском, в прошлом веке,
Работал врач известный окулист
Федяевский - об этом человеке
Расскажет здесь любой специалист.

Как курсов медицинских учредитель,
Для бабок повивальных и сестёр
Он первый был директор и учитель,
И дело его диво до сих пор.

Наш колледж базовый зовётся
Прекрасный корпус для занятий есть,
А если поступить сюда придётся
Наш адрес: Космонавтов, 46

Профессии на выбор здесь любые -
От фельдшеров до техников зубных.
Их рук умелых ждут всегда больные
В больницах деревенских, городских…

Пусть новички они в халатах белых,
Но оценить сумеют доктора
Специалистов достойных и умелых,
Будь акушерка это или медсестра.

Медколледж известен всем в России,
Не сосчитать на карте уголки,
Где, отдавая знания и силы,
Работают его выпускники.

Хорошей подготовкой здесь гордились,
И вовсе не случайно: в дни войны
Он медицинских кадров кузницей явился
Для нужд своей израненной страны.

Мелькают в окнах белые халаты,
Узнать не трудно медиков по ним…
И люди улыбаются ребятам
Как будущим спасателям своим.

Ю. А. Ахапкин

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА МЕДИКОВ, СОЦРАБОТНИКОВ И СТУДЕНТОВ МЕДКОЛЛЕДЖА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ

Ахапкин Юрий Александрович

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

В наши дни наименее социально защищённой частью населения являются лица пожилого и старческого возрастов. Эта категория людей нуждается не только в медицинской, но и постоянной медико-социальной помощи. Традиционная система здравоохранения не может обеспечить эту помощь в надлежащем объеме. Поэтому сейчас все большее распространение получают отделения врача общей практики, в штате которых - врач, медицинская сестра, сотрудничают с социальными работниками психологами. Сегодня врач общей практики и медсестра ВОП готовы к тому, чтобы решать в рамках своей компетенции вопросы профилактики, лечения и реабилитации, кроме того, их подготовка достаточна для оказания психологической, правовой и социальной поддержки пациенту. Медсестра ВОП помимо выполнения назначений способна определить психологический микроклимат в семье, выявить стрессовую ситуацию, понять причину дезадаптации пациента и также владеть техникой эффективного общения, убеждения.

Ранее работники социальной службы и медработники не всегда действовали согласовано. К пациенту в один день могли прийти врач, медсестра, социальный работник и социальная сестра. Не было единой тактики оказания помощи. Теперь социальная и медицинская служба работают в единой команде. Каждая медсестра знает социального работника, делится с ним сведениями, сообщает о потребностях конкретного пациента.

ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

С начала октября 2017 по апрель 2018 г. группа студентов 2 курса Воронежского базового медицинского колледжа провела исследовательскую работу в целях выяснения результатов и эффективности деятельности отделения врача общей практики БУЗ ВО г. Воронеж «городская поликлиника № 7». В процессе исследования применялись такие методы, как анкетирование (с использованием медико-социальных карт), опросы пациентов и беседы с их родственниками. Студенты изучали амбулаторные карты, выписки из стационара, различную медицинскую документацию, а также анализировали карты комплексного обследования за 2017-2018 гг. Всего было обследовано 97 человек, (68 женщин и 29 мужчин) в т.ч. в возрасте от 60 до 65 лет- 15 человек, от 66 до 70-28, от 70 до 75-32, от 76 до 80 лет- 12, старше 80 лет- 10 человек. Они были выборочно взяты с разных участков и поставлены на учёт в 2017-2018 гг. с целью планирования и оказания им долгосрочной медицинской помощи. Большинство составляли пациенты возрастной группы от 65 до 75 лет. Изменение структуры пациентов пожилого возраста, прикрепленных к отделению врача общей практики предоставлено на схеме.

Характеристика контингента пожилых людей по признаку «категория»

Возрастная группа	категория				Имели инвалидность				Не имели инвалидность	
	Труженики тыла		Участники ВОВ		2017	2018	2017	2018	2017	2018
	2017	2018	2017	2018	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	21	21
От 65 лет	3	2	1	1	-	3	-	4	8	4
66-70 лет	2	2	1	1	-	4	-	5	6	1
71-75 лет	4	4	1	1	2	9	2	13	1	-
76-80 лет	1	1	1	1	2	14	2	17	1	-
81-85 лет	1	1	-	-	1	10	1	11	1	-
86-89 лет	2	2	-	-	4	7	4	7	-	-
Старше 90 лет	1	1	-	-	2	5	2	6	-	-
Итого	14	14	4	4	11	52	11	63	37	26

«Как видно из слайда, в 2018 г. количество пациентов, имеющих группу «инвалидность», по сравнению с 2017 г. Увеличилось на 11 человек. Наблюдение этих пациентов в динамике позволило более правильно оценить их состояния на МСЭ были направлены лица, которые ранее не были выявлены из-за их редкого обращения в ОВОП. Абсолютное большинство обследуемых помимо пенсии по старости имеют материальные и иные льготы. Причем в 2018 г. количество людей, получающих льготы, увеличилось по сравнению с 2017 г. Положительную роль здесь сыграла совместная работа семейных медсестер, социальных работников и студентов. Именно их скоординированная работа позволила оказать социальную помощь всем нуждающимся в ней по показаниям.

Изменения количества нуждающихся в видах медико-социальной помощи представлены на слайде.

Виды помощи, в которой нуждались пациенты в 2017 г. и в 2018 г.

Возрастная группа	Нуждающиеся в помощи						Итого			
	медицинской		социальной		Медико-социальной		Нуждающихся в помощи		Не нуждающихся в помощи	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
От 65 лет	17	15	-	-	1	-	18	15	4	8
66-70 лет	8	9	2	-	2	1	12	10	3	6
71-75 лет	14	10	1	1	-	-	15	11	1	6
76-80 лет	11	10	-	-	2	2	13	12	2	3
81-85 лет	5	7	1	1	3	4	9	12	-	-
86-89 лет	11	8	2	1	2	1	15	10	-	-
Старше 90 лет	5	4	1	1	2	-	8	5	-	-
Итого	71	63	7	4	12	8	90	75	10	25

Очевидно, что своевременно и планомерно оказываемая медико-социальная помощь способствовала снижению количества нуждающихся в ней. Деятельность семейной медсестры в условиях ОВОП позволяет оптимально организовывать и оказывать помощь лицам пожилого и старческого возраста, имеющих разные проблемы и хронические заболевания. Причем именно своевременное комплексное обследование по разным параметрам позволяет эффективно преодолевать трудности, возникающие у пожилых людей. Важную роль в жизни каждого человека играет психоэмоциональный фактор, который оказывает существенное влияние на характер течения заболеваний, развитие осложнений. Так, из 97 обследуемых 64 проживают в семье, получая посильную помощь в решении своих проблем; 10- супружеских пар; 2 человека проживают с другими родственниками; 21- живут в квартире закрытого гостиничного типа без понимания и поддержки соседей.

Несмотря на наши многочисленные беседы об устройстве быта с целью профилактики травматизма, нормализации психологического климата в квартире, полное взаимопонимание происходило не всегда. Но благодаря тому, что эти одинокие пациенты выявлены студентами, им была оказана помощь по показаниям. Некоторых пациентов направили в Центр восстановительного лечения, другим оказали помощь на дому социальные работники. Как известно, для пожилых людей характерна эмоциональная лабильность. Учитывая психологический климат в квартире, студенты помогали разрешать возникающие конфликты между соседями, оказывали медицинскую помощь.

Динамика состояния здоровья пациентов с 2017 по 2018 год представлена на слайде.

Хронические заболевания у обследованных в 2017 и 2018 г.

заболевание	К-во обследованных в 2017	Госпитализировано в 2017	К-во обследованных в 2018	Госпитализировано в 2018
Гипертоническая болезнь (ГБ)	36	2	37	-
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	36	2	36	-
Аритмия	2	2	2	-
Атеросклероз сосудов головного мозга	11	-	11	-

Видно, что количество больных почти не изменилось. В 2018 году 73 человека страдали ИБС и ГБ, но госпитализированных среди них не было. В 2017 году из 72 пациентов с аналогичными заболеваниями были госпитализированы 6 пациентов.

Улучшение, на наш взгляд, произошло благодаря своевременно проведенным мероприятиям по вторичной профилактике и постоянному наблюдению за этими пациентами специалистами отделения ВОП. При ухудшении самочувствия этим пациентам сразу же оказывались необходимая медицинская помощь в дневном стационаре поликлиники №7. Большое влияние на течение таких заболеваний, как ИБС и ГБ оказывает самоконтроль пациентов (которому они были обучены в 2017 году) и поддержка семьи. В процессе беседы с пациентами и их родственниками, мы старались выяснить, насколько они информированы о своем заболевании, осложнениях и об оказании первой помощи. Хотелось бы отметить, что большинство пациентов довольно хорошо информированы о своем заболевании.

Материалы исследования взяты для написания дипломных работ студентами Воронежского базового медицинского колледжа.

КАК ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ДЛЯ СВОЕЙ БОЛЬНИЦЫ КАДРЫ «РАСТИЛ»

Ахапкин Юрий Александрович

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Недалеко от Воронежа, на высоком берегу седьмой излучины Дона, стоит город с поэтическим названием Семилуки. В своё время в этих местах любил отдыхать поэт земли воронежской Алексей Васильевич Кольцов.

Так вот, в этом городке, который ещё и является столицей Семилукского района, райцентр то есть была Центральная районная больница, где усилиями главного врача Александра Васильевича Гончарова один за другим открывались вновь построенные лечебные корпуса…

В 80-е годы прошлого века открытие новых больниц и поликлиник было привычным явлением. Но, вот вопрос со средними медицинским кадрами стоял остро. Близость к областному центру побуждал местных медсестёр окончивших Воронежское медучилище оставаться в городе. Немного помогало распределение выпускников, но для крупной рай больницы имеющей в своём арсенале 1005 коек этого было мало.

Долго вынашивая идею комплектации кадров, главный врач Семилукской ЦРБ обратился к руководству Воронежского базового медицинского училища, с предложением открыть филиал на базе своей больницы. Предложение было встречено неоднозначно…Филиал медучилища, образовательного учреждения ! Да Вы что! Как Вы это представляете?! Главный врач ожидал такую реакцию как стороны администрации ВБМУ, так и со стороны Воронежского областного комитета здравоохранения. И это понятно ведь филиал должен был иметь своего руководителя, преподавателей и т.д. Да и нормы набора которые спускало Министерство здравоохранения РСФСР необходимо было соблюдать.

…И тут на помощь пришёл бывший Министр здравоохранения СССР Борис Васильевич Петровский, который в своё время приезжал в

Семилуки на открытие нового стационара больницы и медсанчасти Семилукского огнеупорного завода…

Работу филиала ВБМУ определили следующим образом:

Филиал будет работать как вечернее отделение. Зачисляться будут те абитуриенты, которые успешно сдадут вступительные экзамены и устроятся на работу на должности младшего медперсонала в отделения больницы.

На должности преподавателей клинических дисциплин были назначены опытные врачи-ординаторы, среди которых были почти все заведующие отделениями и заместители главного врача. Общеобразовательные дисциплины вели пока преподаватели, приезжавшие из базового медучилища. Позднее, в штат филиала охотно приглашали преподавателей местных школ, так как видели в них педагогов. Читать дисциплину правовое обеспечение здравоохранения пригласили судью из районного нарсуда Ольгу Борисовну Ельшину. Она же потом являлась его председателем.

Все очень волновались, ведь лечить и учить понятия разные. На должность директора филиала назначили зам. гл. врача по лечебной части Сапрунову Лидию Ивановну, затем полномочия были переданы врачу-дерматологу Самойленко Марии Александровне, которая возглавляла ЦРБ в трудный послевоенный период.

Конкурс в Семилукском филиале оказался большим. Заявления подали не только выпускники школ, а многие санитарки отделений даже те, чей стаж уже приближался к пенсиону.

Филиал стал жить своей жизнью. Для занятий в больнице были выделены специальные помещения. Оснастили всем необходимым оборудованием и методическими пособиями. В этом мероприятии большую помощь оказала заведующая медсестринским отделением, Отличник здравоохранения СССР, преподаватель анатомии Валентина Федоровна Егорова.

Пациенты больницы стали замечать, как некоторые санитарки на работу в больницу стали приходить с портфелями, в свободную минуту сидят с конспектами, учебниками, дают разъяснения родственникам. После первого года обучения студентки получали право выполнять простейшие манипуляции, тем самым облегчив нагрузку медсестёр отделений. Приезжающие на экзамен в филиал представители администрация медучилища отмечали не только хорошо организованный учебный процесс, но и результаты в учёбе самих обучающихся, а также порядок и дисциплину. В 1982 г. посмотреть на подготовку медсестёр в Семилукскую ЦРБ приехала ведущая программы «Здоровье» центрального телевидения Заслуженный врач РСФСР Ю.В. Белянчикова.

В беседе с Юлией Васильевной главный врач А.В.Гончаров рассказал: - В филиале Воронежского медучилища за два выпуска подготовлено 46 медсестер, учатся еще 20 человек, и в новом году будут приняты еще 30. Сюжет о больнице был показан по телевидению. Филиал работал вплоть до 90-х годов. Вот так главный врач решил кадровую проблему своей

больницы. И сейчас много лет спустя, почти сорок процентов сотрудников среднего медперсонала Семилукской РБ имени А.В. Гончарова, являются выпускниками филиала Воронежского базового медицинского училища, работавшего в родной больницы.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В РАМКАХ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВОРОНЕЖСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Ахапкин Юрий Александрович,
Коровина Татьяна Валерьевна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

В соответствии с соглашением о сотрудничестве между Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н Бурденко, Берлинской университетской клиникой Шарите и межправительственной общественной организацией «Форум имени Р. Коха и И. Мечникова» на базе Международного института медицинского образования и сотрудничества ВГМУ, осуществлял свою деятельность Российско-германский институт сестринского дела и менеджмента.

Институтом были разработаны учебные программы, лекции и семинары, которые читали ученые клиники Шарите, медработники больниц и клиник из Германии и других стран. Контингент слушателей: преподаватели и специалисты по работе со средним медицинским персоналом, студенты.

Данное сотрудничество возникло в результате перемен, произошедших в нашей стране в 90-е годы. Но именно в этот период министерство здравоохранения РФ стало уделять пристальное внимание к подготовке специалистов сестринского дела, пытаясь внедрить новшества в работу среднего медперсонала. В медицинских ВУЗах открывались факультеты высшего сестринского образования, в учебные программы вводились понятия «сестринский процесс», «сестринский диагноз», «сестринская история болезни», т.е. предлагалась модель ухода за больными, осуществляемая в западных клиниках. В программе «Семейное сестринское дело», утвержденной Всероссийским научно-учебно-методическим центром МЗ РФ, появился раздел «Зарубежный опыт».

Для изучения особенностей организации сестринского дела в западных странах, руководители воронежского здравоохранения пригласили коллег из Германии. Семинары, проводимые Международным институтом ВГМУ, помогли разобраться во многих вопросах оказания специализированной сестринской помощи, ведения документации, роли специалиста, выполняющего уход. Но главный вопрос – нужна ли отечественному здравоохранению предлагаемая модель?

Учебная «сестринская история болезни» по западному образцу сыграла определенную позитивную роль при обучении студентов воронежского базового медицинского колледжа, способствовала развитию клинического мышления у обучающихся. Однако в практическом здравоохранении

данный вариант сестринской истории болезни, включающий пять этапов сестринского процесса, не нашел применения. Исключение составили некоторые медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, причем со значительными поправками.

Кроме специалистов из Германии лекции и семинары проводили референты из Австрии, Великобритании, Норвегии, США, ЮАР и Швейцарии. Представители ряда стран побывали и в нашем Воронежском базовом медицинском колледже, где ознакомились с организацией учебного процесса. Посещение клинических баз колледжа вызвал искренний интерес у зарубежных коллег.

В процессе общения мы узнали, что учебный процесс по подготовке медсестёр в ФРГ, не предусматривает отработок практических манипуляций на фантомах. Однако при подготовке специалистов службы спасения студенты отрабатывают практические навыки на многофункциональных фантомах в симуляционных классах и ангарах с использованием тренировочных реанимобилей и вертолётов. Учебные программы составлены на основании клинических примеров, патологическая анатомия включает ситуационные задачи неотложной помощи.

Во время семинара английского модуля, референт, председатель комитета по обеспечению стандартов клинической практики специализированного медицинского обслуживания, Жаклин Филкинс, отметила, что существовавшая модель оказания амбулаторно-поликлинической помощи больным в Советском Союзе достойна внимания.

Госпожа Филкинс, вместе с куратором российско-германского проекта Рамоной Шумахер, побывала в учебных кабинетах ВБМК на базе ВОДКБ №1, Областного геронтологического центра, Городской поликлиники №11.

Референт из США, Карина Смит, посетившая практические занятия у студентов 4 курса, отметила высокую значимость медицинской сестры в американской системе здравоохранения. Она привела следующий пример: на официальные светские собрания медсестры приходят в специальной парадной медсестринской униформе. У американцев есть такая пословица: «Если ты спас одну жизнь, ты - герой, если две жизни – ты медицинская сестра».

В настоящий момент остаются актуальными вопросы использования зарубежного опыта в организации паллиативной помощи, домов сестринского ухода, профессиональных заболеваний медсестер и др.

На семинаре по теме: «Организация службы скорой медицинской помощи», референтом являлся директор Ганноверского образовательного центра академии службы спасения ФРГ, Керстен Энкэ. Он рассказал, что выпускники этого учебного заведения, работающие в службе спасения, имеют неограниченные полномочия при проведении реанимационных мероприятий. Однако немцы не называют такого специалиста родным немецким словом «фельдшер», а называют «санитаром». При оказании скорой медицинской помощи используются реанимобили и реанимационные вертолёты. Господин Энкэ подарил нам учебные материалы,

диски с видеоуроками. В заключении Керстен Энкэ сказал: «Мы живем в непростое время. В истории наших стран были белые и черные страницы, но тот факт, что в предместье города Потсдама располагается русская деревня Александровка, построенная в 18 веке, Александро-Невская церковь, пережившие страшные времена фашизма, и бережно охраняемые немецким народом, говорит о многом. Мы очень рады видеть россиян, приезжающих в нашу страну, в том числе, и медицинских работников, потому как уровень ментальности, культуры и религии русских близок нам…». Кстати супруга Керстена родом из Крыма.

Тесное сотрудничество с Международным институтом ВГМУ пополняет багаж знаний наших преподавателей, способствует развитию связей с зарубежными коллегами, а также укреплению отношений с лечебно-профилактическими организациями. За годы своей деятельности институт организовал несколько учебных модулей с вручением сертификатов, подписанных российской и немецкой стороной. Со стороны клиники Шарите, стоит подпись председателя Форума имени Коха и Мечникова, профессора, доктора медицинских наук Гельмута Гана. В свою очередь, преподаватели передают полученные знания международного опыта своим студентам и коллегам в рамках учебно-воспитательной работы.

А НА ТОМ БЕРЕГУ, ИЛИ ИСТОРИЯ О МЯГКОМ ПЕСКЕ… 75-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ ПОСВЯЩАЕТСЯ. ВОСПОМИНАНИЯ ОБ АРМЕЙСКОЙ СЛУЖБЕ ИЛИ УРОКИ ИСТОРИИ

Ахапкин Юрий Александрович

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Люди моего поколения и старше знают, что до 1994 г., в некоторых странах восточной Европы, стояли советские войска. В группе советских войск в Германии /ГСВГ/ на территории ГДР довелось служить и мне.

Май 1986 года. Многолюдно на железнодорожном вокзале Воронеж-1.Из репродукторов звучит Марш славянки, голос диктора объявляет о посадке на поезд в спецвагон призывников в армию. Со слезами на глазах провожают побритых наголо новобранцев родственники, девушки, друзья, соседи, учителя. Так раньше провожали на службу парней на службу в армию. А мы ехали ни куда-нибудь, а в Германию.

Суровые армейские будни, о них я только слышал из рассказов старших мужчин. Теперь мне предстояло ощутить на себе и узнать, что такое служб

Уютные домики с черепичными крышами, готические замки и величественные кирхи, чистые улицы и дворы, обустроенный немецкий быт, не могли оставить меня равнодушным…Ещё бы, ковровые дорожки на лестницах в подъездах жилых домов впечатляли. На крыльце частных домов в деревнях, которые скорее напоминали сказочные постройки, жители оставляли деньги на ночь для молочника, а тот приезжал утром, привозил молоко и забирал деньги…

Увиденное не могло остаться не замеченным для советских ребят, и в какой- то степени проявленный интерес помогал переносить все тяготы и лишения воинской службы.

Мы прибыли в полк правительственной связи, в Виттенберг-Лютерштадт, город- родину основателя Лютеранского учения Мартина Лютера, и родину обычая наряжать новогоднюю ёлку. Через месяц, после курса молодого бойца, меня направили в Фюрстенберг, в гарнизон, где стояла 2-ая танковая армия и состоящий из частей и разных родов войск. Здесь же находились на круглосуточном дежурстве ракеты с ядерными боеголовками, которых так боялись страны-члены НАТО. По величине, гарнизон можно сравнить со средним по площади городом РФ.

Старинный город Фюрстенберг на Хафеле, в переводе Княжеская гора находится в 94 км от Берлина. Окружённый пятью озёрами, реликтовыми соснами, город имеет статус континентального курорта. На берегу одного из озёр Шведтезее, размещалась и наша войсковая часть Правительственной связи, где я выполнял обязанности телефониста. А напротив, на другом берегу, находился концентрационный лагерь Равенсбрюк. В свободное время, или после марш-броска, нам разрешали искупаться в озере. Изначально не предав значения во время купания в Шведтезее я ощущал ногами песок не характерной мягкости, но об этом позже.

Завершался первый период службы, и в один день меня вызвал командир роты и сказал:

«Командование полка запросило твою характеристику, весной увольняется фельдшер полкового медицинского пункта, нужен медик, а замены кроме тебя нет.»

Помню вышел окрылённый, но призываясь в ряды СА я окончил лишь всего только один курс обучения Воронежского медучилища, отсрочки для окончания учёбы не предоставлялись…

После некоторых согласований мою кандидатуру утвердили направив на курсы повышения квалификации в окружной госпиталь в г.Лихен находившийся неподалёку. Изучая историю Германии, название Лихен, ассоциировался у меня со славянским названием. Кстати, многие названия немецких городов произошли именно от славянских слов, например: Дрезден, от слова Дрозд , г. Росток от росток, Лейпциг от слова Липа, в русском произношении звучал бы как Липецк, и даже столица Берлин происходит от слова берлога. Не случайно что символ Берлина медведь. Это объясняется тем, что в древности славянские племена населяли нынешнюю территорию Германии наряду с другими племенами, но с течением времени ассимилировались с германцами. Исключение составляют лужичане. Они сохранили свой язык, обычаи, живут в районе Коттбуса , не лишне сказать, что мер г. Коттбус коммунист, и немцы к этому относятся нормально.

И вот, ведущий госпиталь ГСВГ под номером в/ч, п.п. 28248 (п.п.полевая почта). Госпитальный комплекс, состоял из многих корпусов, и располагал арсеналом всех положенных по штату СА клинических отделений. В том числе педиатрическим отделением, и родильным домом, для детей и жён

офицеров и прапорщиков. На территории размещались дома для сотрудников, детский сад, магазин, работал клуб-кинотеатр. Медперсонал состоял как из военнослужащих, так и гражданских лиц, как медиков, так и обслуживающего персонала. А в штате прачечной, одна смена была советских служащих, другая немцев. И все знали, что немцы стирают лучше.

Прибывших на сборы оказалось немало. Всех разместили в казарму роты обеспечения госпиталя. Режим общий, курсы, курсами, а наряды никто не отменял.

Подготовка была серьёзная, тренировки в полевые условия через день. Занятия вели врачи-начальники отделений, и командование госпиталя. Воинские звания преподавателей офицеров не ниже подполковника.

Лихенский госпиталь, как и полагается немецким зданиям имел красивую готическую архитектуру. Комплекс строился с 1902 по 1912 г.г. под эгидой Берлинского Красного Креста как альтернатива Швейцарским санаториям для больных туберкулёзом детей. В 1930 г. данное учреждение возглавил Карл Франц Гебхард - профессор, президент Немецкого Красного Креста, который по роковому стечению обстоятельств был одноклассником , личным врачом и другом Генриха Гимлера. Он переоборудовал санаторий в ортопедический центр который получил название клиника Хоэнлихен. Заодно клиника стала излюбленным местом отдыха верхушки СС. Также здесь отдыхали Рудольф Гесс, Альфред Розенберг, Альберт Шпеер.

Одновременно главный врач К.Гебхард, курировал эксперименты, проводившиеся над людьми в женском концлагере Равенсбрюк.

Завершались учебные курсы. Курсанты были в предвкушении новой службы в подразделениях военной медицины. И вот на одном из последних занятий, к нам пришёл начальник госпиталя с пожилым немцем, и представил его как жителя г. Лихен, сражавшегося в годы войны в антифашистском сопротивлении. Запомнил, что звали его Рихард.

Ребята, обратился он к нам по-русски, вы находитесь в историческом месте Германской Демократической Республике. Я помню, как в этих стенах находились те люди, которые затеяли войну, принесли горе и страдания нашему а вашему народу. Запомните, быть войне не должно никогда. И поведал нам страшную историю о Равенсбрюке.

Рассказ Рихарда.

Равенсбрюк, переводе с немецкого вороний мост, названный по находившейся рядом одноимённой деревушке. Лагерь состоял из нескольких частей, узницы изготавливали продукцию для текстильного, кожевенного производства, электротехнического концерна Сименс.

В феврале 1943 года, сюда привезли советских женщин-военнопленных, среди которых было много врачей и медсестёр. Отобрали одежду, пронумеровали как скот и разместили в бараках.

В лагере было много детей рождённые там же, но их сразу отбирали от матерей. С сентября 1944 по апрель 1945,в лагере родилось 569 новорожденных, некоторые рождались мёртвыми. Другим женщинам делали аборт. Выжило всего около сотни детишек, другие умерли от истощения.

Главный врач Равенсбрюка Перси Трейте палач с дипломом медика любил делать операции без наркоза. Во время экспериментов подопытным вскрывали на живую скальпелем кости нижней конечности от бедра до стопы, засыпали в рану опилки, стёкла, грязь, заматывали, нагноение начиналось сразу, т.е вызывали газовую гангрену и начинали лечить сульфаниламидными препаратами.

Некоторым заключённым вводили инъекции возбудителей стафилококка, столбняка, одновременно нескольких видов бактерий, женщин специально калечили, ампутировали здоровые руки и ноги , потом их пришивали к другим подопытным. Еврейкам проводили стерилизацию. Всего в Равенсбрюке погибло 92000 человек.

Очень любила издеваться и смотреть на страдания женщин бывшая медсестра Хоэнлихена, в последствии надзирательница, Ирма Грейс. Когда во время операции без наркоза женщина, по её мнению недостаточно громко кричала из-за боли, она била тяжёлыми ботинками изготовленными на заказ для битья, и испытывала наслажденье.

30 апреля 1945 года, узницы концлагеря Равенсбрюк были освобождены Красной Армией.

В заключении Рихард рассказал, что пепел тел узниц, которых сожгли в крематории, вываливали в озеро Шведтзее, что до сих пор во время купания там находят детские черепки и косточки…

И ВДРУГ МЕНЯ ОСЕНИЛО!!!

По телу пронёсся холодок, я вспомнил тот мягкий песок во время купания в озере Шведтезее…

Вернувшись после сборов в часть, я поведал своим сослуживцам историю Равенсбрюка.

В выходной, мы посетили музей Равенсбрюк, где я своими глазами увидел операционные, где проводились эксперименты, печи крематория…

В 1994 г. войска были выведены с территории объединённой Германии. Лихенский госпиталь опустел как и другие воинские части ГСВГ. Мои друзья, живущие в Германии, рассказывают, что за все прошедшие годы в госпитале не было ни одного незаконного проникновения, воровства и актов вандализма. За воинскими захоронениями ухаживают местные жители. В 2019 г. немцы начали капитальный ремонт, снова здесь будет санаторий для детей.

Прошло уже более 30 лет, много воды утекло, но мягкий песок в Шведтезее, я не забуду никогда.

О ПЕРВЫХ ПРОЕКТНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ШАГАХ ПЕРВОКУРСНИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРЕДМЕТА «ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ»

Беришева Наиля Касымовна, к.м.н.

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Подготовка и воспитание компетентного медицинского персонала среднего звена является одной из важнейших стратегий на пути повышения

эффективности здравоохранения в Российской Федерации. Профессиональная грамотность, чуткость и ответственное отношение к фактическим и потенциальным проблемам человека составляют основу успешного решения стоящих перед здравоохранением задач. Одним из важнейших аспектов профессиональной подготовки современного фельдшера, закрепленных в ФГОС, является привитие навыков самостоятельной исследовательской деятельности. В данной статье пойдет речь об одном эпизоде, иллюстрирующем то, как это происходит у первокурсников, хотя не предполагается детализировать полученные результаты и выводы работы.

При изучении учебной дисциплины (по специальности «Лечебное дело») и МДК 01.01 (по специальности «Сестринское дело») «Здоровый человек и его окружение», у студентов должно сформироваться четкое представление обо всех факторах, влияющих на состояние здоровья и качество жизни человека на разных этапах его жизни. В связи с тем, что в стране все большее внимания уделяется вопросам увеличения продолжительности жизни и активного долголетия, имеет смысл привлечь большее внимание к вопросам здоровья людей пожилого и старческого возраста.

В процессе проведения теоретических и практических занятий студенты проявляют большой интерес к теме здоровья пожилых, а понимание происхождения немощей пациентов старческого возраста часто приходит через своеобразные маленькие открытия. На этих занятиях студенты имеют возможность осмыслить те закономерности в изменении здоровья пожилых, которые нередко вызывают отторжение у окружающих, а также раздражение и эмоциональное напряжение у членов семьи. Преподавателем неоднократно было замечено, что студенты получали ответы на вопросы относительно своих близких и к ним приходило осознание того, с чем должно смириться и на что можно повлиять, улучшив ситуацию. Заметив искреннюю заинтересованность учащихся данной темой, двум наиболее активным студенткам специальности «»Лечебное дело» было предложено провести небольшое исследование в качестве НИРС к студенческой конференции, что позволило бы несколько выйти за рамки программы и углубить свои знания.

Было предложено изучить на примере небольшой группы респондентов уровень осведомленности людей молодого и зрелого возраста о проблемах здоровья пожилого и старческого возраста. Студенты разработали небольшой опросник, ответить на который путем рандомного выбора предлагали посетителям торгового центра (старались выбирать людей старше 18 лет, предварительно получив согласие на участие в опросе). Далее планировалось проанализировать о каких проблемах известно больше и о чем знают хуже всего. Но в процессе подготовки к проведению опроса молодые исследовательницы предположили, что на случай интереса к проблеме здоровья такой уязвимой группы населения, надо иметь возможность выдать собеседнику интересующую информацию прямо на месте. И здесь начался интересный момент отбора материала для подготовки памятки, которая была бы полезна тем, кто захочет знать об этой проблеме больше. Был заметен энтузиазм как в работе над информативной составляющей, так и над внешним

оформлением памятки, которая должна была быть содержательной и лаконичной, легко читаемой и запоминающейся одновременно. В памятку были помещены сведения об основных проблемах пожилых по органам и системам, а также советы по организации жилища для облегчения быта и профилактики травматизма.

В итоге, к опросу исследовательницы пришли с двумя видами материала: анкетами для исследовательского компонента (состоящая из 5 вопросов), и памятками - для просветительского (лифлет на 4 страницы на одном листе формата А4). Позднее, при обработке данных и их оформлении в презентацию для доклада по НИРС, был отражен тот факт, что большинство респондентов, ответив на вопросы, выразили желание узнать о проблемах пожилого и старческого возраста больше и были рады возможности получить памятку с полезной для них информацией, а наши первокурсницы в этой ситуации неожиданно для себя стали еще и источником грамотно преподносимой информации, ради которой многие участники опроса с интересом задерживались для устной беседы и после заполнения анкеты.

Таким образом, работа студентов, которая изначально задумывалась как небольшое исследование для представления на студенческой конференции, трансформировалась в локальный проект просветительского характера с распространением полезной информации об особенностях здоровья людей пожилого и старческого возраста. Полезным продуктом, полученным на выходе из этого проектно- исследовательского процесса помимо презентации НИРС, является и сама памятка, которая может успешно использоваться на занятиях по соответствующей теме, в качестве учебного элемента.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРОЕКТНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИКТ

Бобрусь Ирина Юрьевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Приоритетной целью современного российского образования становится формирование у студента личностной компетенции и овладение универсальными способами учебной деятельности.

Для достижения этой цели особое значение приобретают современные образовательные технологии, в том числе и технология проектного обучения.

На базе медицинского колледжа ведется подготовка специалистов среднего звена. Обучение проходит разный контингент студентов - от студентов, получающих среднее общее образование до студентов, которые уже получили высшее образование. Следовательно, чтобы заинтересовать учащихся в освоении дисциплины «Гигиена и экология человека» необходимо проводить занятия в соответствии с их интересами, уровнем, способностями и возможностями.

Для создания оптимальных условий в освоении дисциплины «Гигиена и экология человека» вводится технология исследовательских проектов. Исследовательские проекты повышают мотивацию студентов, создают

условия для проявления активности, повышают самооценку студентов. Студент становится субъектом образовательного процесса, его активным участником. Применение технологии исследовательских проектов формирует и повышает уровень ИКТ-компетенции.

В основе исследовательского проекта по дисциплине «Гигиена и экология человека» лежит решение какой – либо эколого–гигиенической проблемы, назревшей в современном обществе. Результат исследовательского проекта – конкретное решение данной проблемы. Этот результат предполагает практический выход из проблем реальной жизни.

Технология исследовательских проектов позволяет не только знать, что существуют те или иные проблемы, того или иного характера, но и позволяет искать решение этих проблем, т.е. позволяет получить положительный результат. Происходит решение проблемы в реальной жизненной ситуации.

Проектная деятельность по дисциплине «Гигиена и экология человека» организуется в виде индивидуальной работы студентов и работы студентов по группам.

Можно выделить основные этапы работы над исследовательским проектом.

1. Погружение в проект. Погружение в проект - это этап совместной деятельности преподавателя и студента. Здесь учитываются интересы учащегося, происходит формулировка проблемы и определяется глубина раскрытия темы. Осуществляется постановка цели и задач исследования.

2. Организация деятельности. Организация деятельности осуществляется в виде индивидуальной работы студентов или работы студентов по группам. При групповой форме работы студентов определяется роль каждого студента в группе (ответственный за содержание, ответственный за создание презентации, ответственный за анимацию в презентации, ответственный за представление проекта перед аудиторией). Осуществляется календарное планирование деятельности каждого студента и определение возможных форм представления проекта для каждой группы. Большое значение имеет умение распределять обязанности при выполнении коллективного проекта.

3. Осуществление деятельности. Это самостоятельная деятельность учащихся, которая осуществляется с поддержкой преподавателя в виде консультаций. Консультаций может быть 1-3, в зависимости от сложности проекта и подготовленности студентов.

Технология исследовательских проектов неразрывно связана с созданием конечного продукта - презентации. Создание презентации – это искусство, которое отражает идеи, мысли, отношение к проблеме, умения и даже художественные способности студента. В ходе подготовки проекта студент самостоятельно и с помощью преподавателя осваивает правила и тонкости создания презентации.

Особое значение имеет развитие у студентов умения сотрудничать в процессе учебной деятельности, помогать товарищам и принимать их помощь, добиваться положительного результата.

4. Презентация результата проектной деятельности в виде выступления на семинаре-конференции.

Презентация результата – это представление проекта перед аудиторией студентов или «гостей». При защите исследовательского проекта проявляется умение сконцентрироваться в период выступления, умение четко и грамотно выражать свои мысли, выступать перед аудиторией, умение отвечать на вопросы аудитории, отмечается логичность и последовательность выступления.

Проектная деятельность организуется с применением информационно – коммуникационных технологий. ИКТ используется на всех этапах проектной деятельности:

- поиск информации;
- оформление документации;
- создание презентации;
- представление проекта.

Исследовательский проект требует анализа больших объёмов информации. Информацию студент может получить с помощью системы поиска «Интернет», web – сайта преподавателя. На web – сайте преподавателя находятся методические рекомендации по оформлению реферата, созданию презентации, а также критерии оценки исследовательского проекта.

Оформление проектной документации выполняется в текстовом процессоре Microsoft Word, проведение расчётов - в табличном процессоре - Microsoft Excel.

При создании презентации обычно используется программа Power Point.

Результатом проектной деятельности являются мультимедийный информационный продукт и реферат.

В групповом проекте каждый студент должен четко показать свой вклад в создании проекта. Каждый участник проекта получает индивидуальную оценку за свою выполненную исследовательскую работу.

В процессе подготовки исследовательских проектов формируются универсальные учебные действия, которые позволяют осваивать учебную дисциплину, самообучаться и анализировать полученный результат.

В результате работы над исследовательскими проектами студенты включаются в новый вид деятельности, который для них является интересным и доступным. Они проявляют творческие и художественные способности, учатся взаимодействию друг с другом, получают знания и умения, которые имеют практическую значимость.

Таким образом, технология исследовательских проектов является педагогической технологией 21 века. Ее применение способствует развитию и индивидуализации личности, формированию навыков подлинно исследовательской деятельности, мотивации самостоятельной деятельности и творческой активности.

Технология исследовательских проектов помогает реализовывать основные направления федерального государственного образовательного стандарта нового поколения.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАЛИЗУЕМЫЕ В РАМКАХ ДИСЦИПЛИНЫ «ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА»

Бобрусь Ирина Юрьевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Современной целью российского образования является формирование у студента личностной компетенции и овладение универсальными способами учебной деятельности. Сегодня студент должен уметь самостоятельно выделять проблему, искать пути ее решения и оценивать полученный результат.

В достижении данной цели большое значение приобретают современные образовательные технологии, в том числе и технология модульного обучения.

Отличительными особенностями технологии модульного обучения, являются изменение характера взаимодействия субъектов образовательного процесса и изменение деятельности преподавателя – от формирования предметных знаний, к созданию условий для реализации личностного потенциала и формированию универсальных учебных действий.

Технология модульного обучения достаточно легко сочетается с другими педагогическими технологиями, прежде всего, с дифференцированным и проблемным обучением, с технологией проектной деятельности, с рейтинговым контролем, а также с информационно-коммуникационными технологиями. Поэтому внедрение информационно-коммуникационных технологий (далее ИКТ) в образовательный процесс – необходимый шаг в развитии современного модульного урока.

В Воронежском базовом медицинском колледже с 2013 года осуществляется реализация программы дисциплины «Гигиена и экология человека» с использованием технологии модульного обучения.

Цель технологии модульного обучения – создание условия выбора для полного овладения содержанием образовательных программ в разном объёме и темпе через учебные модули с учетом индивидуальных возможностей субъектов образовательного процесса.

Дисциплина «Гигиена и экология человека», реализуемая в рамках модульного обучения, содержит две основные составляющие: средства управления учебным процессом и систему контроля, которая основывается на оценивании всех видов учебной работы.

Управление учебным процессом представляет собой разбивку его содержания на относительно самостоятельные модули. Содержание учебной дисциплины «Гигиена и экология человека» разделено на 6 модулей. Каждый модуль имеет базовый и вариативный компоненты, разные уровни освоения учебной программы и сопровождается комплектом методических материалов. Учебный модуль является «банком» информации и методическим руководством по его усвоению.

Для управления учебным процессом на каждое занятие раздается учебный модуль, в котором студент находит всю информацию для успешного

освоения дисциплины. Учебный модуль создает преподаватель с использованием текстового редактора Microsoft Word.

Модульное обучение неразрывно связано с рейтинговой системой контроля учебных достижений по ходу усвоения того или иного модуля.

Рейтинговая система оценки знаний студентов базируется на трёх основных показателях: текущий рейтинг, рубежный рейтинг и суммарный рейтинг.

Текущий рейтинг позволяет оценить успехи в учебе на протяжении семестра. Его формы могут быть различными: фронтальный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, составление конспекта, тестирование по пройденной теме и другие.

Тестирование осуществляется с использованием программы конструктора тестов - Test Pad. Использование конструктора тестов Test Pad позволяет значительно экономить время преподавателя, позволяет точно определить темы, в которых имеются пробелы в знаниях. Основные затраты времени приходятся на разработку качественного теста и, следовательно, эти затраты имеют разовый характер. Временные затраты на проведение теста значительно ниже, чем при письменном или устном контроле.

Рубежный рейтинг служит для оценки объёма и уровня усвоения студентом учебного материала одного модуля дисциплины. Наиболее популярными формами рубежного контроля являются контрольные работы, тестирование.

Суммарный рейтинг является накапливаемым показателем, который определяет успеваемость студента за семестровый период обучения. Суммарный рейтинг учитывает посещаемость лекций, отсутствие пропусков семинаров, навыки скоростного конспектирования лекций.

Каждый студент на семинаре заполняет лист достижений, в котором указаны разные виды учебной деятельности. В течение семинара студенты выставляют в лист достижений набранные баллы, которые в конце суммируют и записывают в итог. На зачете суммируются итоговые баллы за весь семестр, суммарный рейтинг и получается итоговый рейтинговый балл по предмету. Этот балл переводится в традиционную систему оценок и выставляется в зачетную книжку.

Модульное обучение неразрывно связано с организацией самостоятельной работы студентов. Самостоятельная работа может вызывать у студентов определенные трудности. Главные трудности связаны с отсутствием навыков анализа, конспектирования и проектирования своей деятельности.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине «Гигиена и экология человека» выполняется в виде составления конспекта информационного блока модуля, решения ситуационных задач, выполнения практической работы, письменной контрольной работы и тестирования.

Особое внимание следует уделить внеаудиторной самостоятельной работе, которая выполняется студентом под руководством преподавателя, но без его непосредственного контроля. Приёмы самостоятельной работы

студентов прослеживаются в нескольких направлениях: в виде подготовки доклада, реферата, создании мультимедиа-презентации, а также подготовки исследовательского творческого проекта, который является самой сложной формой самостоятельной работы студента.

Для реализации самостоятельной работы студентов используются персональный сайт преподавателя, учебные модули, мультимедийное оборудование, источники интернет и другие.

Самостоятельная работа поддерживается с помощью персонального Web-сайта преподавателя, где находится вся необходимая информация для освоения дисциплины: тематические планы дисциплины, лекции, расписание работы преподавателя, новости в рамках учебной деятельности по дисциплине, листы достижений по модульной технологии обучения, инструмент для связи с преподавателем и возможность пройти Online тестирование.

В процессе самостоятельной работы происходит усвоение учебного материала, расширение учебного материала, формирование умения работать с различными видами информации, развитие аналитических способностей, навыков контроля и планирования учебного времени.

Технология модульного обучения по учебной дисциплине «Гигиена и экология человека» позволяет индивидуализировать процесс обучения, активизировать познавательную деятельность, формирует навыки самоконтроля и самостоятельной работы во время всего периода обучения, повышает состязательность среди обучающихся и их ответственность за свою учебную деятельность.

Таким образом, модульная технология совместно с информационно-коммуникационными технологиями повышает эффективность преподавания дисциплины «Гигиена и экология человека», выступает мощным средством активизации познавательной деятельности учащихся, обеспечивает высокую степень дифференциации обучения, повышает мотивацию студентов, увеличивает объем выполняемой работы на семинаре, усовершенствует контроль знаний, формирует навыки подлинно исследовательской деятельности, развивает способность к самоорганизации и самоконтролю.

ОРГАНИЗАЦИЯ АУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ЛАТИНСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Болдырева Ольга Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Аннотация: В статье предпринята попытка обобщить опыт организации самостоятельной работы студентов в процессе освоения дисциплины «Латинский язык и основы медицинской терминологии». Рассматриваются наиболее эффективные формы и виды самостоятельной работы и методы ее проведения.

Изменения, происходящие в настоящие время во всех сферах жизни и деятельности человека, ставят перед ***средним профессиональным обучением новые*** задачи. Возрастают требования к уровню как специальной, так и общекультурной подготовки выпускников; оказываются востребованными такие качества личности как креативность, практический интеллект, самостоятельность, готовность к постоянному саморазвитию и самосовершенствованию.

При традиционной системе обучения достаточно большой удельный вес составляют знания, получаемые студентами в готовом виде без опоры на самостоятельную работу по приобретению этих знаний, в результате чего студенты «разучиваются думать». С другой стороны, студенты часто не готовы к тем формам работы, которые встретятся им в профессиональной деятельности (умение находить нужную информацию для принятия решения, умение находить самостоятельное творческое решение в сложных ситуациях). Поэтому одна из задач модернизации современного образования состоит в том, чтобы превратить студента из пассивного потребителя информации в учащегося, способного самостоятельно добывать знания. Для этого необходимо изменить позицию студента, создать ему условия самому формировать себя как компетентного специалиста и нести ответственность за уровень своего профессионализма. Одним из путей достижения поставленных задач является использование такой формы учебной деятельности, как аудиторная самостоятельная работа студентов (СРС).

Как известно, базовый уровень профессиональной компетентности включает активное владение профессиональным языком. Специалист со средним медицинским образованием должен обладать высоким уровнем терминологической грамотности, основы которой закладываются на занятиях по латинскому языку. Одним из условий успешного обучения студентов медицинской терминологии является рациональная организация их самостоятельной работы.

Организация аудиторной самостоятельной работы направлена на то, чтобы научить студентов самостоятельно составлять логически обоснованные схемы, вести информационный поиск и выделять главное, максимально полно использовать уже имеющиеся знания.

Аудиторная СРС по латинскому языку может включать следующие виды:

1. Постановка и решение теоретических учебных задач (использование элементов проблемного обучения), например, постановку проблемных вопросов при введении и закреплении новой темы. В ходе решения проблемы учащиеся углубляют свои знания по конкретному предмету, развивают интеллектуальные способности, усваивают способы умственной деятельности, вырабатывают навыки творческого усвоения знаний. Установка преподавателя на совместное обсуждение учебной проблемы и поиск решений помогают создать атмосферу напряженной мыслительной деятельности.

2. Самостоятельная подготовка и изложение студентами некоторых вопросов и тем.

3. Конструирование анатомических терминов с составлением схем.

4. Решение семантических задач по клинической терминологии. Упражнения по образованию терминов с заданным значением на латинском языке наилучшим образом способствуют формированию навыков самостоятельной работы, так как такие задания заставляют студентов основательнее и, главное, с минимальной помощью преподавателя разобраться в грамматических вопросах и использовании лексических единиц, провести логико-семантический и структурный анализ терминов.

5. Конструирование фармацевтических терминов; перевод и составление рецептов.

6. Чтение и перевод текстов. Способность самостоятельно извлечь информацию из текстов не только анатомического, но и клинического содержания позволяет студентам осознать рост уровня своей терминологической грамотности, что создает ситуацию успеха и повышает самооценку студента.

Формы контроля знаний разнообразны на разных этапах обучения: экспресс-контроль, тестовый контроль исходного уровня знаний на очередном занятии (с элементами самоконтроля), лексические диктанты (с элементами самоконтроля), устный опрос терминологического минимума (может проводиться в парах, в микрогруппах), проверка домашних заданий и аудиторных упражнений (при работе в группах у студентов появляется возможность вербализации изучаемых понятий, развиваются социальные и коммуникативные умения); тематические контрольные работы.

Одним из основных условий успешности СРС по латинскому языку является создание максимального микроклимата мотивированности обучения на всех этапах. Мотивированное обучение - это понимание студентами необходимости получаемых знаний для будущей профессиональной врачебной деятельности. Высокая положительная мотивация может играть роль компенсаторного фактора в случае недостаточно высоких специальных способностей или недостаточного запаса требуемых знаний, умений и навыков.

Среди других условий, способствующих повышению эффективности СРС по латинскому языку можно выделить следующие:

1. Психологическая готовность студентов к выполнению предлагаемой им работы.

2. Ее посильность (с учетом уровня школьных знаний по лингвистическим дисциплинам и уровня сформированности у них навыков и умений самостоятельной работы).

3. Индивидуализацию (в том числе учет личностных качеств студентов, темпа их работы).

4. Необходимость доброжелательного диалогического общения преподавателя со студентами, подразумевающего внимательное и уважительное отношение ко всем мыслям и гипотезам обучающихся.

5. Требовательность преподавателя (наличие положительно-эмоционального настроя к предмету и требовательность преподавателя являются, в свою очередь, важными условиями сохранения внимания во время аудиторной самостоятельной работы).

Кроме того, необходимо подчеркнуть, что результативность СРС

зависит и от умения студента критически оценить свои знания, обнаружить пробелы, ошибки и внести коррективы в свою деятельность.

В заключение отметим, что в ходе модернизации среднего профессионального образования происходит изменение и роли педагога: задача преподавателя состоит не только в том, чтобы в ограниченный срок обучения дать будущим специалистам достаточный объем знаний. Преподаватель должен помочь студентам усвоить способы самостоятельного приобретения знаний, сформировать у них потребность в саморазвитии и самообразовании, воспитать стремление к постоянному поиску и творчеству; преподаватель должен стать организатором деятельности, консультантом, наставником, сопровождающим самостоятельную работу студентов.

В статье использованы работы В.А. Мазилов, Ю.Н. Слепко, г. Ярославль, Россия (Ярославский государственный педагогический университет имени К.Д. Ушинского).

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ИНТЕРНЕТ-ОБРАЗОВАНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МЕДИЦИНЫ

Бражникова Дарья Андреевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Перспективы развития Интернет-обучения в высших и средних профессиональных медицинских образовательных учреждениях на данный момент остаются одной из острых полемических проблем. Невозможно оспорить тот факт, что цифровая экономика сильно влияет на вектор развития таких сфер, как наука и образование. С момента вступления в силу изменений в Федеральном законе от 29.12.2012 № 273-ФЗ о разрешении использования электронных и дистанционных образовательных технологий, начался процесс создания новой информационно-обучающей среды.

Возможно ли подготовить полноценного специалиста в области медицины, используя как базис мобильные программы и ресурсы современных коммуникаций?

Обоснованно будет заявить, что система образования за последнее десятилетие подверглась значительным изменениям и, вероятно, сегодняшний этап её развития является скорее начальным, нежели завершающим. На данный момент отлаженно работает система аккредитации специалистов, что говорит о возможном успешном развитии концепций непрерывного медицинского образования.

Электронные ресурсы позволяют обучающимся теоретически ознакомиться с некоторыми дисциплинами. В этом отношении студенты медицинских специальностей не являются исключением. Широкие

возможности предоставляет Интернет для тех, кто ищет углубленную информацию по интересующей теме. Например, некоторые учебные пособия, выходившие давно либо малым тиражом, зачастую возможно найти только в электронной версии. Кроме того, современные медицинские журналы, выходящие на русском и иностранных языках, по большей части доступны исключительно в виде Интернет - изданий. Однако, недостаток времени для обработки большого массива информации, а также её возможное несоответствие учебному плану дисциплин вызывает массу проблем в использовании такого вида образования. Стоит принимать во внимание и то, что успех обучения посредством современных коммуникаций напрямую зависит от самоконтроля и самодисциплины студента. Данное обстоятельство является положительным моментом в образовательном процессе до тех пор, пока слушатель добросовестно выполняет весь объем требуемых работ. Кроме того, со вниманием необходимо отнестись к тому факту, что далеко не все источники информации являются надежными.

Немалое количество экспертов как среди медицинских работников, так и среди преподавателей высказываются против интернет-образования, приводя нижеследующие аргументы. Во-первых, овладение практическими навыками без классической подготовки на сегодняшний момент затруднено. Исключить из программы либо перевести в дистанционную форму занятия по многочисленным профильным дисциплинам не представляется возможным в силу важных причин. Например, овладение медицинской специальностью, помимо приобретения профессиональных компетенций, подразумевает и развитие у студента таких качеств, как человеколюбие, ответственность, умение работать в коллективе, - словом, тех самых качеств, которыми наделяют образ медицинского работника. Классическая форма медицинского образования опирается на многолетние труды величайших специалистов в данной области. Поэтому, как считают приверженцы традиционной формы обучения, современные педагоги в своем подходе к учебному процессу должны скорее опираться на классическую научную школу, нежели стремиться отойти от неё.

Как было сказано ранее, цифровая революция затрагивает все сферы деятельности человека. Современная подготовка специалистов медицинского профиля немыслима без использования инновационных технологий, позволяющих в совокупности с традиционным образованием сформировать их высокую компетентность, соответствующую требованиям практики, обеспечить качество их будущей деятельности. Наиболее перспективные пути подготовки студентов в медицинских учебных образовательных учреждениях, сочетающих принципы проблемности и моделирования профессиональной деятельности, и, соответственно им, новые педагогические технологии: проблемно-ориентированное, командно-ориентированное, проектно – ориентированное, интегрированное обучение, обучение на основе клинического случая, информационно-коммуникационные и компьютерные технологии, обучение, основанное на симуляционных технологиях.

Использованию новых подходов к образовательному процессу должен предшествовать анализ готовности студенческой аудитории к восприятию и к работе в данных условиях, а также обзор ресурсной и инфраструктурной базы для инновационных направлений.

Некоторые учебные заведения, выпускающие специалистов медицинского профиля, уже имеют опыт дистанционного и Интернет-обучения студентов, однако на сегодняшний день сложно говорить о возможности интегрировать подобные технологии во все виды подготовки квалифицированных работников данной сферы. Возможно, при выстраивании верной тактики совмещения традиционного и опосредованного информационно-телекоммуникационными ресурсами образования, урегулировать основные проблемы в данном вопросе.

Список литературы

1. Бакирова Р.Е., Нурсултанова С.Д., Муравлёва Л.Е., Тусупбекова К.Т., Турханова Ж.Ж., Аширбекова Б.Д. Инновационные технологии в обучении студентов-медиков // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 3.;

2. Касьяненко Е.Ф., Рубцова Л.Н., Димов И.Д., Богомолова В.Ю. Дистанционное и мобильное обучение в медицинских вузах: проблемы и перспективы // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 5.;

3. Исаева Е.Р. Новое поколение студентов: психологические особенности, учебная мотивация и трудности в процессе обучения первого курса [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – №4.

4. Абдуллаев С. Г. Оценка эффективности системы Интернет – обучения // Телекоммуникации и информатизация образования. – 2007. – № 3.

5. Балашова Ю. В. Особенности личностного развития студентов при дневном и дистанционном обучении // Среднее профессиональное образование. – 2009. – № 4.

АКТИВИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ЧЕРЕЗ ВОВЛЕЧЕНИЕ ИХ В ПРОЕКТНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Выблова Татьяна Николаевна, Щепилова Светлана Викторовна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Значение слова «проект» и его производных, как оказалось при подготовке данной статьи, является таким многовариантным и разноёмким, и не столько озадачило авторов, сколько обрадовало.

Обрадовало потому, что нашлось научное название тем разнообразным педагогическим методам и методикам, которые были найдены самостоятельно или творчески переработаны на основе предложенных другими и в иных сферах.

Активный преподаватель, как и талантливый актёр, «заточен» на постоянное совершенствование, впитывание актуальных методов, приёмов, методик и т.п. Ему не только интересны люди и процессы, ему самому интересно и учить, и непрерывно учиться.

С опытом переключение на более эффективные методики происходит автоматически, поэтому не бывает и не может быть двух одинаковых занятий по одной и той же теме в разное время, в разных группах или бригадах. Потому что преподаватель каждую минуту решает конкретные задачи в конкретной группе студентов, имеющих разную теоретическую и практическую подготовку (в каждой бригаде каждый имеет лично своё общее среднее образование, кто-то в прошлом пропускал какие-то теоретические или практические занятия по данному и смежным модулям, МДК, предметам, каждый в разной степени готов или не очень или совсем не готов к данному занятию и др.). Имеют значение психологический микроклимат в бригаде студентов, «вспышки на солнце» и личные обстоятельства. Поэтому преподаватель для активизации познавательной деятельности обучаемых выбирает тот метод, который ему представляется в данный момент, в данных обстоятельствах наиболее эффективным.

По определениям нескольких словарей, проéкт (в переводе с латинского projectus) означает брошенный вперёд; разработанный план сооружения; предварительный текст какого-либо документа; замысел, план.

Учебный проект — совместная учебно-познавательная, творческая или игровая деятельность учащихся-партнеров, имеющая общую цель, согласованные методы, способы деятельности, направленная на достижение общего результата по решению какой-либо проблемы, значимой для участников проекта.

В зависимости от того, какое подчёркнутое слово в этом предложении выбрать ключевым, получится новый вариант проектной деятельности. Но, как представляется, даже для «возрастных» студентов всегда лучше подходит вариант «игровая» деятельность. Авторы не разделяют эти три критерия, а организуя учебно-познавательную-творческую-игровую деятельность, считают её наиболее эффективной в подготовке будущих медсестёр, акушерок и фельдшеров, и такие занятия наиболее интересными и неутомительными. Потому, что призыв преподавателя: «Поиграем в …», - не создаёт для студента ненужных препятствий в виде страха перед новым, неизвестным. Само слово «поиграем» ассоциируется с чем-то приятным и лёгким, что психологически очень важно. Проектная система быстро осваивается студентами (они привыкают анкетировать пациентов, оценивать результаты и делать краткие выводы и т.п.).

Представим прикладное применение этого тезиса в имевшем место быть конкретном учебном процессе в виде схемы (см рисунок ниже).

Пункт «внеаудиторно» можно заменить на актуальный сейчас «внеаудиторно/дистанционно», по которому у всех преподавателей продолжает накапливаться опыт.

Наличие Интернета, современных гаджетов делает проектную деятельность студентов всё более разнообразной, интересной и привлекательной, причём каждый студент вносит в исполнение задания свои нюансы и может продемонстрировать те ИКТ-возможности, которыми лучше владеет, кроме того может мотивированно освоить новые, которые могут быть необходимы для решения поставленной задачи.

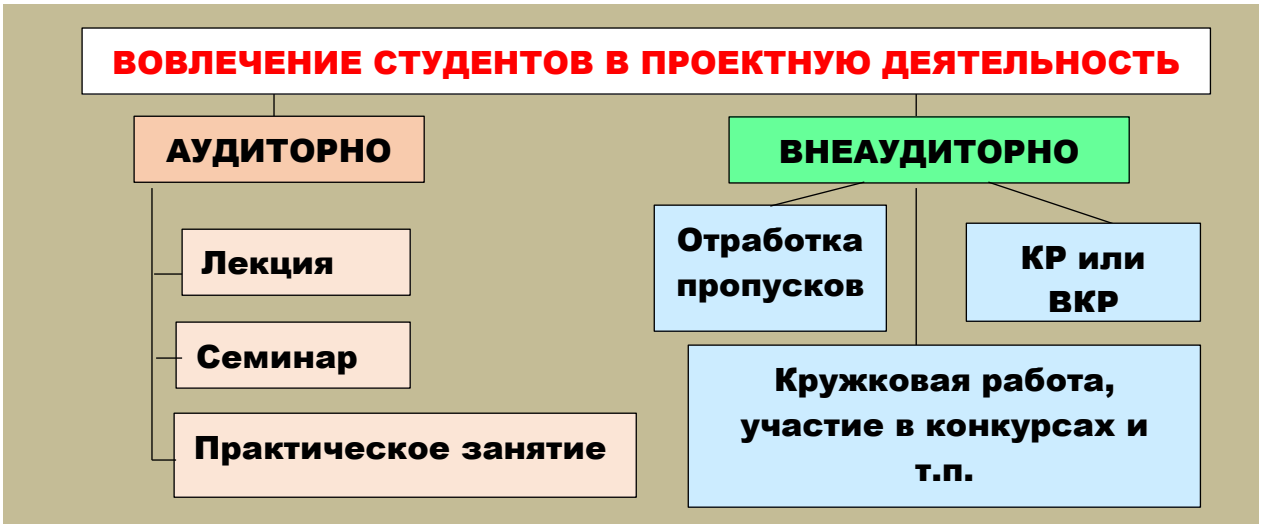


Рис. Проектная деятельность студентов в составляющих учебного процесса

ИКТ представляют более широкие и доступные возможности для проведения исследования (анкетирования, опроса), самого опыта таких контактов в учебных и профессиональных целях, хотя годятся не для всех заданий. Нередко современные студенты сами могут предложить такие способы участия в анкетировании, которыми некоторые пожилые преподаватели ещё и не слышали, а молодёжь широко пользуются.

При этом преподаватель должен сам видеть эту «общую цель», быть способным разработать «согласованные методы», выбрать и предложить предпочтительные «способы деятельности», направленные на достижение общего результата по решению исследуемой проблемы, значимой для участников проекта (см определение учебного проекта).

Надо помнить, проектное задание должно быть составлено таким образом, чтобы исключить, или, в крайнем случае, минимизировать возможность плагиата (и это тоже проект, но проект для преподавателя) в широком и узком (списывание) смысле этого слова.

Хочется призвать молодых преподавателей широко использовать вовлечение студентов в проектную деятельность не только во время выполнения курсовой работы или ВКР, но и во время любых типов занятий, а также при отработке пропущенных занятий. Помочь могут специальная литература и наставники.

ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Выблова Татьяна Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

В настоящее время при вынужденном тотальном переходе на дистанционное обучение в самый первый день обнаружились многие проблемы. Их можно сгруппировать таким образом:

1) связанные с организацией дистанционного занятия,
2) связанные с документированием хода занятия студентами,
3) связанные с вопросами увеличения периодов контролируемой и эффективной занятости студентов в течение времени занятия,
4) связанные с индивидуальным подходом к работающим, имеющим детей и др. трудности,
5) связанные с оптимизацией педагогических воздействий,
6) связанные с трансформацией практического материала (алгоритмов практических манипуляций),
7) связанные с выбором формы дистанционного занятия (переписка, вебинар, конференция и др.),
8) связанные с рисками прерывания Интернет-контакта,
9) связанные с проблемой идентификации незнакомых студентов.

Когда в этом году я сгруппировала все накопленные за последнее время учебные, методические материалы по всему МДК и разместила их на странице преподавателя нашего колледжа, мне и в голову не приходило, что это готовый комплект не только для реализации обычного учебного процесса, в т.ч. для методического оснащения отработок пропущенных занятий, а готовая база материалов для дистанционного обучения. В каждом учебно-методическом комплекте есть лекционный материал, фото, вопросы, тесты (без ответов), пример задач по теме, алгоритмы манипуляций и ссылки на литературу, источники[1].

Организационные моменты

Задавая домашнее задание, важно написать дату, временной интервал занятия, тему, форму проведения, необходимость оставаться на связи в это время, правила подписи сообщения (дата, тема, группа, ФИО), обязательность заявки о себе в указанное время (например, прислать решение в 8:00), возможности досрочной присылки выполненного задания, например тестов, решения ситуационной задачи или др.

Необходимо учитывать разные возможности студентов, предоставлять возможность присылать фото написанного от руки, но с нумерацией страниц.

Очень удобно, если в первом письме от студента придёт его фото, иначе у преподавателя не формируются привычные ассоциативные связи.

Для оптимизации (сокращения времени вынужденного бездействия) я даю возможность проверить и оценить решение тестов по эталонам, но только после того, как пришлют все. Причём оценку требую прислать вместе с

работой над ошибками (составить тесты другой формы по тем заданиям, в которых были ошибки).

Поделюсь опытом проработки алгоритма практической манипуляции дистанционно. В отсутствии видеоматериала и возможности практической отработки надо было убедиться в том, что студенты внимательно изучат алгоритм. Я предложила алгоритм, в котором пропущен перечень оснащения и одно и то же ключевое слово (*спиртовый* антисептик), оно встречается в алгоритме несколько раз. Было задано изучить текст и вписать в раздел «Оснащение» пропущенные слова.

После того, как ответ пришёл ото всех, предъявляется полный текст алгоритма, задание меняется на «выписать ошибки» и ответить на вопрос: «Что произойдёт, если м/с не подготовит всё оснащение, как требуется?»

Чтобы студенты не копировали готовые презентации, я даю задание:

1. Составить презентацию из определённого количества озаглавленных слайдов по указанной теме с определённым числом картинок по учебно-методическим материалам домашнего задания (не из Интернета); например:
2. 1 слайд- тема, ФИО, группа
3. 2 слайд - определение термина
4. 3 слайд – причины и симптомы
5. 4 слайд – диагностика и подготовка к исследованиям
6. 5-7 слайд- принципы лечения, питания и ухода
7. 8 слайд- консультирование по фармакотерапии
8. 9 слайд – консультирование по уходу и питанию

По инфекциям я предпочитаю темы типа «Организация карантинных мероприятий в очаге на дому при амбулаторном лечении ребёнка с туберкулёзом». План презентации, соответственно будет другим. Надо обязательно предоставлять справочные материалы, таблицы.

Презентации лучше давать именно в ходе занятия. После объёмных заданий обязательно дать инструкцию: «Прислать до … час.».

Современные исследования доказали, что крайне важно, чтобы студенты писали и от руки во время занятий, поэтому, как минимум, нужно требовать письменный отчёт в тетради по самостоятельной работе («дата, решение тестов-10, ситуационных задач-2, составление плана беседы-2, расчёт разведения антибиотиков и набора дозы в шприц (с рисунком)-2, составление презентации-1 и т.д.») [2].

Сложившаяся ситуация-не казус, а первая репетиция многих других, которые скорее всего будут в связи с естественным или искусственным распространением других неизвестных инфекций и заболеваний, вызванных возбудителями с множественной лекарственной устойчивостью. Поэтому надо срочно делиться эффективным опытом, организовывать онлайн-курсы для преподавателей, проводить мастер-классы адаптировать рабочие программы, УМО, создавать «цифротеку» оснащения дистанционного обучения, по всем МДК и предметам специальности.

Список литературы и источников

1. Выблова, Т.Н. /Страница преподавателей.- [Электронный ресурс].- БПОУ ВО ВБМК.- Режим доступа: // http://www.vbmk.vrn.ru/ -Время доступа: 26.03.2020 в 10:55
2. Курпатов А.В.-Цифровая псевдодебильность [Электронный ресурс].-Режим доступа: https://yandex.ru/video/search?text=курпатов%20цифровая%20псевдодебильность&path=wizard&parent-reqid=1585210040316634-1648372128965953586700208-vla1-1993&filmId=3211680050253522373.- Время доступа: 26.03.2020г. в 11:09

ОПЫТ ПОДБОРА СХЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ МАТЕРИАЛА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИХ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Выблова Татьяна Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Пандемия коронавируса стала причиной временного перехода профессионального обучения с очной формы на дистанционную, к реализации образовательных программ среднего профессионального образования и дополнительных профессиональных образовательных программ исключительно с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий[6]. .

В данной ситуации возникла проблема трансформации учебно-методического обеспечения именно практических занятий [2, 3,6,7,9-13,15].

Как реализовать рабочую программу, предназначенную для очной формы обучения, в условиях дистанционного обучения? Как мотивировать студента более глубоко изучать теорию практических манипуляций в данных условиях, как обучать практическим методам профессиональной коммуникации и при этом не навредить здоровью обучающихся?

Предлагаю изучить мой опыт на примере проведения занятия МДК 02.01. ПМ 02 по специальности «Сестринское дело» «Сестринская помощь в педиатрии».

При дистанционном обучении посредством ИКТ легко формировать общепрофессиональные компетенции: ОК - 4 (осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития) и ОК-5 (использовать информационные технологии в профессиональной деятельности), а также продолжить формирование ОК-2 (организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество) и ОК-6 (работать в коллективе, команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями).

Из профессиональных компетенций меньше всего может пострадать формирование таких профессиональных компетенций: ПК-2.1 (представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть

вмешательства), ПК-2.6 (вести утверждённую медицинскую документацию). Остальные ОК и ПК нужно в таких обстоятельствах формировать, прилагая большую изобретательность (ОК-12- организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности; ПК-2.2- осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса; ПК-2.3 - сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами; ПК-2.4 - применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования; ПК -2.5 - соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса и т.д.) [4].

Современное дистанционное обучение невозможно без использования информационно-коммуникативных технологий (ИКТ) как процессов и методов взаимодействия с информацией, которые осуществляются с применением персональных компьютеров, ноутбуков, смартфонов, Интернета и пр.[14].

К ИКТ относятся мультимедиа технологии, сетевые информационные технологии, а также технологии работы с текстовой информацией, с графической информацией, технологии числовых расчетов, хранения, поиска, сортировки и хранения данных.

Их применение предполагает, что сам преподаватель не только владеет информационно-коммуникативными технологиями, но и знает современную нормативную базу организации электронного обучения и дистанционного образования, в том числе санитарные правила и нормы их использования в дистанционном образовательном процессе [2, 3,5-13,15].

При дистанционном обучении персональный компьютер используется в индивидуальном дистанционном режиме, являясь многофункциональным гаджетом.

Значимость ИКТ заключается в том, что они позволяют создать мультисенсорную интерактивную среду образовательного процесса с почти неограниченным потенциалом и для преподавателя, и для студентов.

При этом методы применения ИКТ на занятии должны быть чётко обоснованы (когда средства ИКТ служат активизации познавательной деятельности студентов, способствуют решению дидактических задач, применяются в качестве педагогического инструмента, способствующего достижению цели занятия, способствуют самоорганизации труда и самообразования студентов).

В то же время следует учитывать, что суммарная длительность работы обучающихся на персональном компьютере не должна превышать 50% времени учебного занятия и чередоваться с традиционной учебной деятельностью [8].

В таблице ниже представлен пример последовательности заданий для студентов и видов деятельности (фрагмент) на очных занятиях и дистанционных занятиях (ДЗ) при электронном обучении по теме №3

«Подготовка детей к лечебным вмешательствам и их осуществление», с обратной связью (см таблицу).

Эти задания закрепляют изученный материал в прикладном ключе, но как анализ профессионального и последовательного решения ситуационной задачи, зашифрованной в реальной записи в медицинском документе (листе назначений) А именно анализ точности проведения выборки назначений, анализ логичности при составлении плана консультирования пациента, определение полноты предоставленной пациенту информации перед вмешательством, проверка точности расчётов дозирования лекарственного средства, контроль точности при наборе раствора в шприц, что позволяет правильно выполнять назначенное врачом лечение.

Таблица – Пример последовательности заданий на очном и дистанционном практическом занятии по теме №3

Последовательность заданий на практическом занятии с обратной связью			
Последовательность заданий на практическом занятии	Очное обучение	Электронное дистанционное обучение	Обратная связь/ предоставление материалов для контроля преподавателю при ДЗ
1	2	3	4
1.Провести математические ***расчёты по разведению ЛС и набора дозы в шприц*	+	+	Решение /фото расчётов присылают**
2.***Нарисовать рисунок*** шприца с набранным объёмом ЛС	+	+	Присылают фото рисунка**
3.Демонстрация шприца с набранным объёмом ЛС	+	+	Присылают фото шприца **
4. Работа над ошибками в виде ответа на вопрос «Какую дозу на самом деле набрала студентка в шприц? Что произойдёт, если м/с совершит такую ошибку?»	+	+	Присылают работу над ошибками (ответы на вопросы, связанные с ошибкой)**
Демонстрация правильного набора рассчитанной дозы			
4.**Выборка** назначений врача *	+	+	Присылают фото выборки**
5.***Взаимопроверка*** студентами составленной выборки с её оценкой ***по заданным критериям***	-	+	Проверявший присылает результат оценки по трафарету ответа**
Предоставление эталона ответов к тестам			
6.Самопроверка ***по эталону выполнения и эталону оценки*** с последующей ***работой над ошибками*** в виде составления тестовых заданий в другой форме по выявленным пробелам знаний	+	+	Присылают оценку в баллах с составленными самостоятельно (по числу ошибок)

			тестовыми заданиями**
7. ***Составление плана*** консультирования матери / пациента по фармакотерапии (и получения информированного согласия)	+	+	Присылают фото плана**
8.***Взаимопроверка*** студентами составленного плана ***по заданным критериям*** (но без эталонного образца плана)	-	+	Проверявшие присылают результат оценки по трафарету ответа**
Предоставление образца плана и критериев оценки			

Последовательность заданий на практическом занятии с обратной связью			
1	2	3	4
9.***Самопроверка*** составленного плана ***по эталонному образцу плана*** с последующей ***работой над ошибками (исправление с выделением)***	+	+	Присылают оценку в баллах и фото исправленного плана с выделенными исправлениями**
10. Проведение ***условного консультирования*** «матери /пациента» по образцу плана ***в паре студенток,*** меняясь ролями (одна «мать», другая «м/с» и наоборот)	+	-	
11.***Тренировка «консультирования***» по образцу плана по регламенту (1,5 мин.)	-	+	
12. Запись видео «консультирования» «пациента» по эталонному плану по регламенту	-	+	Присылают видео/аудио консультирования**
			лучшее видео преподаватель предлагает автору переслать остальным
Подведение общих итогов выполнения этих заданий			
13.**Решение ситуационной** задачи по восстановлению текста алгоритма манипуляции с пропущенными ключевыми словами	-	+	Присылают ответ
16.***Взаимопроверка*** студентами решения задачи с её оценкой ***по заданным критериям***	-	+	Проверявший присылает результат оценки по установленным критериям**
Предоставление эталона полного алгоритма манипуляции			
17.Самопроверка ***по эталону выполнения и эталону оценки*** с	+	+	Присылают оценку в баллах с работой над ошибками

последующей ***работой над ошибками***			(выделенными исправлениями и ответом на вопрос: «Что произойдёт, если м/с допустит такие ошибки?»**
Подведение общих итогов выполнения этих заданий			

*-по условиям ситуационной задачи с использованием реальных листов назначений из истории болезни[2].

**-преподаватель отправляет комментарии, замечания, оценку, дополнительное задание для исправления ошибок и пр.

***Перед каждым следующим заданием высылается подробный инструктаж, регламент (прислать до … час. … мин.) и трафарет/форма ответа на задание. Пример такой инструкции: Прислать до 11.30 как «проверила тесты у Петровой Л. - 8 баллов, оценка «4»».

При необходимости в схему могут вноситься дополнения или изменения (например, если нет возможности записать видео, можно прислать аудиозапись; проговорить консультирование по телефону; в крайнем случае-написать и прислать текст прямой речи).

Предложенная схема позволяет глубоко и активно проработать изучаемый материал с активизацией разных каналов восприятия студентов, преследует и учебные, и развивающие, и воспитательные цели.

При организации занятия с позиций здоровьесбережения следует учитывать многие критерии.

При дистанционном обучении важны такие критерии :

-смена видов учебной деятельности с ограничением их продолжительности,

-чередование видов преподавания не позже, чем через каждые 15 минут (словесный, наглядный, аудиовизуальный, практическая работа, самостоятельная работа и др.);

-организация физкультминуток, офтальмотренажа, дыхательных упражнений, самомассажа активных точек на теле;

-применение методов, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения студентов (таких, как метод свободного выбора-свободная беседа, выбор способа действия, свобода творчества; активных методов (студент в роли преподавателя, исследователя, субъекта деловой игры; обмена мнениями);

-применение методов, направленных на самопознание и развитие (интеллекта, эмоций, общения, самооценки, взаимооценки).

-наличие внешней мотивации на занятии с помощью оценки, похвалы, поддержки, создания соревновательных моментов и стимуляции внутренней мотивации (стремления больше узнать, активности, проявления интереса к изучаемому материалу);

-создание благоприятной психологической обстановки во время занятия с преобладанием положительных эмоций;

-включение эмоционально-смысловых разрядок (шутки, юмористической или поучительной картинки/смайлика, уместных поговорок, афоризмов, четверостиший и даже музыкальных минуток [14].

ТСО, гаджеты, Интернет должны использоваться как средства для реализации методов обучения и чередоваться с традиционными средствами.

Продолжительность непрерывного применения каждого из не более, чем двух технических средств обучения, согласно требованиям СанПин, ограничена 25-30 минутами из каждого академического часа занятия [8].

При подборе видов заданий надо учитывать, что переключение взгляда с экрана ТСО на рабочую тетрадь способствует развитию еще большего утомления зрительного анализатора (!). Поэтому лучше избегать такой смены деятельности, а применять работу с фиксацией взгляда либо на экране, либо на тетради наряду с практикой офтальмотренажа [8,15].

В течение и после использования технических средств обучения, связанных со зрительной нагрузкой, необходимо организовать выполнение комплекс упражнений для профилактики утомления глаз, а в конце каждого академического часа рекомендовать выполнить физические упражнения для профилактики общего утомления, которые представлены в приложениях к СанПин [8].

Гигиенически рациональным можно считать занятие с оптимальной сменой видов деятельности с физкультминутками и офтальмотренажом [8,15].

Включая в работу все сенсорные каналы, применяя традиционные, ТСО и ИКТ, различные приемы и методы активизации деятельности студентов, преподаватель профессионального обучения и в период дистанционного обучения должен сохранять здоровье студентов, способствуя формированию их личности, развитию их интеллектуальных способностей.

Список литературы и источников

1. 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012г.

Режим доступа: // https://dogovor-urist.ru/законы/закон_об_образовании/

2. Приказ Минздрава России от 29.03.2020 № 248 «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации»

3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 23.08.2017 г. № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ»

4. ФГОС СПО по специальности 34.02.01 «Сестринское дело». Приказ Минобрнауки РФ №502 от 14 мая 2014г. (с изменениями и дополнениями). М.2014- С. 58

Режим доступа: // https://base.garant.ru/70683786/

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 июня 2013 г. № 464 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования»

6. Рекомендации Минпросвещения России от 02.04.2020 № ГД-121/05 по организации образовательного процесса на выпускных курсах в образовательных организациях, реализующих программы среднего профессионального образования, в условиях усиления санитарно-эпидемиологических мероприятий

7. Письмо Минпросвещения России от 13.03.2020 г. № СК-150/03 «Об усилении санитарно-эпидемиологических мероприятий в образовательных организациях»

8. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 189 г. Москва «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821-10»

Режим доступа: // https://rg.ru/2011/03/16/sanpin-dok.html

9. Указ губернатора Воронежской области «О мерах по обеспечению на территории Воронежской области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» от 03.04.2020 №138-у

10. Приказ Департамента образования, науки и молодежной политики Воронежской области от 03.04.2020 №333 «Об организации работы профессиональных образовательных организаций на территории Воронежской области в период с 4 по 30 апреля 2020 года».

11. Письмо департамента Воронежской области от 29.03.2020, № 8112/2603, зарегистрировано 3.04.2020г

12. Приказ Департамента здравоохранения Воронежской области от 24.03.2020 г. № 476 «О введении временной реализации образовательных программ среднего профессионального образования и дополнительных профессиональных образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий на территории Воронежской области»

13. Департамент здравоохранения Воронежской области. Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Воронежской области «ВБМК» Приказ от 24 марта 2020г. № 90- ОД г. Воронеж «Об организации учебного процесса»

14. Выблова, Т.Н. Учебно-методические материалы по МДК 02.01 «Сестринская помощь в педиатрии», тема №3 /Страница преподавателей.- [Электронный ресурс].- БПОУ ВО ВБМК.- Режим доступа: // http://www.vbmk.vrn.ru/ -Время доступа: 26.03.2020 в 10:55

15. Шутенко, А.И. Информационные технологии дистанционного обучения как инструменты повышения доступности и полноценности вузовской подготовки / А.И. Шутенко // Научный журнал «Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири» ISSN 2303-9744 (Online).- №4. - 2016. Режим доступа: // https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionnye-tehnologii-distantsionnogo-obucheniya-kak-instrumenty-povysheniya-dostupnosti-i-polnotsennosti-vuzovskoy-podgotovki/viewer.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ЗАДАНИЙ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ ПРИ ТРАДИЦИОННОМ И ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Выблова Татьяна Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Электронное обучение в ситуации, когда невозможен постоянный визуальный контроль студентов, должно использовать такие приёмы и задания, которые требуют и обеспечивают максимальную занятость студентов течение дистанционного занятия.

В условиях неожиданного перехода профессионального обучения на дистанционное - с очных практических занятий на дистанционные (ДЗ) - нужны эффективные, при этом простые, целостные, понятные, доступные и гибкие схемы.

Они требуются для быстрой адаптации заданий, применявшихся для контроля и закрепления знаний на очных занятиях, к новым условиям обучения [2,3].

Предложенный шаблон/схема удобен тем, что в силу определённой последовательности обыгрывания предмета обучения с разных, но всегда прикладных профессиональных сторон, является целостной и в то же время гибкой конструкцией (см рисунок).

Глубокое изучение вопроса достигается тем, что он исследуется в несколько этапов с разных сторон (решение задания на дому или на ДЗ* → взаимопроверка результата этого решения на ДЗ*→предоставление эталонного решения** → самопроверка по эталону* с работой над ошибками* → коррекция преподавателем** → анализ ошибок/выводы/подведение итогов → (постановка новых педагогических целей).

В зависимости от того, какое исходное задание, подбирается тот или иной вариант работы над допущенными ошибками.

Если были допущены ошибки при решении тестов, предлагается составить новые задания, но в другой тестовой форме (открытой-дополнить предложение или восстановить текст; закрытой- выбор одного или нескольких правильных ответов, на соответствие, на правильную последовательность)[1].

Если были допущены ошибки в решении задачи с математическими расчётами-предлагается аналогичная работа над ошибками-т.е. составить и решить задачу с новыми вводными данными.

*-студенты присылают ответ преподавателю
**-преподаватель отсылает эталон или комментарии.

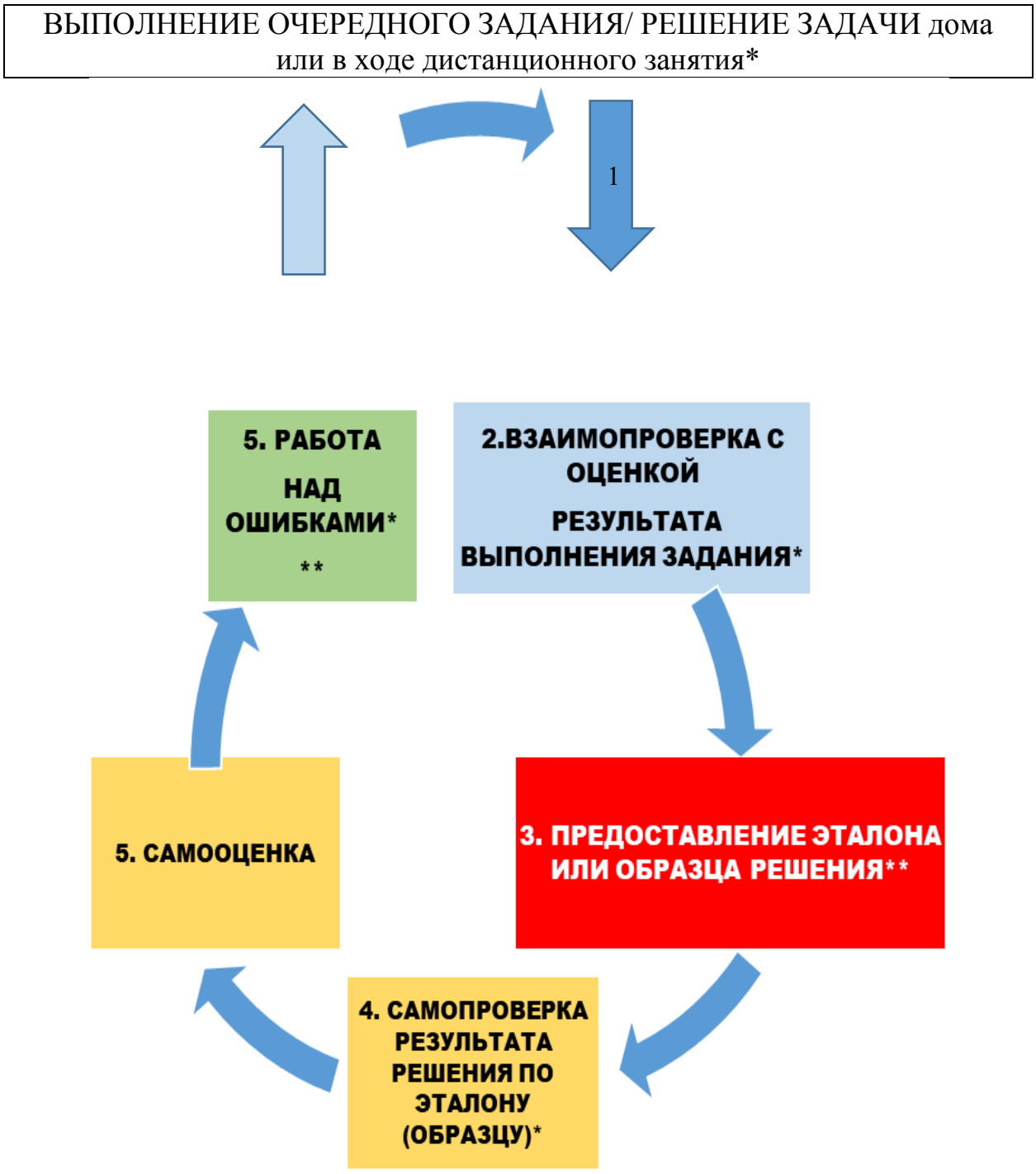


Рис. Схема взаимосвязанных действий

Если были допущены ошибки в решении ситуационной профессиональной задачи, целесообразна работа над ошибками в виде ответа на вопрос: «Что произойдёт, если медсестра допустит такую ошибку, как вы?».

Очень важно в адресной строке маркировать номер задания (я применяю сквозное А-1, А-2, Б-1, Б-2, и т.д.), где:

А-решение тестовых заданий;

А-1-взаимопроверка тестов;

А-2- самопроверка тестов по эталону с работой над ошибками;

Б-составление выборки назначений врача по условиям задачи,

Б-1-взаимопроверка выборки,

Б-2-самопроверка по эталону с работой над ошибками;

В-составление плана консультирования матери по подготовке ребёнка к назначенным исследованиям;

В-1-взаимопроверка плана консультирования;

В-2-самопроверка плана консультирования по эталону с внесением и выделением исправлений;

В-3- «условное видео-аудиоконсультирование» по эталонному плану, ограниченное регламентом в 1,5-3 минуты, допускается письменный сценарий беседы (если нет возможности отправить или выполнить видео-аудио-);

В-4- оставление **презентации** на тему, например: «Пиелонефрит: сестринское консультирование при подготовке ребёнка к исследованиям» из 7 слайдов по плану:

1слайд-тема, ФИО студента, бригада

2-цель исследований, последствия неправильной подготовки

3-перечень исследований; время забора, условия, особенности подготовки к каждому, правила забора материала (фото при необходимости)

4-предоставление контейнера, мочеприёмника и т.п (фото)

5-правила заполнения направлений (образец)

6-особенности терапевтической игры

7-план сестринского консультирования по фармакотерапии.

Г- составление плана консультирования матери по фармакотерапии препаратом;

Г-1- взаимопроверка плана консультирования;

Г-2-самопроверка плана консультирования по эталону с внесением и выделением исправлений;

Г-3 - оставление **презентации** по эталонному плану на тему, например: «Инфекция мочевыводящих путей: сестринское консультирование пациента по фармакотерапии амоксиклавом» из 8 слайдов по плану:

1слайд-тема, ФИО, бригада

2-группа препарата, цель назначения (фото препарата)

3-механизм действия,

(3а-правила хранения при лечении на дому),

4-особенности введения,

5-особенности терапевтической игры,

6-побочное действие,

7-тактика матери при побочном действии,

8-план сестринского консультирования по фармакотерапии.

!Для презентации использовать данные из официальной инструкции к препарату.

Выше перечислены варианты, на занятии одновременно используются не все.

К каждому этапу нужно давать краткую инструкцию, предоставлять образец формы ответа, указывать и выделять цветом время, не позже которого надо предоставить ответ (например, **Ответить до 9.45. Образец ответа:** ***«А-1) Взаимопроверка тестов. Проверяла у Петровой, 8 баллов, «4»).***

Вместо тестов можно давать задание выписать из материала все незнакомые термины, составить глоссарий, а на занятии предложить составить кроссворд из 10 терминов с ключевым словом по теме. Если в теме изучается несколько заболеваний, то кросссворды будут для некоторых разные. После чего снова взаимопроверка, самопроверка по эталону, оценка, работа над ошибками (например, составить тест с этим словом или предложение).

Обычно к 5 дистанционному занятию студенты уже хорошо ориентируются в системе новых требований, привыкают заниматься по-другому, и потребность в неоднократных инструкциях, образцах ответов отпадает.

При использовании данной схемы внимание студентов фиксируется длительно, но, благодаря смене способов обучения, видов умственной деятельности, смене ракурсов изучения профессиональных объектов, у них поддерживается высокий познавательный интерес.

Положительную эмоциональную окраску ДЗ придают похвалы преподавателя конкретному студенту при рассылке позитивного комментария в строке «всем получателям» с просьбой выложить вариант выполнения для остальных членов группы как лучший.

Готовые презентации, видео- или аудиозаписи «сестринских» консультирований, бесед можно использовать в учебных целях. Плохие-с заданием найти ошибки оформления и содержания, хорошие-как обучающий материал/образец. Таким образом обучающий цикл повторится.

Список литературы и источников

1. Аванесов, В.С. Форма тестовых заданий.- [Электронный ресурс] https://hum.uch-lit.ru/szbrannoe/avanesov-v-s-forma-testovyih-zadaniy-onlayn
2. Выблова, Т.Н. Дистанционное обучение в медицинском колледже: опыт подбора схемы изучения материала на практических занятиях / Информио [Электронный ресурс]. https://www.informio.ru/files/main/documents/2020/04/Vyblova_T.n.docx
3. Выблова, Т.Н. Проблемы дистанционного обучения студентов медицинского колледжа / Информио [Электронный ресурс] https://www.informio.ru/publications/id5461/Problemy-distancionnogo-obuchenija-studentov-medicinskogo-kolledzha

ОРГАНИЗУЮЩАЯ РОЛЬ ЧЁТКИХ ИНСТРУКЦИЙ И РЕГЛАМЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Выблова Татьяна Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

На сайте министерства просвещения РФ 8 апреля 2020г. опубликованы краткие Инструкции для проведения разных вариантов дистанционных занятий в системе СПО. На дату 22.04.2020г. там имелись 4 инструкции:

1.Дистанционное обучение. Инструкция по разработке учебного занятия с применением дистанционных образовательных технологий Общение с учениками в диалоговом режиме посредством текста, голоса и видео, а также трансляция экрана.

2.Электронное обучение. Инструкция по разработке учебного занятия с применением электронного обучения: Самостоятельное изучение материала через назначенный курс или видеоурок, выполнение задания через тестирующую систему.

3.Смешанное обучение. Инструкция по разработке учебного занятия по типу смешанного обучения (с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения). Комбинирование платформы и ресурса для проведения занятия и оценивания обучающихся.

4.Условия с недостаточной скоростью сети Интернет. Инструкция по разработке учебного занятия в условиях с недостаточной скоростью сети Интернет. Загрузка/отправка материалов и заданий посредством облачного хранилища или социальной сети [2].

Эти инструкции рамочные и отражают лишь основные принципы подготовки к занятию.

22.04.2020г. Министерство просвещения запустило горячие линии по вопросам работы в формате дистанционного обучения для директоров школ и региональных органов управления образованием, методической поддержки учителей и родителей, по вопросам среднего профессионального образования, для людей с ограниченными возможностями здоровья.

На базе Межрегионального института повышения квалификации специалистов профессионального образования работает круглосуточная горячая линия по вопросам среднего профессионального образования для поддержки образовательных организаций, учащихся и их родителей. Телефоны: +7 (977) 978-29-69, +7 (977) 978-30-31, +7 (985) 457-67-15 (для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов[2].

В данной публикации приводится конкретный опыт проведения шестичасового семинарско-практического дистанционного занятия в медицинском колледже по ПМ 02. МДК 02.01 «Сестринская помощь в педиатрии» по специальности 34.02.01. Сестринское дело (см таблицу).

Следует отметить, что учебно-методические материалы по всем темам размещены на странице преподавателя, как и образцы контрольно-оценочных материалов, и список литературы по каждой теме (в едином файле с порядковым номером, соответствующим номеру в тематическом плане

раздела МДК)[1]. План будущего дистанционного занятия высылается дополнительно вместе с домашним заданием. В домашнее задание нередко входит решение тестов, оно позволяет преподавателю сориентироваться в степени усвоения отдельных вопросов. Инструкции отправляются на единый электронный адрес всем членам бригады одновременно или только бригадиру (по договорённости пересылать остальным членам бригады любым доступным способом (например, в беседе ВК).

Условия оформления ответов такие: каждое письмо в строке «ТЕМА» должно начинаться с даты, номера бригады, номера темы и ФИО студента, затем указывается условное обозначение задания (А-1, А-2, Б-1, Б-2 и т.п.), затем ответ в самом письме по образцу.

Таблица – Организационная структура дистанционного занятия (6 часов)

№ п/п	Время отправ-ления	Содержание послания	
		В строке «ТЕМА»	В самом письме
1	2	3	4
1	8:00	**17.04.2020г. 204. Тема №22**. Приветствую!	Ответьте, кто присутствует?
2	8.00	**Задание А-1).** Решение тестов	**Задание А-1) Решить тесты.** Тесты в письме или прикреплённом файле. **Ответ прислать до 8.15.** **Эталоны ответов будет выслан после того, как решение поступит ото всех.** Образец ответа***:*** ***17.04.2020г. 204. Тема 22. Петрова Н.А. Ответ А-1)….***
3	8:15	**Эталоны ответов для задания А-1)**	Эталоны ответов на тесты и оценки результата по теме 22
4	8.15	**Задание А-2)** Самопроверка решения тестов	**Задание А-2) Самопроверка тестов по эталону и оценке результатов.** **Прислать ответ до 8:50 с работой над ошибками в виде тестов другой формы по проблемным вопросам*.** Образец ответа***:*** ***17.04.2020г. 204. Тема 22. Петрова Н.А. Ответ А-2)-8 баллов, «4», работа над ошибками:*** ***Инструкция:……..*** ***1. …*** ***Инструкция:……*** 2. **…**
5	8:50	**Задание Б-1)** Решение задачи №1	**Задание Б-1). Решение ситуационной задачи №1** (из учебно-методического комплекта по теме)**. Решение прислать до 10:00
6	10:00	**Задание Б-2)** Взаимопроверка выборки назначений	**Задание Б-2). Взаимопроверка выборки назначений друг у друга (**пары студентов постоянные или новые-на усмотрение преподавателя). **Критерии: полнота переноса информации, указание календарной даты проведения каждого исследования, разборчивость почерка)*** **Ответ прислать до 10:30 с работой над ошибками (исправить, выделить и ответить на вопрос: «Что произойдёт, если …).** Образец ответа: ***Б-2.)Меня проверяла Петрова Н. Ошибки-я переписала отменённый препарат. Работа над ошибками:*** ***Если м/с допустит такую же ошибку, то ….»***

Таблица – Организационная структура дистанционного занятия (6 часов)

№ п/п	Время отправления	Содержание послания	
		В строке «ТЕМА»	В самом письме
1	2	3	4
7	10:30	**Задание Б-3)** Взаимопроверка плана подготовки пациента к исследованиям	**Задание Б-3).** **Взаимопроверка плана консультирования матери по подготовке к назначенным исследованиям из … пунктов.** **Ответ прислать до 10:50 с работой над ошибками (исправить, выделить и ответить на вопрос: «Что произойдёт, если …).** Образец ответа: ***Меня проверяла Петрова Н. Ошибка- не указала терапевтическую игру при подготовке к …. .*** ***Работа над ошибками: Если м/с не объяснит матери, как провести терапевтическую игру перед исследованием, то ребёнок …. .***
8	10:50	**Эталон для задания Б-3)**	**Эталон плана консультирования матери … (Б-3)**
	10:50	**Задание Б-4)** Самопроверка плана консультирования матери по фармакотерапии по эталону	**Задание Б-4).** **Самопроверка плана консультирования матери по фармакотерапии.** **Исправить и выделить ошибки.** **Ответ прислать до 11:10 с работой над ошибками в виде ответов на вопрос: «Что произойдёт, если …).** Образец ответа: Самопроверка Б-4) ***Ошибка- не указала тактику при возникновении аллергической реакции на препарат.*** ***Работа над ошибками: Если м/с не объяснит матери, что надо прекратить приём препарата и срочно обратиться к врачу, то ребёнок…... .***
9	11:10	**Задание В-1)** Взаимопроверка плана сестринских вмешательств по цели: «Мать пациента будет знать, как ухаживать за ребёнком при … в результате действий м/с»	**Задание В-1).** **Взаимопроверка плана сестринских вмешательств по цели:** **«Мать пациента будет знать, как ухаживать за ребёнком при … в результате действий м/с».** Критерии оценки: наличие цели, последствий нарушения ухода, двигательный режим, температурный режим, особенности проведения гигиенических процедур и т.п., приведение убедительных примеров и дополнительной информации. **Ответ прислать до 11:30 с работой над ошибками (исправить, выделить и ответить на вопрос «Что произойдёт, если …).** Образец ответа: Взаимопроверка В-***). Меня проверяла Петрова Н. Ошибки-я не указала важность частого проветривания. Работа над ошибками: Если м/с допустит такую же ошибку, то ….»***
10	11.30	**Эталон для задания В-1**	**Эталон плана консультирования матери по уходу**

Таблица – Организационная структура дистанционного занятия (6 часов)

№ п/п	Время отправления	Содержание послания	
		В строке «ТЕМА»	В самом письме
1	2	3	4
11	11:30	**Задание В-2)** Подготовка презентации по эталонному плану	**Задание В-2). Подготовить презентацию из 12 слайдов на тему:** **«Уход и питание при пневмонии в стационаре (памятка для матери)».** **План:** **1 слайд-БПОУ ВО ВБМК, ФИО, группа** **2 слайд – глоссарий (4 термина)** **3 сущность изменений в организме больного** **4 слайд --цели правильного ухода и широкой аэрации** **5 слайд - двигательный и температурный режим, прогулки** **6 слайд - постуральная терапия (фото)** **7- физические методы охлаждения при лихорадке** **8 уход за кожей и слизистыми** **9- принципы дыхательной гимнастики (фото)** **10 – особенности питания** **11 - организация досуга (фото)** **12 - обработка предметов ухода, игрушек** **Презентацию прислать до 12:15**
12	12.25	**Подведение итогов, Задание на дом**	**Общие итоги занятия: …….. . Тема № … , дата…, с 8:00 до 12:00. Учебно-методические материалы на сайте колледжа (на моей странице преподавателя).**

*- в первое время для облегчения адаптации к новым требованиям высылается образец составления тестов разной формы по одной и той же проблеме.
**-ситуационные задачи составлены однотипно: предложен заполненный бланк листа назначений, описана ситуация (вы-постовая м/с … отделения и др.), необходимо сделать выборку назначений, составить план подготовки матери к исследованиям, план консультирования по назначенной фармакотерапии и составить план независимых вмешательств по предложенной цели (например: Мать пациента будет знать правила ухода за ребёнком при … в результате действий медсестры). Трафарет заполнения выборки назначений выдаётся на первом занятии каждому.
*** если выборка написана от руки, прислано фото записи.

Индивидуальная оценка решения заданий комментируется в частных ответах. Коррекция наиболее частых ошибок-в письмах групповой рассылки или видео/аудиообращениях.

Во время занятия могут произойти отключение Интернета, отказы сервера отправлять письма из-за превышения допустимого суточного количества (например, для Яндекса это 500 писем в день, причём одно письмо, отправленное путём групповой рассылки засчитывается не как одно, а как сумма отдельных каждому студенту), «зависание» ПК. Приходят пояснения: «Мы не уверены, что вы не робот». А если в день два шестичасовых занятия?

Всегда должен быть вариант «Б»: почасовой план заданий на всё занятие (с инструкциями) высылается заранее вместе с домашним заданием, чтобы ни в каком случае не было потерь времени из-за техники.

Вариант «В» подразумевает опосредованную рассылку инструкций через бригадира, а он-остальным.

Во всех случаях оценка, замечания могут передаваться по телефону или позже, после восстановления работы электронной почты.

Дистанционное обучение совершенствует профессиональные компетенции, обогащает каждого преподавателя, т.к. заставляет пробовать и осваивать новые приёмы, техники и технологии.

Список литературы и источников

1. Выблова, Т.Н. /Страница преподавателей.- [Электронный ресурс] - БПОУ ВО ВБМК.- Режим доступа: // http://www.vbmk.vrn.ru/ -Время доступа: 19.04.2020 в 10:55.

2. Минпросвещения России. Официальный сайт. [Электронный ресурс] - Режим доступа: // https://edu.gov.ru/distance-Время доступа: 23.04.2020г. в 9:01.

ОПТИМИЗАЦИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Выблова Татьяна Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

При дистанционном профессиональном обучении возникает потребность в оптимизации УМО, в частности, ситуационных задач[2]. Последние должны быть составлены так, чтобы проверить, как студент сформировал основные представления об организации профессиональной деятельности в современных условиях на основе современной нормативной базы, т.е. умел применить разную информацию.

Представляется, что нет проще и лучше основы для составления таких задач, чем элементарная нестандартная, но в то же время обычная ситуация, как говорят, «реалистичная». Подобные задачи кажутся студентам очень лёгкими, на деле оказываются совсем не простыми (но и должны быть не очень сложными), а вполне проблемными, вызывают активное параллельное обсуждение внутри группы. По ответу нетрудно выявить думающих нестандартно, самостоятельных, наиболее грамотных студентов, понять, чего не знают или не представляют, или не понимают студенты. Обычно бывает несколько подходов к решению после комментариев или подсказок преподавателя.

Причина в способности и практике анализа ситуаций и синтеза ранее изученной учебной информации, трудность усугубляет определённый дефицит реальной учебной практики и др.

Такие задания разряжают скучную обстановку, будоражат мысль, потому что устанавливают и закрепляют связи, которые ранее назывались межпредметными и внутрипредметными.

На самом деле решение таких задач гораздо полезнее, чем не проблемных, потому что создаёт в ЦНС нужную доминанту[3].

Одним из условий для успешного решения является очень подробное написание алгоритма манипуляции. Так подробно, что его можно выполнить правильно без предварительной демонстрации студенту (пошагово, с указанием в какую руку что и как взять, что и как сделать потом, куда и как положить и т.п.). Не годятся фразы типа:

« … Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость. 9. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток. …» [1], потому что не пригодны для обучения. Каждое действие в учебном алгоритме должно быть описано предельно точно и подробно-так точно, чтобы не предполагалось нескольких вариантов его интерпретации. Текст задачи можно дополнить самим алгоритмом, необходимыми справочными материалами или нормативными документами, либо ссылкой на них.

На дистанционных занятиях по МДК 02.01, разделу 2 «Сестринская помощь в педиатрии» я даю 2 ситуационные задачи описанного типа: одну на 16 занятии для повторения алгоритма в/м инъекции в палате соматического отделения детского стационара, другую-на 25 занятии для закрепления правил работы в боксе инфекционной больницы.

На самом деле обе задачи на системное представление роли м/с в профилактике ИСМП, и должны вызывать озадаченность тем, как поступить, чтобы не нарушить инфекционную безопасность, соблюсти медицинскую этику и деонтологию.

Варианты зависят от того, с матерью находится ребёнок или нет, от его возраста, как поступить-выбрать вызов другой м/с или сделать всё самой.

Неправильный ответ может служить условием для последующей задачи, вытекающей из него (Что может случиться, если м/с поступила таким образом?) или для поиска правильного решения в ходе взаимопроверки студентами в паре или внутри всей группы.

Ниже представлены две такие задачи.

Задача № 1

Вы-процедурная м/с соматического отделения детского стационара-начали выполнять в/м инъекцию ребёнку (можно указать возраст) в палате по алгоритму, но после пальпации области ягодиц обнаружили, что в лотке нет спиртовых шариков.

Задание: пошагово описать, как поступить в такой ситуации*, чтобы можно было продолжить выполнение манипуляции.

* Есть, как минимум, 3 варианта, как поступить в этом случае, но для этого надо знать не только алгоритм в/м инъекции ребёнку в палате отделения, правила медицинской этики и деонтологии, правила применения перчаток, антисептика и т.п.

Задача № 2

Вы-палатная м/с боксового отделения ОДКБ №2, находитесь в боксе с целью взять мазки из носа и зева на БЛ у Петрова Саши 7 лет (он госпитализирован в бокс с локализованной дифтерией зева с матерью).

Мазок из носа м/с взяла. Но после взятия мазка из зева, погружая зонд-тампон в тубсер, промахнулась и задела тампоном наружную поверхность тубсера и перчатку левой руки.

Задание: пошагово описать, как поступить в такой ситуации, чтобы можно было продолжить выполнение манипуляции**.

** Есть, как минимум, 3 варианта, как поступить в такой ситуации, но для этого надо понимать, как устроен бокс (и правила работы в боксе), как сохранять инфекционную безопасность, алгоритм взятия мазков на БЛ и а также медицинскую этику и деонтологию и т.п.

Новая, третья задача, возникла как реакция на неверную иллюстрацию в Интернете. Её решение также требует наличия подробного и точного алгоритма и внимательности (см рисунок).

Задача №3

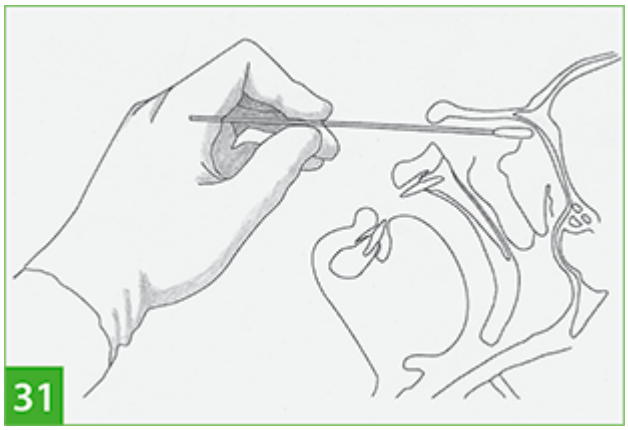


Рис. Взятие мазка из носа

Рисунок подписан как взятие мазка из носа на БЛ.

Задание:

1). Что нельзя считать правильно отображённым ни в каком случае.

2). Что показано не верно для большинства медработников?***

***(Студенты должны без подсказки догадаться, что м/с может оказаться левшой).

Оптимизация УМО к дистанционному обучению требует активного обмена различными наработками между преподавателями СПО, как делает это автор данной публикации

Список литературы и источников

1. ГОСТ Р 52623.4 – 2015. Национальный стандарт РФ. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств.- [Электронный ресурс].- Режим доступа- http://docs.cntd.ru/document/415984420.- Время доступа- 04.05.2020г. в 10:56.

2. Выблова, Т.Н. Дистанционное обучение в медицинском колледже: опыт подбора схемы изучения материала на практических занятиях

[Электронный ресурс].- Режим доступа- http://www.informio.ru/rating/763/Voronezhskii-bazovyi-medicinskii-kolledzh#ou_publications.- Время доступа - 4.05.2020г. 10:29

3. Курпатов, А.В. Законы мозга. [Электронный ресурс] - Режим доступа - https://www.litres.ru/andrey-kurpatov/zakony-mozga-universalnye-pravila/chitat-onlayn/].- Время доступа - 4.05.2020г. 11:58.

КУРСОВАЯ РАБОТА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Высоцкая Алла Анатольевна, Фомицкая Татьяна Евгеньевна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

В настоящее время одним из важнейших вопросов в образовательном процессе является повышение уровня и качества образования. Основной задачей образовательного учреждения является прежде всего формирование творческой личности будущего специалиста, обладающего способностью к саморазвитию, самообразованию. Преподаватель, передавая свои знания студенту в готовом виде, не сможет решить данную задачу. Педагог должен стремиться к тому, чтобы "зажечь" студента, вызвать у него желание учиться и побудить студента к творческой деятельности. Студент должен научиться мыслить, анализировать, принимать решения самостоятельно.

Во многих учебных заведениях студенты выполняют курсовые работы учебно-исследовательского характера. Темы их таковы, что все они соответствуют определенному курсу обучения и выполняются по той или иной дисциплине. Кроме этого, в процессе работы студенты должны стремиться использовать весь имеющийся у них запас знаний и навыков.

Идея о необходимости выполнения таких студенческих работ была выдвинута еще М. В. Ломоносовым, но она прививалась медленно и слабо. Некоторые педагоги сомневались в целесообразности выполнения таких работ, считая, что они отвлекают студентов от учебных занятий. Основной целью выполнения работ считалось ознакомление студентов с новыми открытиями и исследованиями. Иногда такие работы все же выполнялись отдельными студентами и нередко давали ценные учебные и даже научные результаты, в связи с чем в некоторых учебных заведениях делались попытки к изданию лучших студенческих работ.

Однако, эти работы могли выполняться только наиболее способными студентами, основная масса студентов ими не занималась. В дальнейшем опыт дореволюционной школы развивался и получил широкое распространение в советских, а впоследствии и в российских учебных заведениях. Следует отметить, что в последние годы курсовые работы получают все более широкое распространение.

Выполнение курсовых работ имеет очень важное значение для студентов: развивает самостоятельность суждений по различным вопросам, вырабатывает ясность мысли и твердость убеждений. Многие работы имеют связь с учебной и производственной практикой студентов. Это обогащает

содержание работ, приближает их к жизни, к будущей профессиональной деятельности. Но связь курсовой работы с практикой возможна только в тех случаях, когда работа выполняется после ее прохождения, что не всегда представляется возможным.

Студенты БПОУ ВО "ВБМК" выполняют курсовые работы по многим предметам. В рамках нашего модуля - ПМ 02. МДК 02.01 раздел № 3 "Сестринский уход при инфекционных заболеваниях", будущие медицинские сестры работают, используя, как правило, литературные источники, иногда находят и используют материалы из архивных историй болезни, а также материалы, собранные во время прохождения учебной и производственной практики. Это позволяет избежать одной часто встречающейся существенной ошибки: преобладания книжного материала над жизненными фактами и выводами. В процессе отбора материала и работы над ним у студентов постепенно вырабатывается исследовательский подход к работе, необходимый в наше время каждому специалисту.

Содержание курсовых работ несколько напоминает материал семинарских занятий. Как правило, семинар предшествует написанию курсовой работы. Тематика курсовых работ разнообразна и зависит от тем изучаемого материала. Основные темы намечаются преподавателем, но студентам предоставляется право самим предлагать темы и, если они удовлетворяют учебным требованиям, преподаватель их обычно утверждает. Одна из задач преподавателя в этих случаях заключается в том, чтобы помочь студентам с достаточной точностью сформулировать тему и объем работы, помочь поставить конкретные цели и задачи. Нередко курсовые работы служат основой выпускных квалификационных работ. Однако не все преподаватели признают целесообразным такое развитие одной и той же темы, считая, что это ведет к сужению интересов и кругозора студентов, что в наше время опасно, так как необходима всесторонняя подготовка, позволяющая молодым специалистам свободно ориентироваться по широкому кругу вопросов в условиях быстро развивающейся науки и инновационных технологий.

Задача педагога - побудить студента к поисковой деятельности, научить умению обобщать знания, делать выводы и самое главное научить не бояться применять полученные знания впоследствии на практике.

Для повышения эффективности самостоятельной работы учащихся преподаватель должен провести серьезную работу, направленную на создание у студентов стойкой мотивации. Активизации самостоятельной работы учащихся способствуют ряд факторов. Один из самых сильных мотивирующих факторов - стать хорошим востребованным специалистом.

Другие факторы также имеют немаловажное значение:

- студент должен понимать полезность выполняемой работы, при этом важно психологически настроить студента, показать ему, как необходима эта работа как для него самого. так и для применения в профессиональной подготовке других студентов;

- важно привлекать студентов к творческой деятельности. Это могут быть участие в конкурсах "Лучший по профессии", в волонтерском движении;

- важным мотивационным фактором является так называемая интенсивная педагогика. Она предполагает введение в учебный процесс активных методов обучения, прежде всего игрового тренинга, в основе которого лежат деловые игры. В таких играх происходит переход от односторонних частных знаний к многосторонним знаниям об объекте, а не просто приобретение навыка принятия решения;

- поощрение студентов за успехи в учебе и творческой деятельности (поощрительные баллы) и санкции за плохую учебу. Например, за работу, сданную раньше срока, можно поставить повышенную оценку, в противном случае ее снижать;

- подготовка индивидуальных заданий с учетом потенциальных возможностей студента, постоянное их обновление;

- мотивационным фактором в учебной работе и, в том числе самостоятельной, является личность преподавателя. Преподаватель может быть примером для студента как профессионал, как творческая личность. Преподаватель может и должен помочь студенту раскрыть свой творческий потенциал, способствовать развитию его внутреннего роста.

Важно отметить, что именно в процессе самостоятельной работы студенты не только закрепляют знания, умения, навыки, но и приобретают профессиональное мировоззрение, начинают понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявляют к ней интерес, учатся самостоятельно определять задачи профессионального и личностного роста, занимаются самообразованием, осознанно планируют повышение уровня своей компетентности. И в этом, однозначно, студентам помогает написание курсовых работ.

Известный педагог К. Д. Ушинский говорил: "Не уметь хорошо выражать своих мыслей - недостаток; но не иметь самостоятельных мыслей - еще гораздо больший; самостоятельные же мысли вытекают только из самостоятельно же приобретаемых знаний". Задача преподавателя - грамотно действовать, чтобы студенты стремились к самостоятельной работе и эта работа была бы успешной, что очень актуально в наше время.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА КАК ФОРМА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Гончарова Екатерина Александровна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

В соответствии с требованиями ФГОС для оценки степени и уровня освоения обучающимися образовательной программы СПО в БПОУ ВО Воронежском базовом медицинском колледже уже несколько лет студентами выполняется выпускная квалификационная работа (ВКР). Цель защиты ВКР –

установление соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ СПО соответствующим требованиям ФГОС СПО.

Тематика выбираемых тем для написания ВКР разнообразна.

Наиболее популярны работы связанные с анализом ассортимента определенной фармакотерапевтической группы. Для проведения контент-анализа используются данные Государственного реестра лекарственных средств. При этом ассортимент анализируется в абсолютных и относительных показателях по следующим критериям: международные непатентованные названия, торговые наименования, лекарственные формы, фирма-производитель, дата регистрации на рынке РФ, условия отпуска из аптечных организаций. Далее по тем же критериям анализируется ассортимент конкретной аптеки. Сравнение количественных характеристик ассортимента лекарственных препаратов зарегистрированных в Государственном реестре ЛС и имеющегося в аптечной организации позволяют оценить уровень оказания фармацевтической помощи населению, а также оптимизировать ассортимент с целью повышения уровня обслуживания населения аптечной организацией.

В аптечные организации часто обращаются посетители с целью порекомендовать им лекарственный препарат. В данном случае фармацевтический специалист должен действовать в рамках своей компетентности. Для того, чтобы выпускники были готовы к проведению фармацевтического консультирования часть работ традиционно посвящена исследованию ассортимента определенной нозологии, например, нарушение пищеварения, травмы и ушибы, термические и солнечные ожоги, лихорадка и т.д. Студенты проводят анализ аптечного ассортимента лекарственных препаратов, на основании которого составляют алгоритм фармацевтического консультирования.

Также часть работ посвящается изучению ассортимента выпускаемого фармацевтическими предприятиями, как отечественными, так и зарубежными. Например, обучающимися был проанализирован ассортиментный портфель таких компаний, как АО «Красногорслекссредства», «Санофи», «Байер», «Астразенека». Ассортимент изучался по следующим критериям: фармакотерапевтические группы, лекарственные формы, условия отпуска из аптечной организации, количество забракованных серий и причина забраковки. Также проводится сравнение препаратов, выпускаемых анализируемым предприятием с аналогами, для этого используется информация, представленная в инструкциях по применению. В последние годы также дополнительно анализируется информация по используемым субстанциям: страна-происхождения, ее срок годности и условия хранения. Сравнение позволяет выявить конкурентные преимущества лекарственного препарата, что можно использовать при проведении фармацевтического консультирования в аптечной организации.

Изучается ассортимент не только лекарственных средств, но и БАД, лечебной косметики, медицинских изделий.

Разрабатываются темы, посвященные и оценке качества лекарственных препаратов. Обучающимися, например, выполнены работы по анализу лекарственных средств на основе аскорбиновой кислоты, ацетилсалициловой кислоты, салициловой кислоты, диклофенака, эуфиллина. В рамках данных тем проводится исследование аптечного ассортимента, в состав которых входят данные лекарственные вещества, анализ лекарственных препаратов по показателям «Упаковка», «Маркировка», «Описание», а также качественный и количественный анализ в условиях химической лаборатории колледжа. Проделанные работы способствуют закреплению навыков студентов в качестве экспертов-химиков.

Выбираются темы посвященные изучению лекарственного растительного сырья, например, календулы лекарственной, шалфея, зверобоя, расторопши, душицы. Обучающиеся сами заготавливают растения и проводят их макрохимический и микроскопический анализ сырья, либо для анализа используют аптечное лекарственное растительное сырье. В рамках работ анализируется химический состав водных, водно-спиртовых и спиртовых вытяжек полученных из лекарственных работ. Полученные результаты позволяют им сделать вывод, что действие настоев, экстрактов, настоек на организм будет отличаться, так как спектр извлекаемых экстрагентами биологически активные вещества различен.

Значительную долю работ занимают темы посвященные организации деятельности аптечных организаций и персоналу. Например, рассмотрела тематика, посвященная адаптации молодых специалистов, технике безопасности и охране труда, мерчандайзингу. Обучающиеся изучают нормативную документацию аптеки, проводят анкетирование среди сотрудников аптеки и на основании полученных данных составляют рекомендации для аптечной организации.

Традиционно часть работ представляется на студенческих научно-практических конференциях проводимых в Воронежском базовом медицинском колледже. При выступлении студентов конкурсная комиссия высоко оценивает данные работы.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ВБМК

Ефремова Валентина Ильинична, Поляков Игорь Александрович, Зябрева Анастасия Николаевна, Попов Алексей Михайлович, Прошукайло Анна Викторовна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Вопрос о сохранении здоровья учащейся молодёжи на сегодняшний день стоит очень остро. Интенсивность учебного труда студентов очень высокая, что является существенным фактором ослабления здоровья и роста числа отклонений в состоянии организма. Причинами этих отклонений являются малоподвижный образ жизни (гиподинамия), накопление отрицательных эмоций без физической разрядки, в следствии чего происходит

психоэмоциональные изменения: замкнутость, неуравновешенность, чрезмерная возбудимость. Современная система образования готовит обучающихся к жизни в мире, полным огромного объёмам информации, а значит должна обеспечить учащимся высокий уровень реального здоровья, вооружив его багажом знаний, умений и навыков необходимых для ведения здорового образа жизни.

Вот поэтому в соответствии с Законом «Об образовании» здоровье обучающихся и студентов относится к приоритетным направлениям государственной политики в сфере образования.

Одним из средств для эффективного обеспечения нового качества образования является совершенствование физического воспитания учащихся путём внедрения в учебный процесс здоровьесберегающих технологий.

Здоровьесберегающие образовательные технологии — совокупность принципов, методов, приёмов педагогической работы, дополняющие традиционные технологии обучения, воспитание, развитие и поэтому должны рассматриваться как качественное характеристика любой образовательной технологии.

Цель здоровьесберегающей работы в колледже — обеспечить высокий уровень реального здоровья обучающихся, вооружить их необходимыми знаниями, умениями и навыками, необходимых для здорового образа жизни, воспитать культуру здоровья.

В этом направлении преподаватели физической культуры ВБМК работают более пяти лет. Все мероприятия носят комплексный характер и предусматривают учебно-воспитательный процесс, организацию активного досуга учащихся, психологическое сопровождение. В настоящее время преподавателями физической культуры колледжа успешно используются здоровьесберегающие технологии, которые основаны на возрастных особенностях физической активности обучающихся и студентов, обучение на оптимальном уровне трудности (сложности), вариативности методов и форм обучения, оптимальном сочетании двигательных и статистических нагрузок, создании эмоционально-благоприятной атмосферы на занятии, формирование положительной мотивации к учёбе, культивирование у учащихся знаний по вопросам собственного здоровья.

Каким образом преподаватели нашего колледжа применяют здоровьесберегающие технологии на занятиях физической культурой? Первым делом четко определяем для себя это понятие. Затем обязательно знакомимся с результатом медицинского осмотра учащихся. Учитывая показания фельдшера колледжа в листе здоровья студентов, определяем уровень физического развития (низкий, средний, высокий). Распределение по уровням даёт возможность подобрать для каждого обучающегося индивидуальный подход. Затем каждый преподаватель физической культуры выстраивает свою методику работы исходя из природных данных и особенностях своих студентов.

Цель нашей профессиональной деятельности - поиск наиболее оптимальных средств сохранения и укрепление здоровья учащихся, создание

благоприятных условий для формирования у студентов стремления к здоровому образу жизни (ЗОЖ). Основными направлениями мы выбрали следующие:

-укрепление дисциплины и привитие сознательного отношения к занятиям физической культуры и спортом

-повышение общего среднего уровня физической подготовки учащихся

-популяризация и агитация ЗОЖ.

Методику своей работы выстраиваем по следующим принципам.

-учёт возрастных индивидуальных особенностей

-учет состояния здоровья студента и его индивидуальных психофизических особенностей при выборе форм, методов и средств обучения

-структурирование урока на три части

-использование здоровьесберегающих действий для сохранения работоспособностей и расширения функциональных возможностей организма учащихся

Здоровьесберегающие технологии, которые мы используем на занятиях.

1. Чередование видов деятельности. Разнообразие форм организации урока, чередование умственной и физической нагрузки учащихся — один и способов повышения эффективности урока. Чередуем теорию и практику.

2. Благоприятная дружеская обстановка на уроке. Урок должен быть развивающим, интересным. На уроке преподаватели обязательно обращают внимание на физическое и психическое состояние учащихся, смотрим, как они воспринимают задания как оценивают работу. Предъявляем требования и замечание только в дружеской форме.

3. Дозировка заданий. Главное при выполнении упражнений не допускать перегрузок учащихся.

4. Индивидуальный подход к каждому учащемуся. Студенты очень разные, но преподаватель должен сделать свои уроки интересными.

5. Занятия на свежем воздухе. Мы опираемся на естественные факторы закаливания и большую часть уроков физической культуры проводим на свежем воздухе.

6. Воспитательная направленность занятий. Воспитательный эффект уроков физической культуры достигается и за счет возможности индивидуального-дифференцированного подхода к развитию физических качеств каждого учащегося и формированию ценностного отношения к своему здоровью.

Кроме этого используем стимулирующие технологии (закаливание и тренировка физических качеств); защитно-профилактические (проветривание спортзала, влажная уборка, наличие аптечки, соответствующее освещение, спортивная форма и сменная спортивная обувь); информационно-обучающие (забота учащихся о своем здоровье).

Поддержка и укрепление физического здоровья напрямую связаны с двигательной активностью учащихся. Двигательная активность восполняется при использовании различных форм, проводим «Дни здоровья», спортивные праздники, День футбола, товарищеские встречи по видам спорта с другими

колледжами, различные турниры, состязания, викторины, занятия в спортивных секциях колледжа. Более 20 мероприятий в год.

Достаточно времени отводится на занятиях и теоретическим сведениям по формированию культуры ЗОЖ. Реализация здоровьесберегающих технологий в колледже зависит не только от активного участия в этом процессе самих учащихся, профессиональной компетенции и грамотности преподавателей физической культуры, создание здоровьесберегающей среды, но и от планомерной работы всего коллектива колледжа.

Одной из задач физкультурно-оздоровительной деятельности колледжа является организация досуга учащихся, поэтому особое внимание мы уделяем профилактике правонарушений. Вовлечение учащихся в спорт-секции, профилактическая работа с обучающимися, беседа о вреде алкоголизма, табакокурения, наркомании являются эффективными формами воспитательной работы, приносящими положительную динамику в состоянии здоровья учащихся. Анализируя результаты нашего опыта мы отмечаем, что использование здоровьесберегающих образовательных технологий позволяет повысить:

- успеваемость по предмету
- динамику роста физической подготовки учащихся
- интерес учащихся к занятиям физической культурой и мотивацию к соблюдению ЗОЖ.

В заключении следует отметить перспективность продолжения работы в данном направлении, а именно все больше объединяя действия преподавателей физкультуры, медиков, родителей, преподавателей других учебных дисциплин-всего педагогического коллектива колледжа для укрепления здоровья обучающихся мы можем добиться устойчивых положительных результатов.

ЗАНЯТИЕ «ДЕЛОВАЯ ИГРА» С УЧЕТОМ СОЦИОТИПА УЧАЩИХСЯ

Звягина Ольга Геннадьевна, Федянина Надежда Ивановна,
Чернова Ольга Александровна, Шестакова Ольга Васильевна,
Малеев Юрий Валентинович

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Бурцева Татьяна Яковлевна, бакалавр соционики, ведущий HR-специалист Группа Компаний Хамина, г. Воронеж

В этой статье изложен авторский опыт использования соционики в обучении на курсах усовершенствования в объеме 144 часа с отрывом от производства медицинских сестер по специальности «Физиотерапия».

Метод проведения практического занятия в форме «деловой игры» и формирование малых групп с учетом установки учащихся на определенный вид деятельности оказался продуктивным для учащихся различных соционических малых групп и дал возможность учащимся проявить свои сильные функции для усовершенствования и реализации на рабочих местах своих профессиональных способностей. Содержимое статья предназначено

для людей не знакомых с соционикой именно и поэтому соционические термины звучат развернуто и в ограниченном количестве.

Соционика – это наука о соционической структуре общества и природе человека. Соционика родилась из К.Г. Юнга, который выделил и описал три взаимоисключающих психологических признака, по которым различаются люди. На основе открытых признаков Юнг выделил восемь различных типов людей, которые воспринимают мир определенных образом и склонных к определённому поведению. Последователи Юнга в типологию добавили еще один признак, и она расширилась до шестнадцати типов. В соционике различают шестнадцать способов восприятия действительности – шестнадцать Типов Информационного Метаболизма (ТИМов). Знание своего ТИМа помогаем успешно решать задачи в разных сферах жизни, правильно выбрать профессию. Типные отличия людей зависят от того, какие из частей общего информационного потока или тот или иной ТИМ воспринимает объемно и в полной мере, а какие - меньше. Весь поток информации от мира делится на четыре части:

1) Информацию об объектах и их соотношениях – логика.
2) Информация о энергетических состояниях объекта – этика.
3) Информация о потенциальных возможностях объектов и изменений во времени – интуиция.
4) Информация о пространственных характеристиках объектов – их форме, цвете, силовых воздействиях и взаимодействии – сенсорика.

Восприятие информации каждым представителем ТИМа происходит по определенным законам, которые открыла Аушра Аугустинавичюте (литовский исследователь, 1928-2005), используя теорию информационного метаболизма психиатра А. Кемпинского. Под гипотезу А. Аугустинавичюте в 1984 году подвел математическое обоснование питерский математик Г.Р. Рейнин и предложил изобразить шестнадцать схематических типов информационного метаболизма. Для изображения психических функций в соционике используют следующие символы :

Интуиция - символ

Сенсорика - символ

Логика (мышление) - символ

Этика (чувствование) - символ

Нами протестировано 27 медсестер работающих в ФТО путем диагностического анкетирования, интервью, анализом проективных методик.

Состав обучающихся медсестер:

1) Возраст от 40 до 65 лет.
2) Имеют стаж работы в ФТО (Физиотерапевтическое отделение) от 20 до 35 лет.
3) Проживают в районных центрах Воронежской области и в г. Воронеж.
4) Категория по специальности физиотерапия высшая у 90% и у 10% первая категория.

5) Усовершенствование знаний по физиотерапии проходят на базе Медицинского колледжа г. Воронеж у преподавателя Звягиной О.Г. (СЭИ) неоднократно.

Цель тестирования: определить к какому ТИМу относятся медсестры ФТО, работающие с большим количеством пациентов и выполняющие назначения лечащего врача с помощью наложения на тело пациента электродов, индукторов, конденсаторных пластин, облучателей и т.п.

При типировании группы учащихся медсестер мы рассматривали и опирались на соционические признаки логика-этика, сенсорика-интуиция, экстраверсия-интроверсия, рациональность-иррациональность, базовую и творческую функцию модели А.

Состав группы обучающихся оказался следующим. Из 27 человек:

1. Этико-сенсорных экстравертов – 4 человека;
2. Сенсорно-логических экстравертов – 3 человека;
3. Логико-сенсорных интровертов – 3 человека;
4. Интуитивно-этических интровертов – 2 человека;
5. Сенсорно-этических экстравертов – 4 человека;
6. Этико-сенсорных интровертов – 3 человека;
7. Интуитивно-логических интровертов – 1 человек;
8. Логико-сенсорных экстравертов – 1 человек;
9. Этико-интуитивных интровертов – 1 человек;
10. Сенсорно-логических интровертов – 1 человек;
11. Интуитивно-этических экстравертов – 4 человека.

С учетом базовой и творческой психических функций модели А (предложенной А.Аугустинавичюте) состав группы таков:

1. Этиков – 18 человек (6 – с этикой эмоций, 12 – с этикой отношений);
2. Сенсориков – 19 человек (13 – с волевой сенсорикой, 6 – с сенсорикой ощущений);
3. Логиков – 9 человек (3 – с деловой логикой, 6 – с логикой соотношений);
4. Интуитов 8 человек (5 – с интуицией возможностей, 3 – с интуицией времени).

Если 27 человек берем за 100% то из них с признаками:

- этики – 66,67%;
- сенсорики – 70,37%;
- логики – 33,33%;
- интуиции – 29,63%.

Таким образом, в группе преобладают учащиеся с сильными функциями этики и сенсорики, что дает возможность преподавателю выстроить учебный процесс с учетом этих особенностей учащихся. В соционике это называют установкой на определеный вид деятельности. Выделяют 4 такие установки, путем пересечения юнговских шкал логика-этика, сенсорика-интуиция.

Таблица 1.

Аспекты	Сенсорика	Интуиция
Логика	Управленцы	Сайентисты
Этика	Социалы	Гуманитарии

Эти малые группы (таблица 1.) описаны В.В. Гуленко (доктор философии в области соционики). Такие группы еще называют профессиональными клубами.

1. Управленцы – эта установка формируется в человеке, если в его социотипе сочетаются признаки сенсорика и логика. Управленцы увлекаются тем, что физически ощутимо. Делают ставку на прагматический расчет, наличие ресурсов, опыта и имеющиеся технологии.
2. Социалы сочетают признаки этики и сенсорики. Хорошо чувствуют нужды людей, заботливы, демократичны, любят обмениваться информацией.
3. Сайентисты соединяют в себе интуицию и логику, экспериментально проверят свои идеи. Демократичны, открыты к дискуссии. Не признают авторитетов. Для них важен поиск истины, занятие непознанным, необычным.
4. Гуманитарии сочетают признаки интуиции и этики. Сопереживают по поводу общечеловеческих проблем. Тонко переживают эмоции людей.

Знание, какой вид деятельности преобладает в группе, помогает педагогу подобрать методы обучения и оценить эффективность педагогических методов для этих типов личности.

В процессе обучения важна реализация основных сильных функций учащихся. Для управленцев важны деловые игры, практическое выполнение физиотерапевтических процедур по определённому алгоритму. Они хорошо демонстрируют технику наложения электродов и порядок включения и выключения физиотерапевтических аппаратов с учетом техник и электоробезопасности. Для них уместно проигрывания во время практического или семинарского занятия, взаимодействие между медсестрой и пациентом. В исследуемой группе это следующие социотипы: СЛЭ (3 чел.), ЛСИ (3 чел.), СЛИ (1 чел.), ЛСЭ (1 чел.).

Социалы настроены на коллективные творческие дела, игровые методы, обмен информацией. Хорошо демонстрируют навыки этичного общения с пациентом, прекрасно удовлетворяют текущие физические потребности пациентов. Во время практического занятия в игровой форме именно социалы разместят пациента для принятия физиотерапевтической процедуры самым комфортным и удобным для него способом на кушетке. Социалы прекрасно доносят информацию, какие ощущения возникнут у пациента при воздействии на него физических факторов (гальванического тока, электромагнитных палей и т.д.). Доводят до сведения пациентов как правильно вести себя в кабинете ФТО, чтобы не получить электротравмы. В исследуемой группе это: ЭСЭ (4 чел.), СЭЭ (4 чел.), ЭСИ (3 чел.).

Сайентисты любят изучать то, что непознано, необычно, генерировать необычные идеи. Подтверждает теорию на практике экспериментами. На практическом занятии преподавателю поручают показать объективные, материальные проявления физического фактора, особенно когда ФТ процедура проходит без ощущения для пациента. Охотно выполняют процедуры по новым методикам. В исследуемой группе это: ИЛИ (1 чел.).

Гуманитарии эмоционально тонко сопереживают пациенту, наделены развитым воображением. В процессе проведения практического или семинарского занятия легко составляют ситуационные задачи и образно-выразительно, эмоционально проигрывают ситуацию. Например, медсестра отпускает ФТ процедуру пациенту. В исследуемой группе это: ИЭЭ (4 чел.), ЭИИ (1 чел.), ИЭИ (2 чел.).

Итого, в исследуемой группе из 27 человек:

- управленцев – 8 человек;
- социалов – 11 человек;
- гуманитариев – 7 человек;
- сайентистов – 1 человек;

При проведении практических занятий преподаватель формирует малые группы по 5-6 человек, в которых входят представители всех видов малых соционических групп. Это позволяет в процессе деловой игры максимально качественно провести ФТ для пациента. При таком методе проведения практического занятия учащиеся реализуют свои сильные функции, в группе идет обучение и проработка опыта по своим слабым функциям.

Проведение практического занятий методом деловой игры позволяет учащимся раскрыть себя:

1. Научиться занимать активную позицию
2. Испытывать себя на профессиональную и социальную пригодность.
3. Совершенствовать свои профессиональные компетенции.
4. Тренирвоать важные для медсестры качества: коммуникативность, умение работать в команде.

Деловая игра воссоздаёт предметное и социальное содержание профессиональной деятельности, моделирует систему отношений данной профессии, имитирует реальный рабочий процесс. В нашем случае, занятие проходили в кабинетах ФТ отделения санатория им. М.Горького г. Воронеж, где условия для проведения деловой игры уже созданы. После вводной теории преподавателем для группы сформированы и озвучены:

1. Тема игры
2. Проблема
3. Цель игры
4. Задачи игры
5. Сценарии
6. Правила
7. Способ определения ожидаемых результатов

Сценарий деловой игры описывает содержание противоречия или конфликта, обусловленное разницей позиций игроков различных социотипов по поводу одной и той же ситуации выполнения конкретной методики ФТ процедуры общения с пациентом. Преподаватель с учетом ТИМ учащихся легко может распределить роли лиц, имеющих отношение к проблеме. Разные ТИМы учащихся дают различные решения поставленной задачи и противоречия. Участники задают друг другу вопросы и взаимодействуют по разному, исходя из своих сильных функций модели А. Наличие общей игровой цели у всего коллектива малой группы приводит к решению поставленной задачи. Групповое оценивание деятельности участников деловой игры тоже неоднозначно. По окончанию игры преподаватель подводит итоги совместной деятельности учащихся в плане достижения данной группой цели.

Ценность деловой игры заключается в следующем:

1. Разными социотипами продуцируется большое количество идеи и способов их реализации.
2. С учетом разных ТИМов учащихся в малой группе, решения в данной игре неоднозначны, что обогащает профессиональный и социальный опыт обучающихся медсестер.
3. В условиях деловой игры учащиеся могут делать ошибки, что недопустимо при работе в реальных условиях с пациентами. Таким образом прорабатываются слабые функции модели А. Идет запоминание и наработка опыта.

В итоге по окончании деловой игры все получают свой выигрыш:

– приобретение опыта решения конкретной деловой задачи;

– усовершенствование своих профессиональных компетенций.

Новое мышление и взаимопонимание не приходят «вдруг», они вырабатываются практикой через деловую игру.

В результате реализации сильных функций разными социотипами возникает картина как правильно, качественно и эффективно провести ФТ процедуру для пациента в полном объеме.

Можно сделать вывод, что на практическом занятии при работе малыми группами преподаватель создает условия, где учащиеся могут проявить свои сильные функции, что дает им возможность успешно самореализоваться в своей профессиональной деятельности на своих реальных рабочих местах с реальными пациентами.

Таким образом, применение соционики в процессе практического обучения медсестер ФТО полезно и оптимально в плане выбора педагогом методов преподавания для учащихся с разными соционическими ТИМами.

Список литературы

1. «Потенциал личности и загадки человеческих отношений» А. Букалов Издательская группа «Черная Белка» Международный институт соционики г. Москва, 2009
2. «Секреты соционики. Как типировать по признакам Рейнина» И. Белецкая, С. Белецкий Издательская группа «Черная Белка» г. Москва, 2014

3. «Соционика идет в школу» В. Гуленко, В. Тищенко Издательская группа «Черная Белка», 2010
4. Международный научно-практический журнал «Психология и соционика межличностных отношений» №12, 2014
5. Журнал «Менеджмент и кадры: психология управления, соционика и социология» №3-4, 2018
6. «Организация и проведение деловых игр» Учебное пособие для преподавателей средних специальных учебных заведений М. Высшая школа, 1991 Е.А. Хруцкий

ИСТОРИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Иванов Илья Сергеевич
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Каждое учебное заведение имеет свою историю.

Наш колледж одно из старейших образовательных учреждений города Воронежа. Воронежскому базовому медицинскому колледжу, в этом году, исполняется 150 лет. В настоящее время это современное учебное заведение, которое в своих стенах обучает около двух тысяч студентов.

Воронежскому медицинскому училищу было поручено в 1962 году организовать подготовку специалистов по специальности 0405 «фармация», по распоряжению Областного Управления Здравоохранения и Аптекоуправления по Воронежской области.

Первый набор был осуществлен 1 сентября 1962 года, в количестве 2 групп.

Основной учебной базой являлись кабинеты школы №17 города Воронежа, а так же аптеки №168 и 174.

Первый выпуск, который состоял из 60 фармацевтов, был в феврале 1965 года. В этом выпуске получила диплом Наумова Валентина Семеновна, которая в последующем проработала в нашем колледже более пятидесяти лет преподавателем фармакогнозии.

Первые преподаватели разработали и заложили методики и традиции преподавания Воронежской фармацевтической школы, которые по настоящее время бережно передаются из поколения в поколение. Это – ответственное отношение к подготовке и проведению занятий, составление планов проведения лекций и практических занятий, основной задачей которых является заинтересовать студентов своим предметом. Мы с благодарностью относимся к преподавателям, которые участвовали в становлении нашего колледжа и отдали многие годы своей жизни преподаванию и воспитанию своих учеников.

С 1969 года было введено в эксплуатацию новое здание медицинского училища по улице Космонавтов, 46, где фармацевтическому отделению были выделены учебные аудитории для организации специализированных кабинетов.

В настоящее время наш колледж обладает современной учебной базой для подготовки высокопрофессиональных специалистов по специальности «фармацевт». Учебные кабинеты оснащены всем необходимым оборудованием и техникой. На сегодняшний день на отделении «Фармация» работает сплоченный высокопрофессиональный педагогический коллектив, состоящий из председателя ЦМК Гончаровой Екатерины Александровны и преподавателей цикла: Осадченко Галины Васильевны, Сафоновой Елены Федоровны, Ваулиной Натальи Николаевны, Поздняковой Татьяны Ивановны, Рубцовой Ольги Константиновны, Асташовой Алены Игоревны, Климчук Елены Викторовны, Медведевой Лилии Александровны, Воронкиной Светланы Сергеевны, Солодиловой Виктории Владимировны, Иванова Ильи Сергеевича.

В этом году исполняется 150-летия Воронежского Базового Медицинского Колледжа, хочется вспомнить об уникальных его преподавателях.

Легендарные преподаватели-ветераны фармацевтического отделения Воронежского базового медицинского колледжа: Татаринцев Виктор Петрович и Наумова (Кондрашёва в девичестве) Валентина Семёновна, без малого 50 лет они посвятили воспитанию, обучению и подготовке фармацевтов, выпустив не одну сотню высококвалифицированных специалистов. По истине, Виктора Петровича и Валентину Семёновну можно назвать основателями Воронежской фармацевтической школы. Они пришли работать в колледж (тогда еще медицинское училище), когда фармацевтическое отделение было совсем молодым, только развивалось и становилось на ноги.

Виктор Петрович и Валентина Семёновна являются также выпускниками Воронежского медицинского училища. Виктор Петрович окончил Воронежскую фельдшерско-акушерскую школу, тогда так назывался колледж, в 1950 году, получив диплом с отличием и присвоением квалификации «Фельдшер», а Валентина Семёновна окончила Воронежское медицинское училище в 1965 году, получив диплом с отличием и присвоением квалификации «Фармацевт». Позже Виктор Петрович окончил Харьковский фармацевтический институт и получил высшее образование по квалификации «Провизор». Валентина Семёновна окончила Ленинградский химико-фармацевтический институт с присвоением квалификации «Провизор».

В 2013 году они ушли на заслуженный отдых, отдав любимому делу практически 50 лет. В сентябре 2014 года не стало Виктора Петровича, он ушел из жизни, когда ему было 88 лет. На прощание с ним пришло большое количество его учеников и коллег. Валентина Семеновна до сих пор с радостью делится с нами своим жизненным, профессиональным и педагогическим опытом.

Я очень благодарен Богу, что когда я учился, они были моими преподавателями. Занятия, которые они проводили, всегда были увлекательными, уникальными и очень интересными.

Виктор Петрович имел очень большой практический опыт, он работал в аптеке с 1948 года, начиная помощником фармацевта. В 1961 году начал преподавательскую деятельность в Воронежском медицинском училище, проработав на любимой работе больше полувека. Он пронёс свою любовь к аптеке и всему фармацевтическому делу через всю жизнь, стараясь передать ее всем своим ученикам. Виктор Петрович привил и мне любовь к фармацевтической технологии, как он говорил к «настоящей аптеке».

Валентина Семеновна начала преподавать, будучи студенткой старших курсов, посвятив воспитанию будущих фармацевтических работников около 50 лет. Она заинтересовала меня «фармакогнозией» - достаточно сложным предметом. Яркие воспоминания остались у меня после занятий, которые она проводила и от практических уроков по заготовке лекарственного растительного сырья. Валентине Семёновне хочется пожелать глубокого здоровья, долгих лет жизни и обычного человеческого счастья!

Благодаря этим педагогам, которые были у меня, я очень люблю свою профессию. Работая, в медицинском колледже, теперь уже преподавателем, я беру с них во всем пример.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ НА ЗАНЯТИЯХ

Ивченко Игорь Викторович

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Успешная модернизация и технологическое развитие России предъявляют к профобразованию требование готовности быстро перестраиваться в связи с возможным исчезновением некоторых профессий и актуализацией новых навыков и компетенций. Схожие требования к выпускникам учреждений СПО и у современных работодателей – наличие комплекса общих и профессиональных компетенций в совокупности с развитым творческим мышлением, способностью быстро, обучаясь «на ходу», перестраивать алгоритм успешного решения задач при смене сопутствующих обстоятельств.

В современном мире скорость развития технологического прогресса стремительно нарастает и уже сегодня человеку недостаточно тех знаний, которые он получает в школе, колледже и ВУЗе. Количество информации, необходимой для безопасного и комфортного поддержания и развития техносферы увеличивается лавинообразно с каждым годом. Как следствие - возникает необходимость учиться и переучиваться в течение всей жизни. Сегодня сложно сказать однозначно, какими знаниями и компетенциями должны будут обладать нынешние первоклассники по окончании школы. Это требует соответствующего подхода в обучении современных студентов, поиска инструментов, позволяющих достигать образовательных результатов, которые прописаны во ФГОС. Важным вопросом остается формирование

целостной системы мировоззрения и миропонимания обучающихся, междисциплинарных связей в рамках программы обучения.

Способность студента самостоятельно формулировать цель своего обучения, оценивать текущий уровень своих знаний и компетенций, а также планировать последующие шаги для достижения желаемого уровня является важным условием эффективного обучения. Сегодня недостаточно, чтобы обучающиеся просто усвоили некоторый минимум знаний по конкретной дисциплине. Важно сформировать среду, в которой усвоение знаний и формирование компетенций станет итогом активной самостоятельной деятельности по разрешению практических проблем, решение и описание которых часто выходит за рамки отдельной дисциплины.

Решению вышеописанных проблем, на наш взгляд, помогает использование в образовательном процессе активных и интерактивных методов обучения, соответствующих требованиям ФГОС СПО последнего поколения (компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, разбора конкретных ситуаций, групповых дискуссий, кейс-технологий) Эти методы представляются нам приоритетными в процессе преподавания дисциплины «Безопасность жизнедеятельности (БЖ)». Ведь БЖ – предмет, находящийся на стыке естественных наук (химия, физика) и общественно-гуманитарных (социология, юриспруденция, психология). Если в основе таких наук, как, например, математика или химия, лежит применение раз и навсегда установленных и доказанных фундаментальных законов, то БЖ – дисциплина «живая», гибко реагирующая на изменения экологической, техногенной или социальной обстановки.

Среди прочего нас заинтересовал метод кейсового обучения, применение которого может позволить выпускнику-специалисту не только накопить багаж знаний и конкретных навыков, но и развить способность мыслить самостоятельно и нестандартно, выбирать оптимальные пути достижения результата.

Кейс-технологии относятся к интерактивным методам обучения. Они позволяют взаимодействовать всем участникам учебного процесса, включая педагога. Основа метода – обучение путем решения конкретных задач-ситуаций (кейсов). Каждый кейс представляет собой комплект учебно-методических материалов, разработанных на основе анализа максимально приближенных к реальности задач. Их решение формирует у обучающихся навыки самостоятельного конструирования алгоритмов действий в описанной ситуации.

Мы предполагаем, что внедрение данной практики позволит нам достичь следующих результатов:

- повышение уровня вовлеченности и мотивации студентов к изучению дисциплины и обучению в целом;
- формирование и развитие проектного и проблемного мышления (выявление, описание и анализ проблемы, поиск альтернативных и оптимальных способов решения проблемы, самооценка эффективности решения задачи);

- формирование навыков групповой и командной работы (умение начинать и поддерживать коммуникацию, формулировать задачи, распределять роли);
- повышение качества подготовки и уровня успешности в рамках задач дисциплины БЖ;

Теоретическими предпосылками описываемой практики выступают разработки по адаптации метода кейсов, проведенные Ю. Д. Красовским, Д.А. Поспеловым, О.А. Овсянниковой, В.С. Рапопорт и другими отечественными авторами.

Занятия с применением кейсового метода можно строить по принципу педагогического сценирования: знакомство с проблемой, выбор кейсов, анализ кейса, внесение изменений, проведение практической отработки. Это позволяет эффективно использовать отведенное под дисциплину время с точки зрения формирования необходимых компетенций и практических навыков у студентов.

Стимуляция вовлеченности в процесс самостоятельной работы, на наш взгляд, предполагает наличие свободы выбора из перечня проблемных ситуаций. Например, обучающиеся могут выбирать тот кейс, который в большей степени подходят им по уровню сложности и тем образовательным результатам, которые обучающиеся описывают на предварительном этапе.

Студенты прописывают индивидуальные цели, к которым они будут возвращаться в течение всего периода работы с темой. Отмечается позитивная динамика в четкости и полноте формулировки целей, отражающие способность студента более точно оценивать свой текущий уровень компетенций в рамках дисциплины и более конкретно формировать индивидуальные образовательные цели.

Примеры кейсовых заданий для темы «Чрезвычайные ситуации техногенного происхождения»:

Кейс 1 «На 15-м этаже»

Воскресенье, 10 утра. Ясная солнечная погода. Вы вместе с матерью и младшим братом находитесь на 15 этаже 17-этажного дома, и после воскресного завтрака брат отправился выбросить мусор. Все, как обычно. И тут Вы слышите:

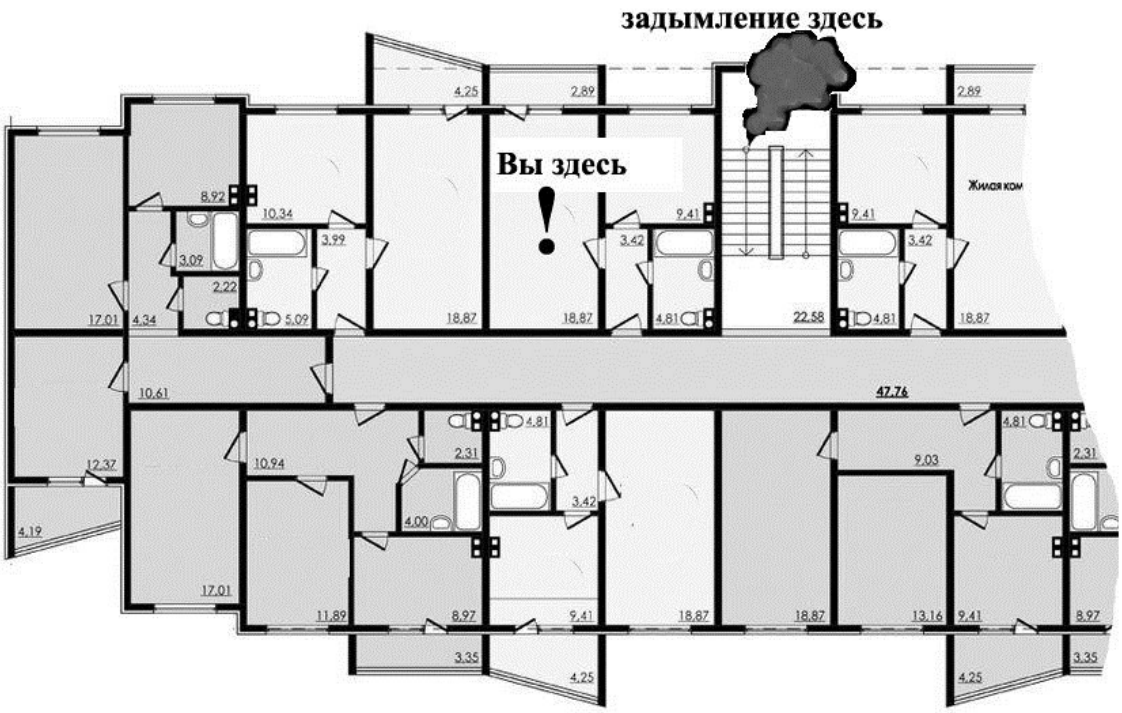
- "Мам! Там внизу кто-то петарды жжет, странный запах"

Вы выглянули на лестничную клетку с неприятным предчувствием: по пролету снизу вверх ползут клубы сизо-белого дыма. То, что это пожар, уже нет сомнений.

Уже через несколько минут за дверь выйти невозможно. Все в дыму и нечем дышать.

ПЛАН 15 ЭТАЖА

Жилого дома по адресу: ул. Космонавтов, 23 е



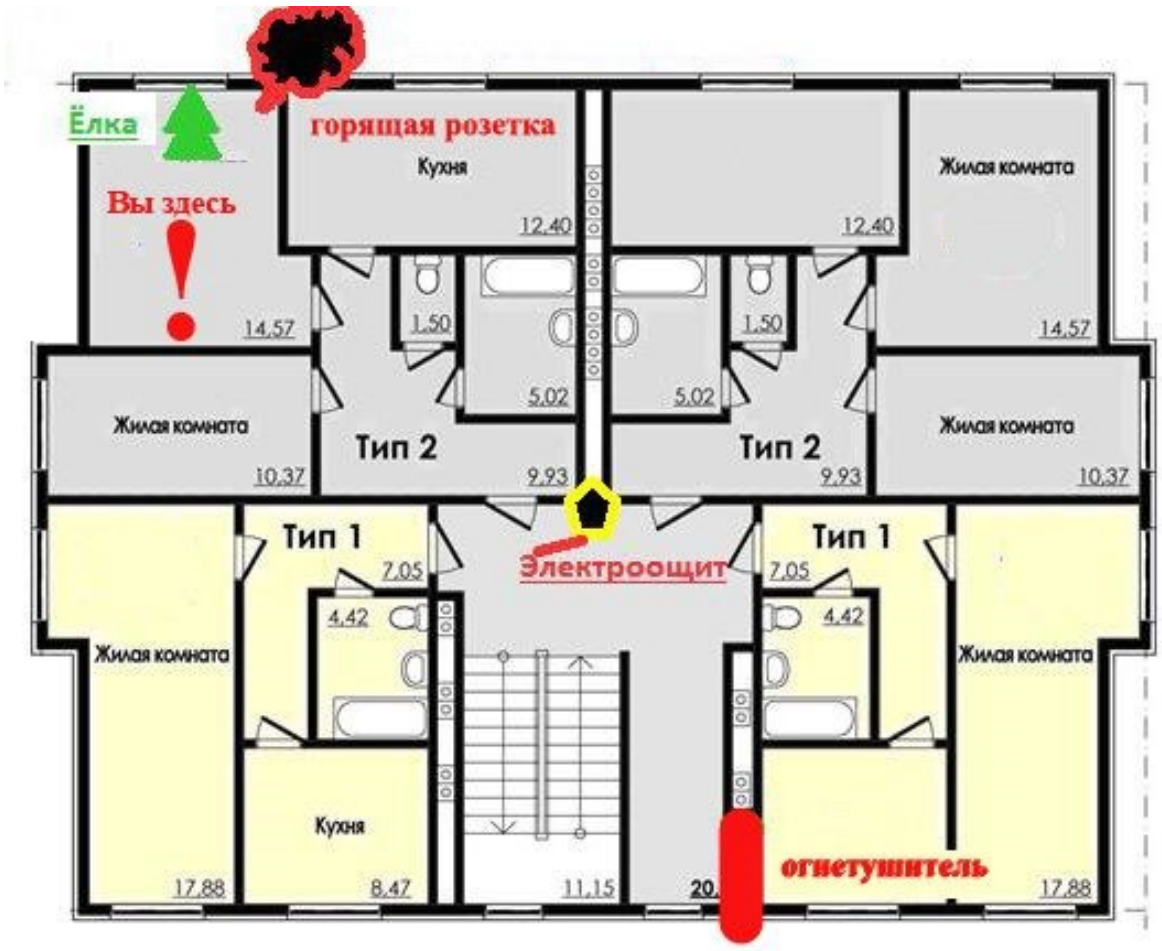
Кейс 2 «Одни дома»

Новогодние выходные. Вы находитесь в гостях одной из квартир на Карла Маркса – на третьем этаже дома. В 18 часов Вы замечаете едкий запах горящей проводки. Начинает тянуть черный дым от удлинителя, подключенного к розетке. Вы не успеваете понять, что происходит, а удлинитель уже охватил огонь. Пламя быстро перебрасывается на гирлянду, ползет в сторону сухой ёлки.

Дверь закрыта на замок, но у вас есть ключи. В квартире напротив есть соседка – женщина 60 лет.

ПЛАН ТРЕТЬЕГО ЭТАЖА

Жилого дома по адресу: ул. Карла Маркса, 37



Кейс 3 «Сеанс в кинотеатре»

19 сентября 15:48. Вы с друзьями в Санкт-Петербурге на втором этаже развлекательного комплекса «Академ-Парк» в кинотеатре.

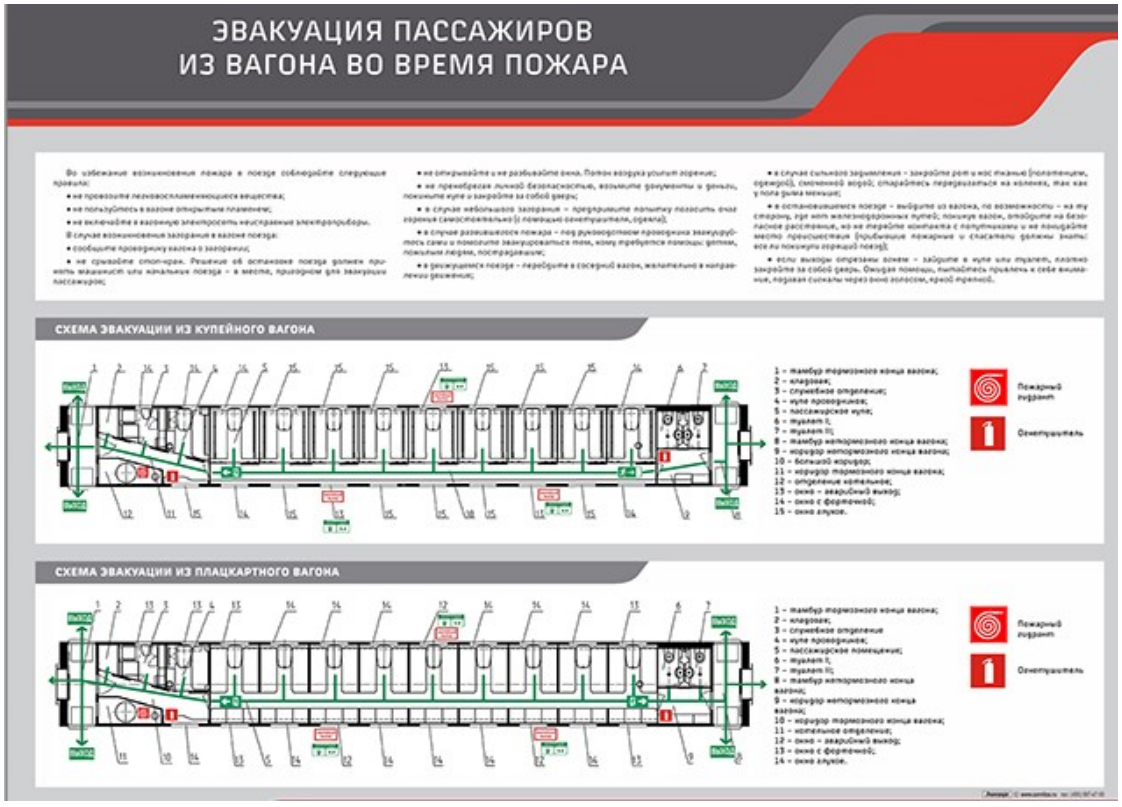
Во время просмотра фильма «Звездные войны» вы вдруг заметили, что люди начали нервно оглядываться, некоторые встали со своих мест. Вы замечаете запах гари с примесью горелого пластика.

Далее началась паника. Люди толпой побежали к выходу. Двери для экстренной эвакуации оказались закрыты на ключ. Вы оказались в замкнутом пространстве. Дым идет от батутов и бассейнов, наполненных пластиковыми шарами. На этаже есть четыре туалета.

Вы слышите крики: «Мы в кинотеатре заперты, мы задыхаемся. Ложитесь на пол, тряпки накидывайте.»

Кейс 4: «Скорый поезд»

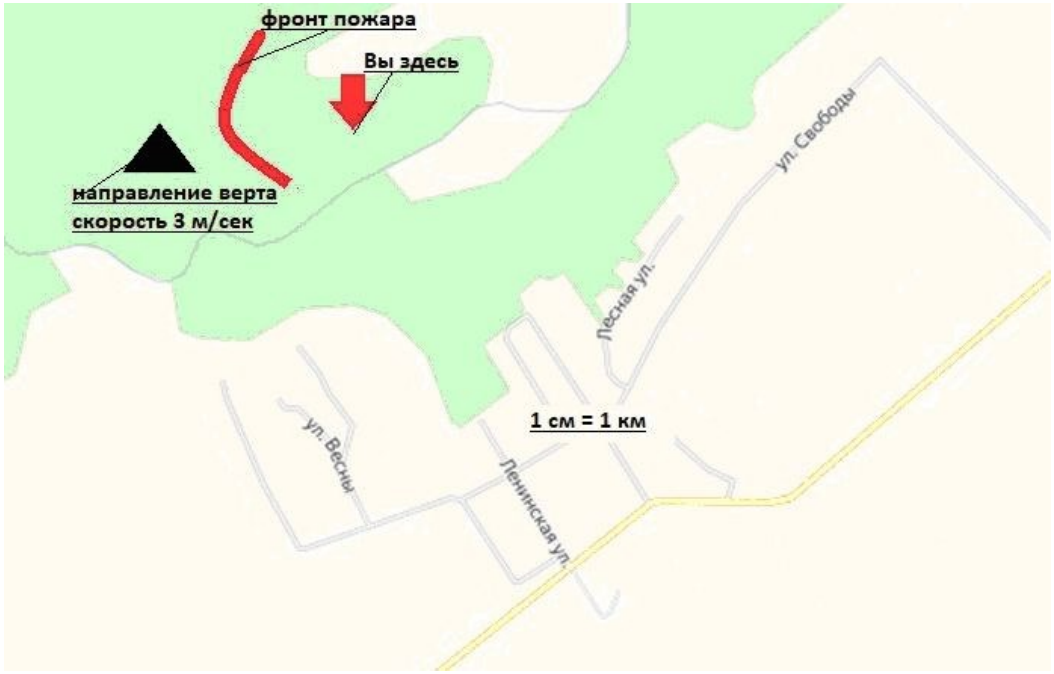
Вы едете в плацкартном вагоне группой со своими друзьями и преподавателем в Москву на соревнования. В группе 4 человека. В 23:09 вы почувствовали запах гари и увидели, что горит контейнер с мусором рядом с туалетом. Огонь распространяется, начинает плавиться пластик. Дым быстро заполняет пространство тамбура. Все ваши одногруппники спят, преподаватель отошел набрать горячей воды для чая.



Кейс 5: «Прогулка в лесу»

Летний день. Вы с товарищами пошли в лес на прогулку. Отойдя на пару километров от поселка, Вы вдруг заметили переполошенных птиц, которые улетают в сторону реки к югу. Через некоторое время Вы почувствовали запах гари и увидели стелющийся дым .

Дует южный ветер со скоростью 8 км/час. Пламя начинает распространяться по засохшей траве и веткам деревьев. Огонь быстро движется по направлению ветра и постепенно расползается в стороны, увеличивая площадь возгорания.



Пример бланка для работы с кейсом

КЕЙС: _____ Дата _____
Участники: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

№	ОПАСНОСТИ	ЗАДАЧИ	РЕКОМЕНДАЦИИ	НУЖНО УМЕТЬ	КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ		
	Какие опасности для жизни и здоровья Вас и окружающих возникают в этой ситуации? Какие проблемы в устранении опасностей можно выделить?	Какие способы решения выявленных проблем Вы знаете? Укажите 1-3 способа к каждой проблеме.	Пропишите последовательность действий в заданной ситуации, сохраняющих здоровье и жизнь	Что нужно уметь делать, чтобы осуществить предложенный Вами алгоритм спасения?	Полнота анализа ситуации	Понятность и простота решения	Творческий подход к решению проблем
1							
2							
3							
4							

Мы предполагаем, что развитие практики использования кейсового метода возможно и по другим учебным дисциплинам и в целом повышает практикоориентированность обучения.

СИМУЛЯЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ – СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Карон Инна Васильевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Современные образовательные стандарты СПО предъявляют высокие требования профессиональным возможностям выпускников. Следовательно, от медицинских образовательных организаций требуется перестройка процесса обучения и усиления практической подготовки студентов при сохранении должного уровня теоретических знаний. Применение компетентностных педагогических технологий позволяет реализовать

основную образовательную цель – формирование профессионализма будущих медицинских работников.

Современные образовательные учреждения медицинского профиля активно используют симуляционное обучение, которое позволяет достичь максимального реализма при имитации разнообразных клинических ситуаций, а также отработки практических навыков различных диагностических и лечебных манипуляций. При использовании симуляционного обучения будущий специалист имеет возможность овладеть навыками общения с пациентами, сформировать тактильную память, научиться самостоятельно мыслить.

Симуляционное обучение в медицине имеет ряд преимуществ. Обучение проводится без нанесения вреда пациенту. Студент выполняет необходимый алгоритм, не испытывая чувства тревоги и боязни совершить ошибку. Можно использовать неограниченное число повторов для отработки навыков, возможна объективная оценка выполнения манипуляции.

Применение симуляционных технологий особенно актуально при изучении акушерства, гинекологии, педиатрии, когда имеются ограниченные возможности отработки навыков на пациентах. Многие беременные не хотят выступать в роли «тренировочного пособия», имеют сложное психологическое состояние. Поэтому в медицинском колледже используются симуляционные технологии: визуальные (классические учебные пособия, электронные учебники); тактильные (тренажеры, различные фантомы, манекены) на разных этапах обучения. При изучении модулей «Физиологическое акушерство», «Уход за здоровым новорожденным» происходит формирование тактильной памяти за счет освоения алгоритма каждой манипуляции на основе использования учебных муляжей и тренажеров. На старших курсах при изучении модулей «Патологическое акушерство», «Гинекология», «Уход за больным новорожденным» студенты отрабатывают умение общения с пациентами, самостоятельное клиническое мышление, решая ситуационные задачи в условиях, максимально приближенных к реальным с использованием автоматизированных манекенов.

В кабинетах акушерства и гинекологии в ходе проведения занятий используются тренажеры, фантомы, симуляторы, имитирующие течение беременности, процесс родов, введение контрацептивных средств. Используя тренажеры и муляжи, студенты могут на протяжении всего обучения приобрести навыки ухода за беременными, роженицами, новорожденными, освоить навыки оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях, проводить объективное обследование беременных и родильниц.

Таким образом, применение симуляционных образовательных технологий будет способствовать повышению квалификации медицинских специалистов и качества оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Муравьев К. А., Ходжаян А. Б., Рой С. В. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент // Фундаментальные исследования. – 2011- №10 (часть 3) – С.534-537.

2. Табатадзе Т.Р., Панжинская Н.Н., .Сосновская А.К, Коваленко Е.Р. Симуляционное моделирование как современная технология обучения средних медицинских работников // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 4. – С. 288-290.

3. Косаговская И. И., Е. В. Волчкова, С. Г. Пак Современные проблемы симуляционного обучения в медицине // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. - №1. – С. 49-61.

ЕСТЬ ПАМЯТЬ, КОТОРОЙ НЕ БУДЕТ КОНЦА…

Кривинец Екатерина Ивановна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

«Прошлое, хранящееся в памяти,
есть часть настоящего»
Т. Котарбинский

2020 год – Год Памяти и Славы. 75 лет Великой Победы. 150 лет Воронежскому Базовому Медицинскому Колледжу.

История Государства, история профессии, история учреждения складывается из истории отдельных людей. Готовясь к юбилею, мы обратили внимание, как тесно переплетены история колледжа и история жизни отдельных людей.

История зарождения медицинского колледжа уходит корнями во вторую половину XIX века. В 1865 году Нижнедевицке уездное земство обратилось к Воронежскому Губернскому собранию с просьбой открыть фельдшерскую школу и школу повивальных бабок при Воронежской земской больнице. Министр внутренних дел ответил отказом, разрешение было получено только в 1869 году.

«…Губернская управа затруднялась с открытием училища без разрешения Губернского собрания, так как расходы превышали смету. Узнав об этом обстоятельстве и сочувствуя учреждению земской фельдшерской школы, как полезной и необходимой для устройства медицинской части в губернии, бывший губернский предводитель дворянства Илиидор Иванович Шидловский изъявил желание содействовать безотлагательному открытию этого заведения, для чего, при письме своём от 10 ноября, препроводил в распоряжение управы 570 рублей с целью открытия училища, если управа признает это возможным…». Губернская управа открыла школу 15 ноября 1870 года.

Фельдшерская школы на 15 человек была открыта при губернской земской больнице. В школу принимались лица мужского пола от 15 до 20 лет. Школа находилась поз заведованием попечителя, члена губернской управы Д.Д. Рябинена и старшего доктора больницы К.В.Федяевского.

Первоначально срок обучения в школе составлял три года, а с 1873 года был введён четвёртый, практический курс обучения. В школе преподавались предметы: закон Божий, русский и латинский языки, арифметика, физика, химия, география, история, ботаника, описательная анатомия, физиология и

фармакология с рецептурой, гигиена, общая патология, терапия и медицинская полиция. С четвёртого курса (практический год) ученики дежурили в больничных палатах и приёмных покоях, приготовляли лекарства, производили патологические и судебно-медицинские вскрытия трупов.

По окончании каждого учебного года, в конце мая, проводились испытания учеников по всем пройденным предметам. По результатам испытаний они переводились из нижнего класса в высший. По окончании полного курса обучения учащиеся подвергались экзаменам по предметам, преподаваемым в школе. Выдержавшие окончательные испытания, получали свидетельство на звание фельдшера. Признанный фельдшером, кроме свидетельства, получал безвозмездный набор инструментов. Фельдшера при этом обязывались прослужить в этом звании пять лет по назначению земской управы, определившей их в школу, а затем получали право располагать своими знаниями по собственному усмотрению.

В ноябре 1870 года при родильном отделении губернский земской больницы была открыта школа повивальных бабок на 28 учащихся со сроком обучения 3 года. В эту школу принимались лица женского пола в возрасте от 17 до 25 лет. В связи с продолжительным сроком обучения от поступающих в школу требовалось, чтобы они были более или менее «развиты», или, по крайней мере, могли «бойко по-русски читать и писать».

Лечебные учреждения Воронежской губернии с каждым годом испытывали нехватку средних медицинских работников. Видимо это обстоятельство побудило Николаевскую Воронежскую общину открыть школу сестёр милосердия с годичным сроком обучения.

До 1913 года в губернии было всего две медицинские школы: фельдшерская (мужская) на 159 учащихся, другая – фельдшерско-акушерская (женская) на 108 учащихся.

После Октябрьской революции 1917 года начались организовываться курсы и новые школы по подготовке средних медицинских работников на основании положения о школах медицинских сестёр подписанный М.А. Семашко.

К началу 1940 года в Воронежской области было 22 средние медицинские школы, среди них 10 находилось в Воронеже.

Суровое дыхание приближающегося фронта осложняло учебный процесс в фельдшерско-акушерской школе. Учащихся школы ежедневно ходили к областной больнице, где рыли окопы и помогали строить другие препятствия против вражеских танков. Особенно было трудно осенью и зимой, так как всё время стояли сильные морозы, и земля превратилась в камень. К привычным, повседневным делам прибавились новые заботы: создать посты наблюдения за воздухом, позаботиться об укрытиях на случай бомбежки, усилить противопожарную защиту зданий. В первые дни войны многие студенты-медики ушли на фронт в санитарных частях, медсанбатах, госпиталях они выполняли свой долг.

Фронтовик Устинов Николай Прокофьевич окончил фельдшерско-акушерский техникум в 1924 году, в 1932 году Военно-Медицинскую

академию. В годы войны стал генерал-лейтенант медицинской службы, занимал должность начальником медицинской службы Прибалтийского фронта. Прошёл войну и выпускник фельдшерского-акушерского техникума 1925 года Василий Иванович Ливенцев. Награжден орденами: Красной Звезды, Боевого Красного Знамени, Орденом Ленина. В октябре 1949 года был назначен заместителем начальника окружного военного госпиталя города Воронежа.

Вместе с мужчинами героически сражались девушки и женщины. Что было на фронте их главным оружием? Бинт, перевязочный пакет, и слово, вселяющее надежду. Оно было порой сильнее всяких лекарств. Сестрички на своих хрупких плечах вынесли с поля боя и спасли жизнь тысячам воинов. Это они – люди в белых халатах, вернули в строй ни одну полнокровную дивизию солдат и офицеров. Среди них были наши выпускницы 1941 года Боровая Валентина Никифоровна и Гусева Прасковья Ивановна. В.Н. Боровая – участница Сталинградской битвы оказывала помощь раненным воинам на легендарном Мамаевом Кургане, поднимала в атаку бойцов. Из её воспоминаний… Во время войны можно было привыкнуть ко многому – к тяжелым боям, к летающим над головой ненавистным фашистским самолётам, к голоду и болезням, к отвратительным вшам, к выданным тебе для носки сапоги сорок четвёртого размера и мужскому белью. Невозможно было привыкнуть только к смерти на твоих глазах.

Выпускница 1922 года фельдшерско-акушерской школы Мария Адольфовна Рыклина, в первую мировую войну состояла в должности сестры милосердия. В 30-е годы закончила медицинский институт. В годы Великой Отечественной войны была назначена начальником госпиталя. После войны была ординаторам акушерско-гинекологической больницы роддома № 4. В 1963 году ушла на заслуженный отдых. Тамара Арсентьева Дунаевская участвовала в боях на подступах к родному Воронежу под Коротояком. Она стала прообразом медицинской сестры на памятном мемориале, что установлен на площади Победы в честь защитников города Воронежа.

После освобождения Воронежа от фашистских оккупантов медицинские школы возобновили свою работу. Несмотря на разрушения и послевоенные трудности подготовка медицинских работников проходила в установленные сроки. В мае 1943 года фельдшерско-акушерская школа приняла на учёбу 34 человека в октябре 229 человек. Возобновила работу и школа медицинских лаборантов. Учащиеся медицинских школ принимали активное участи в восстановлении города Воронежа, а от восстановительных работ они освобождались только в период экзаменационной сессии.

На основании приказа Облздравотдела в 1957 году медицинское училище №1 и №2 объединились в одно. Директором медицинского училища была назначена А.Н. Жданова, заведующей учебной часть И.В. Татаринова. Жданова Анна Николаевна, участница Великой Отечественной войны, принимала участи в обороне Москвы, совмещала обязанности переводчика и медицинской сестры. Во время войны была ранена, потеряла много крови, врачи медсанбата опасались за её жизнь, но до войны она была донором. Её

организм приспособился к быстрому восстановлению кровопотерь. Она выжила. Её фронтовой подвиг был высоко оценен: медаль «За отвагу» украсила её грудь.

Участницей Великой Отечественно войны была и преподаватель терапии Тяжелова Татьяна Борисовна. В 1942 году шла на фронт, была назначена начальником санитарного полка самоходной артиллерии, военный врач III ранга. Татьяна Борисовна вспоминает: «Работать было очень тяжело, так как наша часть была около Смоленска, а это болотистая местность, машины застревали в грязи. Часто приходилось вытаскивать раненных на себе и отправлять в санчасть на попутных машинах. Не спали по 2-3 суток. 7 июля началось наступление на Орёл. 16 июня наша часть продвигалась по лесу, в это время началась бомбёжка, появились немецкие танки. Когда я очнулась услышала голос: «Не шевелитесь, вы ранены». Нас посадили в машину, отвезли в госпиталь. У меня была разбит левый плечевой сустав, в лёгких были осколки». Татьяне Борисовне было всего лишь 21 год. В течении двенадцати месяцем находилась в госпитале на лечении. Вновь вернулась в строй и спасала раненых в одном из госпиталей города Новосибирска. Награждена орденом Великой Отечественной войны I и II степени.

Преподавателем военной начальной подготовки был Герой Советского Союза, лётчик Рыжков Валерий Сергеевич.

В 2000 году после успешной аттестации и аккредитации медицинское училище получило статус колледжа.

За плечами славной истории колледжа – 150 лет! Это годы упорного труда, преданности своему делу, бескорыстная помощь нуждающихся в ней. Стареют и уходят на заслуженный отдых преподаватели, забываются имена и даты, но не стареет колледж – каждый год в его стены вливается юная волна первокурсников, заряжая своей молодостью, энтузиазмом, оптимизмом и жаждой знания.

Жизнь продолжается. Впереди – новые горизонты, планы, перспективы.

«НАМ НЕ ПОМНИТЬ ОБ ЭТОМ НЕЛЬЗЯ…»

Кривинец Екатерина Ивановна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Все то, что мы в окопах защищали
Иль возвращали, кинувшись в прорыв,
Беречь и защищать вам завещали...
Расул Гамзатов

История государства, история города, история учреждения складываются из истории отдельных людей. 2020 – год Памяти. Готовясь к юбилею, мы обратили внимание, как тесно переплетены история страны, история колледжа и история жизни отдельных людей.

Великая Отечественная война... Она потребовала от советского народа огромного трудового и ратного напряжения, придельной мобилизации материальных ресурсов страны и творческой энергии людей. В считанные дни

Воронеж перешел на трудовой ритм военного времени и оделся в армейскую форму.

Из тысячи четыреста восемнадцати суток войны Воронеж шестьсот шестьдесят семь суток стоял на боевом посту и отбивался от самолетов, а двести двенадцать дней и ночей вел рукопашную схватку с врагом. По накалу и продолжительности уличные бои за Воронеж сравнимы только с боями за Сталинград.

История Великой Отечественной войны знает два областных центра, которые будучи разрезанными линией фронта не пропустили фашистов. Это города - Сталинград и Воронеж. По длительности пребывания на переднем крае Воронеж уступает лишь Ленинграду и Севастополю.

Плечом к плечу с воинами Советской армии прошли дорогами войны врачи, фельдшера, медицинские сестры, санинструкторы и санитары - носильщики. Под огнем врага они перевязывали раненых, на себе переносили их в безопасное место, эвакуировали на передовые пункты медицинской помощи, медсанбаты и госпиталя, делали сложнейшие операции и в необходимых случаях становились донорами. Люди в белых халатах или с санитарной сумкой на боку шли на риск ради спасения раненых и нередко погибали сами от пули или осколка.

С первых дней войны в Воронеж стали прибывать эшелоны с ранеными. Все имеющиеся в городе больницы и поликлиники были быстро заполнены. В школах, вузах, общежитиях, детских садах и в других подходящих помещениях располагались новые военные госпитали. Значительная часть госпиталей укомплектовывалась местными медицинскими кадрами и обслуживающим персоналом.

Особенно тяжелым было лето 1942 года, когда в районе Воронежа развернулись ожесточенные бои. 7 июля 1942 года Ставка Верховного Главнокомандования создала Воронежский фронт. После упорных боев в начале июля фашистские войска ценой огромных потерь овладели центром города. В тяжелых уличных боях за Воронеж советские воины проявляли образцы мужества. Они дрались за каждую улицу, за каждый дом. Лейтенант М. Бовкун, боец Г.Вавилов, старшина М. Абызов в разных частях города совершили героические подвиги, закрыв своими телами амбразуры вражеских дзотов. Они посмертно награждены орденами, их именами названы улицы Воронежа.

О напряженности труда медицинских работников Воронежского фронта свидетельствуют такие факты. Только за день 19 июля 1942 года 309 медсанбат 303-й стрелковой дивизии принял. обработал и эвакуировал в ближайшие госпитали 400 раненых, что в несколько раз превышает суточную норму нагрузки медсанбата. В 303-й стрелковой дивизии героический подвиг совершила санинструктор Антонина Беспалова. В критический момент, когда стрелковый взвод под натиском фашистов оставил свои окопы, Беспалова заменила выбывшего из строя командира, повела взвод в контратаку. Тоня погибла, но враг был отброшен. В память о подвиге бесстрашной санитарки ее именем названа одна из улиц города Воронежа.

Во время боев за Воронеж добрая слава ходила о санинструкторе Зине Туснолобовой. Когда началась война она окончила курсы медицинских сестер и добровольцем ушла на фронт. Ее распределили в состав 849-го стрелкового полка Сибирской дивизии. Уже 19 июля 1942 года она участвовала в боях под Воронежем. Не щадя своих сил, под огнем противника вынесла с поля боя 40 раненых бойцов, за что награждена орденом Красной Звезды. Позже число спасенных ею бойцов и командиров возросло до 128. Это ее первый подвиг. Второй ставит ее рядом с такими богатырями духа, как Алексей Мересьев, это подвиг преодоления себя, возвращения к полноценной жизни, в строй бойцов. В феврале 1943 года в бою в районе села Горшечного Зина, спасая командира взвода, была тяжело ранена в обе ноги. Превозмогая боль, она подползла к раненому командиру и увидела, что он мертв. Забрав его документы, поползла обратно выбиваясь из последних сил. В это время фашисты перешли в контратаку. Зина притворилась мертвой. К ней подошел фашист, ткнул ногой в живот, затем ударил прикладом винтовки по голове, девушка потеряла сознание. Только на другой день ее нашли разведчики и отправили в госпиталь. Туснолобова нашла в себе мужество перенести восемь операций рук и ног, научилась ходить на протезах и писать искусственными пальцами. Еще не выйдя из госпиталя, она стала пламенным агитатором, ее выступления на заводах и в печати звали к отмщению за все неисчислимые страдания нашей Родины. Ее имя, начертанное на орудиях, танках и самолетах, вело вперед, к победе. Имя Зины Туснолобовой стало символом мужества и героизма. Родина высоко оценила ратный подвиг Зинаиды Михайловны, присвоив ей звание Героя Советского Союза. Международным Красным Крестом она удостоена медали "Флоренс Найтингейл" - награды за высшую доблесть, которой до нее обладали только две медсестры нашей страны.

Захватив правобережную часть Воронежа, немецко-фашистские мерзавцы установили чудовищный режим террора и насилия, имевший своей целью массовое истребление мирного населения. Гитлеровцы врывались в дома, расстреливали женщин, стариков, детей. Заживо закапывали людей в землю, вешали на деревьях, телеграфных столбах, на специально построенных виселицах.

В здании школы номер 29 по улице 20-летия Октября фашисты организовали госпиталь для захваченных в плен раненых советских воинов. Сюда же поступали местные жители, получившие ранения во время бомбежки, артобстрелов города. Медицинского персонала практически не было, как не было медикаментов и перевязочных средств. В эти дни в госпитале появилась врач Ревекка Матвеевна Мухина. Она пришла, повинуясь врачебному долгу, зная, что в госпитале находятся советские люди, которым нужна ее помощь.

Мухина разыскала в городе несколько знакомых врачей и привлекла их к работе в госпитале, нашла лекарства, бинты. Раненые стали поправляться. Но вместо того, чтобы идти в лагерь для военнопленных, как этого требовали оккупационные власти, они ночью тайком переправлялись через реку в расположении наших войск. Об этом стало известно оккупационным властям. 10 августа 1942 года во дворе госпиталя Ревекка Мухина была расстреляна. А

27 августа фашисты ликвидировали госпиталь, расстреляли за городом в Песчаном логу 452 человека.

Военный подвиг медицинских работников Воронежской области был высоко оценен Советским правительством. За героизм и мужество, проявленные при спасении жизни раненых и больных советских воинов, многие - врачи, сестры, санитары, дружинницы - были награждены орденами и медалями.

Многие медицинские работники области, защищая Родину, пали смертью храбрых. Уроженец села Ровеньки Воронежской области фельдшер Николай Никитич Кравцов в годы Великой Отечественной войны участвовал в боях на разных участках 2-го и 3-го Украинских фронтов. 29 сентября 1944 года началось наступление 3-го Украинского фронта на территории Югославии.

Среди особо отличившихся в боях за освобождение города Белграда 17-18 октября 1944 года был военфельдшер Н. Н. Кравцов. Он не только оказывал помощь раненым, но и вместе с бойцами непосредственно участвовал в сражениях. На пути наступления группы, в которой был Николай Кравцов, оказался вражеский дзот, пулеметы которого не давали возможности продвигаться вперед. Кравцов со связкой гранат бросился к дзоту и своим телом закрыл амбразуру. Он повторил подвиг Александра Матросова. Н. Н. Кравцову посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. Похоронен в братской могиле в Белграде. На военном кладбище ему сооружен памятник.

Известен самоотверженный поступок главного врача Семилукской районной больницы А. А. Терпухова. В условиях фашистской оккупации, подвергая себя опасности, он принял в больницу 40 тяжелораненых бойцов и командиров, выдав их за жителей ближайших сел. Все эти раненые выздоровели. Многим из них удалось перейти через линию фронта.

Война поставила ответственные и чрезвычайно сложные задачи перед медицинскими институтами и медицинскими техникумами и школами. К началу 1940 года в Воронежской области было 22 медицинские школы, 10 из них находились в Воронеже.

Суровое дыхание приближающегося фронта осложняло учебный процесс. В первые же дни войны многие студенты-медики ушли на фронт.

Это они шли с медсанбатами под ураганным огнем противника, спасая от смерти солдат и офицеров. Вместе с мужчинами героически сражались девушки и женщины. Что было на фронте их главным оружием? Бинт, перевязочный пакет, и слово вселяющее надежду. Оно было порой сильнее всяких лекарств. Сестрички на своих хрупких плечах вынесли с поля боя и спасли жизнь тысячам воинов. Это они - люди в белых халатах, вернули в строй ни одну полнокровную дивизию солдат и офицеров. Среди них были и наши выпускницы.

Мухина Мария Алексеевна на фронт была мобилизована на третий день войны, так как окончила медицинский техникум. Всю войну прослужила на Воронежском фронте в полевом хирургическом госпитале в качестве операционной медсестры в звании сержанта. Победу встретила в Берлине.

Награждена орденами и медалями за боевые заслуги в Великой Отечественной войне.

Крючкова Зинаида Андреевна была мобилизована на Ленинградский фронт, в качестве медицинской сестры в морскую пехоту. Затем Донской фронт, с которым дошла до Будапешта, проходя службу операционной медицинской сестры в военно-полевом госпитале. Победу встретила в Будапеште. Награждена многими орденами и медалями за боевые заслуги. На всю жизнь запомнила первый бой… Вокруг рвались снаряды, казалось земля под ногами горела. Падали убитые, звали на помощь раненые. Возьму раненого на закорки и несу, плачу, вес во мне 46 кг.

С отличием закончила медицинский техникум Лейбина Анастасия Ивановна. С первых дней Великой Отечественной войны была призвана в действующую армию, где в качестве военного фельдшера воевала на Ленинградском, Волховском, Сталинградском фронтах. Все время была на передовой. На долю молодой девушки лейтенанта медицинской службы, выпали суровые испытания: оказание первой медицинской помощи раненым на поле боя, участие в боевых действиях, транспортировка раненых с поля боя в медсанчасть. Победу встретила в Берлине. За участие в боевых действиях награждена орденом Красного Знамени и медалями «За оборону Ленинграда», «За оборону Сталинграда», «За взятие Берлина».

Тамара Арсентьевна Дунаевская участвовала в боях на подступах к родному Воронежу, под Коротояком. Она стала прообразом медицинской сестры на памятном мемориале, что установлен на площади Победы в честь защитников города Воронеж.

75 лет прошло с самого первого, самого памятного, самого радостного Дня Победы. Время идет и делает свое дело. Одни события сменяются другими. Порою даже трудно удержать в памяти. Но есть в жизни человека такое, что с годами не только не тускнеет и не угасает в памяти, а становится еще более ярким, отчетливым до боли сердечной волнующим.

Ряды ветеранов редеют, а участников войны становится все больше и больше. Тысячи людей прикасаясь сердцами и душами своими к героическому прошлому нашего народа, как бы встают в незримые колонны героических солдат великих сражений.

Девятое мая - день особенный, праздник удивительный, не похожий не на какой другой. Он всенародный и очень личный. Хотя и выросли уже поколения, которые знают о войне только по учебникам, книгам, да кинофильмам, ну все равно дрогнут в этот день их сердца. И не будет в этот день семьи в которой бы не поздравили живых, не помянули павших. Светлый и грустный этот праздник.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА

Куприянова Элеонора Викторовн, к.м.н.
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Термин «студент» латинского происхождения, в переводе на русский язык означает усердно работающий, занимающийся, т.е. овладевающий знаниями. Если же изучить студента как личность, то возраст 18 - 20 лет — это период наиболее активного развития нравственных и эстетических чувств, становления и стабилизации характера.

Изучение личности студента осуществляется по следующим показателям: мотивы поступления в образовательной учреждение, уровень общеобразовательной подготовки, характер деятельности до поступления в образовательное учреждение, степень сформированности умений и навыков самостоятельной работы, характер интересов, увлечений, уровень развития способностей, особенности характера, состояние здоровья, соответствие их содержанию и требованиям к будущей профессии.

Социологическое исследование бюджета времени показывает, что рабочий день студента достаточно уплотнен, и в соединении с аудиторными занятиями превышает 8-9 часов. Однако при этом обнаруживается очень большой «разброс» и разнобой в рабочем времени, определяемый различным отношением к учебе. В основном студенты ежедневно тратят от 2 и свыше 3 часов на подготовку по профилирующим предметам и только 23% расходуют на это меньше часа. По непрофилирующим предметам картина несколько иная. До 1 часа тратят 50%, до 2 — 22%.

Система обучения в средних и высших образовательных учреждениях в значительной степени рассчитана на высокий уровень сознательности, построена на интересе студентов, так как формально в ней отсутствует жесткая система ежедневной школьной проверки, «страх» перед учителем, необходимость ежедневно готовить «уроки». Некоторые студенты, выдержав сложный и трудный вступительный конкурс, потом оказываются неподготовленными к ответственному отношению к учебе. Система контроля допускает возможную неритмичность в работе, нередко ориентируя на штурм во время экзаменационной сессии.

На вопрос: «Как вы предпочитаете готовиться к экзаменам?» — только 9% ответили, что они обычно готовятся в течение семестра и во время сессии только просматривают материал, 48%, как правило, заново изучают материал всего курса по учебнику и конспектам и 43% — только по конспектам.

Успеваемость студентов зависит не только от общего интеллектуального развития и специальных способностей, что вполне понятно даже с точки зрения здравого смысла, но также от интересов и мотивов, черт характера, темперамента, направленности личности, ее самосознания и т. п.

В этом отношении очень интересен анализ студенческой молодежи в связи с избранной ими профессией. Вся совокупность современных студентов довольно явно разделяется на три группы:

- студенты, ориентированные на образование как на профессию. В этой группе наибольшее число студентов, для которых интерес к будущей работе, желание реализовать себя в ней — самое главное;

- студенты, ориентированные на бизнес. Отношение к образованию у них совсем иное: для них образование выступает в качестве инструмента (или возможной стартовой ступени) для того, чтобы в дальнейшем попытаться создать собственное дело, заняться торговлей и т. п.;

- третью группу составляют студенты, которых, с одной стороны, можно назвать «неопределившимися», с другой — задавленными разными проблемами личного, бытового плана. На первый план у них выходят бытовые, личные, жилищные, семейные проблемы.

Некоторые исследователи указывают, что опосредованно на успеваемость оказывает влияние и тип конституции (телосложения) студента, которому соответствует определенный тип реактивности организма, тип нервной системы.

Эмоциональные состояния, уровень развития волевых качеств, особенности психосоциотипа студента существенно влияют на учебный стиль и успешность обучения, на характер взаимоотношений с однокурсниками и преподавателями.

«А каким должен быть идеальный студент?» — на этот вопрос современные преподаватели отвечают иначе, чем в прошлые годы. 86% опрошенных преподавателей считают, что студенты изменились. Сформировались качества, позволяющие им легче адаптироваться к сложностям жизни в условиях рынка, делающие их более конкурентоспособными: у них появились предприимчивость, большая самостоятельность, большая требовательность к преподавателям.

В настоящее время стало уменьшаться число преподавателей, которые важнейшим качеством студента называли дисциплинированность, и постепенно стало увеличиваться число тех, кто в «идеальном» студенте видел, прежде всего, самостоятельно мыслящего человека.

Такое положение определяет время. Сегодня молодые люди сталкиваются с задачами, решение которых отсутствует в жизненном опыте родителей. Нет их в содержании обучения ни общеобразовательной, ни в средней и высшей школах. Нынешние молодые люди должны не просто самостоятельно отыскивать выход, но и обучаться умению решать новые, современные задачи. При этом старый опыт сегодня может быть просто помехой, барьером на пути поиска оригинального решения. И если раньше «дисциплинированность», как послушание и следование укоренившимся образцам, более всего способствовала успеху, то нынче обеспечить успех могут именно самостоятельность и оригинальность мышления.

Поэтому в силу того, что современные молодые люди социально более адаптированы, они должны осознавать, что студенческий период может оказаться последним шансом полноценного интеллектуального развития, включающий в себя не только профессиональные знания и умения, но и более

важные факторы - общекультурные, формирующие понимание будущей профессиональной деятельности.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА КАК ОСНОВА ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

Куприянова Элеонора Викторовна, к.м.н.
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Новая система образования требует от студентов по-иному относиться к знаниям и способам их получения, самореализации в будущей жизни и профессиональной деятельности.

Исследование теоретических основ исследовательской деятельности студентов, в частности студентов медицинского колледжа, становится актуальной проблемой, так как от успешности студента в исследовательской деятельности зависят его профессиональные качества, а значит и его будущее. Исследовательская деятельность при этом рассматривается как особый вид интеллектуальной деятельности, возникающий в результате функционирования механизмов поисковой активности и строящийся на базе исследовательского поведения.

Главной целью исследовательской деятельности является научить студентов самостоятельно добывать знания, развивать у них способность к научному и творческому мышлению, формировать у них субъективное представление об окружающей действительности.

Основной формой научно-исследовательской работы студентов, выполняемой во внеучебное время, является участие их в научных исследованиях, проводимых на базе лечебно-профилактического учреждения. Так, студенты медицинского колледжа активно принимают участие в проведении «Школ здоровья» для пациентов в отделении профилактики. Как правило, студентам поручают разработку определенного задания, в данном случае разработать анкету по изучению мнений пациентов о необходимости проведения таких занятий. В исследовательской деятельности принимали участие студенты всей группы, что позволяет обеспечить преемственность, непрерывность и четкую организацию их работы, где основным направляющим звеном являются преподаватели и сотрудники лечебно-профилактического учреждения.

Санитарно - просветительная работа – это сообщение необходимой информации пациенту о его состоянии здоровья, просвещение его в плане поддержания, укрепления и восстановление уже утраченного здоровья. Это одно из основных направлений в работе медицинской сестры, с помощью которого она может воздействовать на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интересы, эмоциональный фон.

На нескольких занятиях «Школы пациента», студенты провели анкетирование слушателей для того, чтобы в дальнейшем иметь возможность совершенствовать сестринскую помощь для улучшения состояния здоровья пациентов. В опросе участвовало 46 человек, из которых 28 % - это были

мужчины, 72 % - женщины. По возрасту опрашиваемые разделились следующим образом: 17 % - 25-55 лет, 54 % - 56-70 лет и 29 % свыше 70 лет. В основном это были люди со средне-специальным образованием (72 %), с высшим только 28 %, что говорит о возможно недостаточной грамотности опрошенного населения. По социальному статусу большинство респондентов были пенсионерами и не работающими – по 28 %, 26 % - рабочие и 18 % - служащие, т.е. более половины слушателей на таких занятиях оказались лица с достаточно свободным временем. Поэтому на вопрос «Хотели бы Вы дальше посещать такие занятия?», 69 % лиц ответили – «да» и лишь 31 % - сослались на нехватку времени. Следует отметить, что на 100% поднятые проблемы на данных занятиях интересуют пациентов – 72% - «да», 28 % - «частично», и абсолютно все опрошенные считают, что данная информация очень важная – 69 % - «да», «частично» – 31 %.

При анкетировании было выявлено, что 72 % респондентов частично уделяют внимание своему здоровью. Над этим необходимо еще работать. Практически у всех опрошенных правильное понимание здорового образа жизни: для 96 % - это здоровое питание, чистый воздух, благоприятный режим дня, 91 % - отказ от вредных привычек, по 74 % - отсутствие болезней и занятия спортом, 69 % - своевременное обращение за медицинской помощью, т.е. есть понимание, что здоровье зависит в большей степени от них самих.

В результате опроса выяснилось, что 69 % лиц пользуются интернетом для получения дополнительной информации по профилактике заболеваний, 52 % используют для этих целей популярную литературу, 17 % - специальную, а 33 % предпочитают узнавать все от друзей и знакомых. Но большинство пациентов (84 %) устраивает форма санитарно-просветительной работы в виде занятий «Школы пациента» и 65 % будут использовать полученные знания для укрепления своего здоровья, 35 % - частично.

По результатам проведенного анкетирования можно сделать выводы, что проводимая работа необходима пациентам, многие нуждаются в дополнительной информации и им нужно давать определенное направление в улучшении своего состояния здоровья, которое они получают именно на данных занятиях. Важно постоянно совершенствовать такую форму сестринской помощи, ориентируясь на интересы пациентов и их потребности.

Совместная работа и сотрудничество студентов способствуют усилению чувства ответственности в научном поиске, пониманию места и значения результатов собственных исследований в общем деле существующей проблемы и определяют для студентов задачи в будущих их научно-исследовательских работах.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ПРОТИВОГЛАУКОМНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФРАМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Г. ВОРОНЕЖА

Лозинская Людмила Михайловна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Успешная практическая деятельность специалиста определяется уровнем сформированности профессиональных компетенций. Фармацевт, обладающий высоким профессионализмом, должен хорошо ориентироваться в аптечном ассортименте лекарственных препаратов. Для выпускника важна не только теоретическая и практическая подготовка, но и высокий уровень профессиональной мобильности, быстрой адаптации в условиях постоянного обновления и нестабильности фармацевтического рынка, умение ориентироваться в огромном разнообразии лекарственных средств [1].

Изучению ассортимента современных препаратов уделяется особое внимание во время прохождения преддипломной практики в процессе написания выпускной квалификационной работы. Одной из актуальных тем является лечение глаукомы.

Современные препараты для лечения глаукомы подразделяются по механизму действия на две группы: снижающие продукцию внутриглазной жидкости (β-блокаторы, ингибиторы карбоангидразы (ИКА)) (рис.1); улучшающие отток водянистой влаги из глаза (парасимпатомиметики, аналоги простагландина) (рис.2).

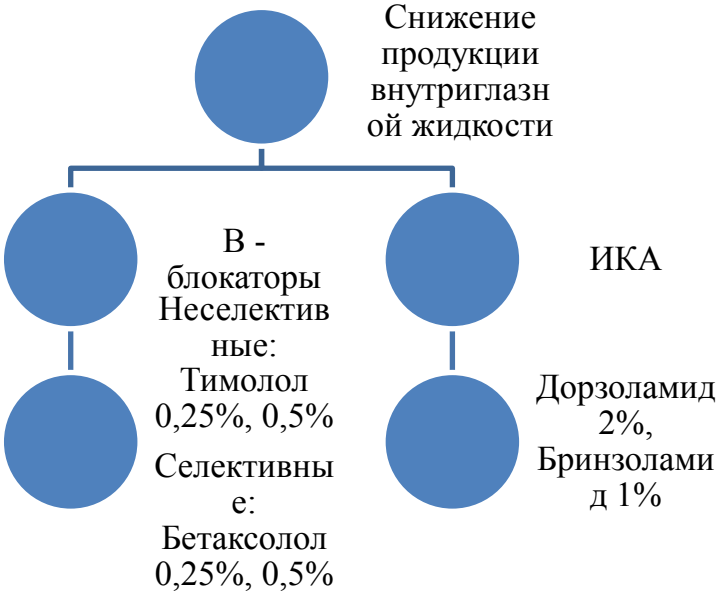


Рис. 1. Препараты, снижающие продукцию внутриглазной жидкости

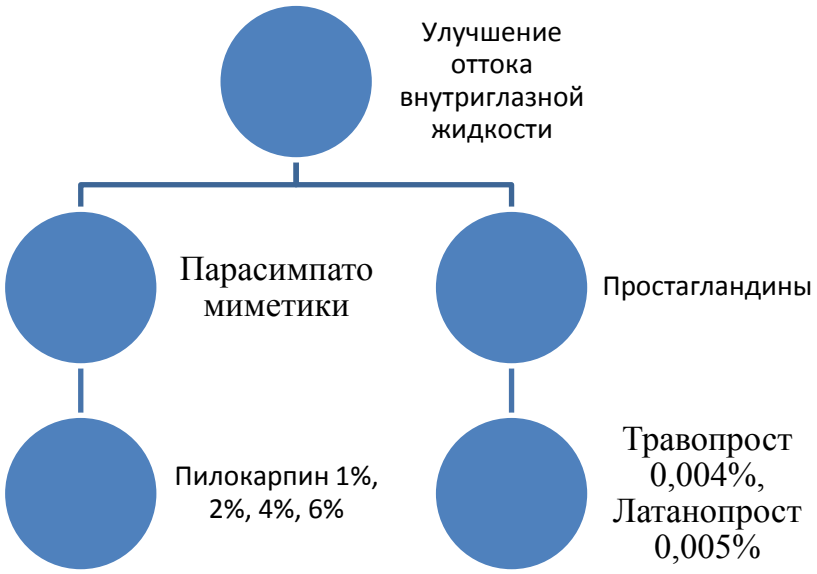


Рис. 2. Препараты, улучшающие отток внутриглазной жидкости

По международной АТХ-классификации (Анатомо-терапевтически-химическая классификация) исследуемые препараты систематизированы в группе S01E Противоглаукомные препараты и миотики [1].

Для исследования были выбраны препараты первого и второго выбора, которые наиболее широко применяются в настоящее время для лечения глаукомы в качестве монотерапии и для комбинированной терапии.

Данная группа представлена 8 международными непатентованными наименованиями (МНН):

S01EE04 Травопрост; S01EE01 Латанопрост; S01EA05 Бримонидин; S01ED01 Тимолол; S01EB01 Пилокарпин; S01EC03 Дорзоламид; S01EC04 Бринзоламид; S01ED02 Бетаксолол.

Анализ локального рынка препаратов для лечения глаукомы проведен на основе данных сайта «Analit.net». Общий ассортимент противоглаукомных препаратов представлен 42 торговыми наименованиями (ТН) и 54 лекарственными препаратами (ЛП). По числу ТН лидерами являются тимолол и латанопрост (рис.3).

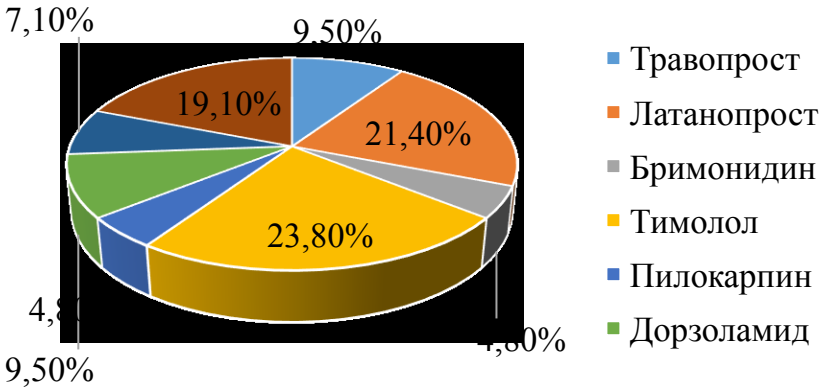


Рис. 3. Структура ассортимента противоглаукомных препаратов по числу ТН на локальном рынке

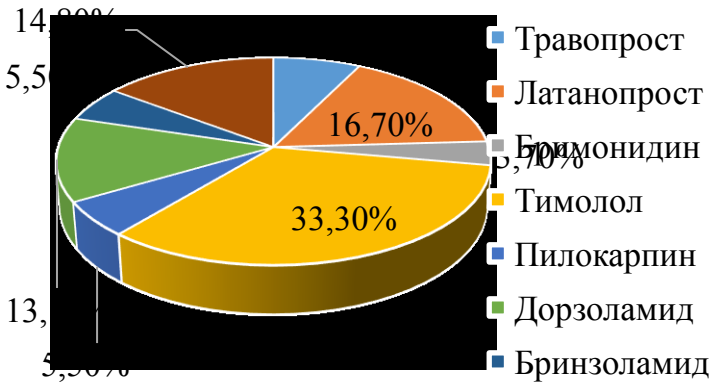


Рис. 4. Структура ассортимента противоглаукомных средств по числу ЛП на локальном рынке

Эти же ТН насчитывают наибольшее число лекарственных препаратов (рис.4).

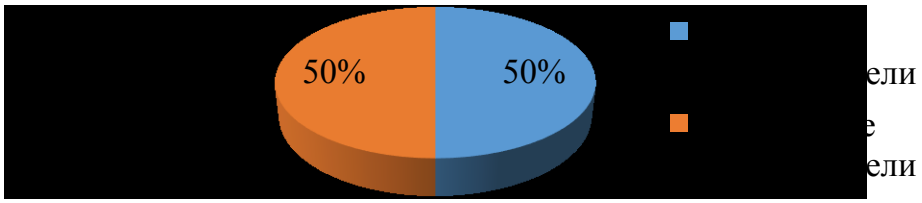


Рис. 5. Соотношение Российских и зарубежных производителей лекарственных препаратов

Российские и зарубежные производители представлены в равных долях на воронежском рынке, большинство препаратов индийского производства.

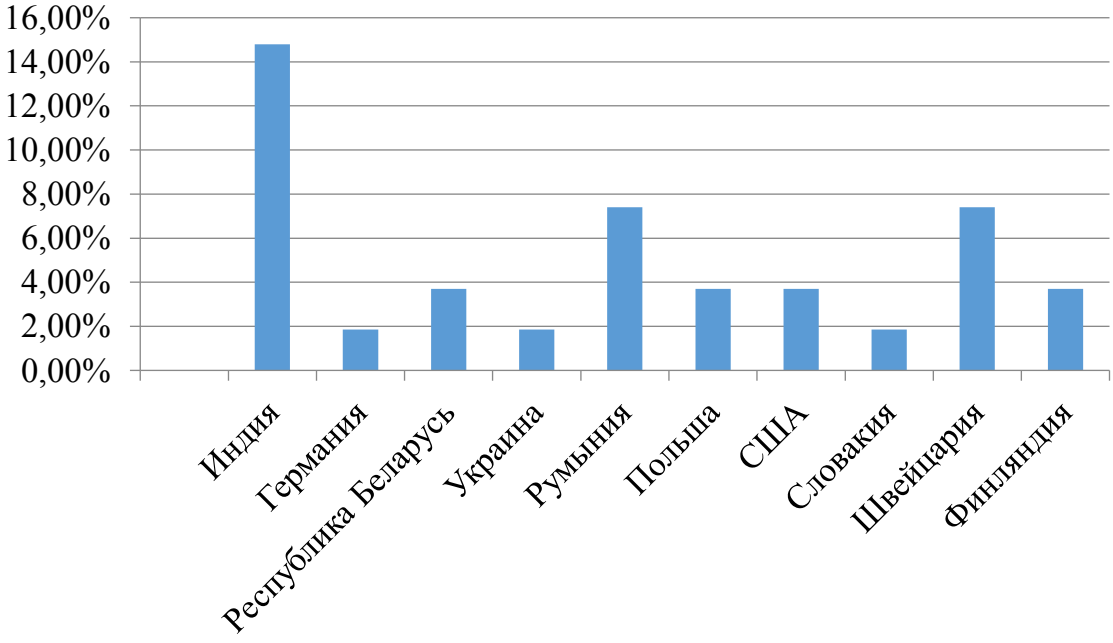


Рис. 6. Доли зарубежных производителей противоглаукомных препаратов на локальном рынке

Для лечения глаукомы широко применяются комбинированные препараты. На российском рынке общий ассортимент комбинированных противоглаукомных препаратов представлен 19 лекарственными препаратами [2].

Обращает на себя внимание, что чаще всего в состав комбинированных препаратов входит β-адреноблокатор Тимолол.

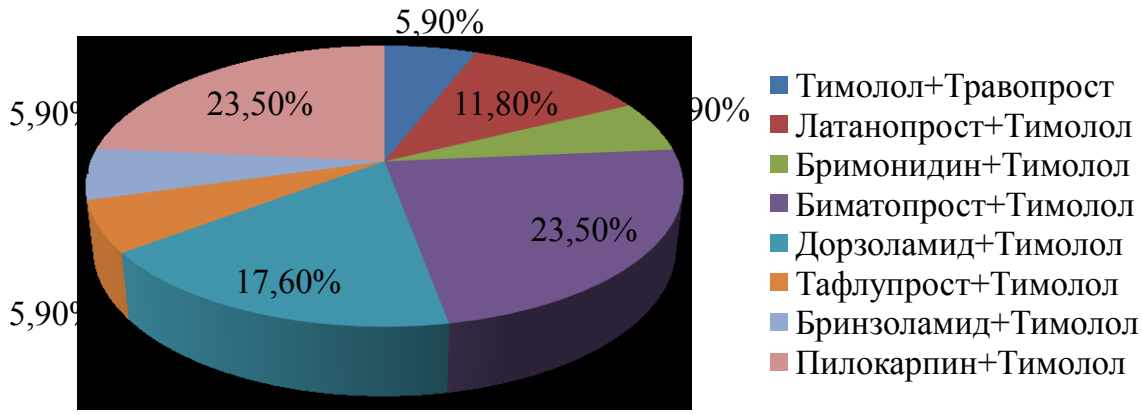


Рис. 7. Структура ассортимента комбинированных противоглаукомных средств по числу ЛП на российском рынке

Лидерами российского фармацевтического рынка по числу ЛП являются следующие комбинации: Пилокарпин+Тимолол (23,50%%), Биматопрост+Тимолол (23,50%) и Дорзоламид+Тимолол (17,60%).

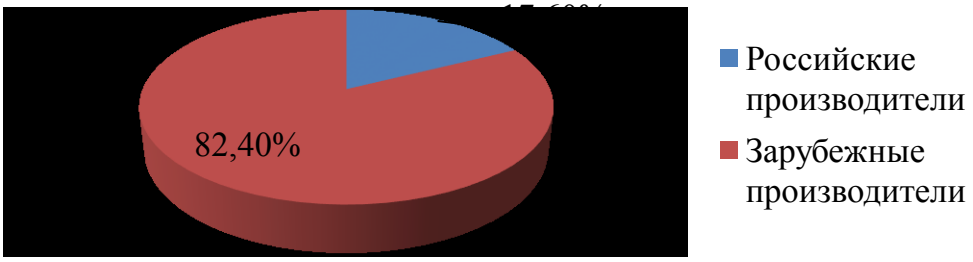


Рис. 8. Соотношение российских и зарубежных производителей комбинированных ЛП на российском рынке

Большую часть комбинированных лекарственных препаратов, применяемых при лечении глаукомы, производят зарубежные фармацевтические компании. Следует отметить, что значительную долю подобных препаратов на российском рынке занимают лекарственные препараты из Финляндии и Румынии.

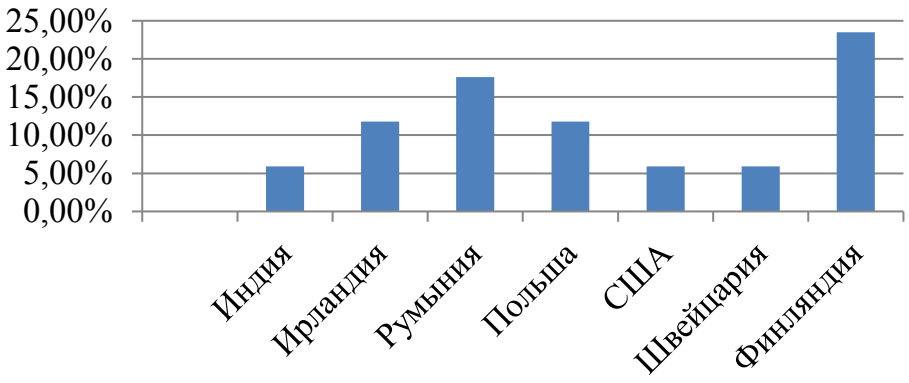


Рис. 9. Доли зарубежных производителей противоглаукомных препаратов

Лидерами зарубежных фирм – производителей являются «К.О.Ромфарм Компани С.Р.Л.» (Румыния) и «Сантэн АО» (Финляндия). Также, немалое количество лекарственных препаратов производит российская фирма ОАО "Синтез".

Список литературы и источников

1. Алексеев, В.Н. Новые подходы к гипотензивной терапии первичной открытоугольной глаукомы / В.Н. Алексеев, Е.Б. Мартынова // Consiliummedicum. Офтальмология. - М., 2001. - Приложение. - С. 3-9.

2. Государственный реестр лекарственных средств. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.ASPX

О ПОЛЬЗЕ ВЕДЕНИЯ ЛИЧНОГО ДНЕВНИКА И ЧТЕНИЯ КНИГ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В СОЦИУМЕ И ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕГО КУЛЬТУРНОГО УРОВНЯ

Малеев Юрий Валентинович, Шепелева Наталия Геннадьевна, Татаринова Ирина Вячеславовна, Костенко Ольга Владимировна, Сажин Борис Петрович, Левченко Ирина Павловна, Чернова Ольга Александровна, Шестакова Ольга Васильевна, Звягина Ольга Геннадьевна, Федянина Надежда Ивановна, Колтунова Светлана Николаевна, Суркова Марина Викторовна, Лепская Зоя Егоровна, Артемова Алла Алексеевна, Пополитова Ольга Анатольевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Неровный А.И., Бахтин Д.А., Ульянова О.В.,

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, преподаватели

Многие из творческих личностей ведут личный дневник, чтобы записывать всё, что произошло за день, выплеснуть на бумагу свои эмоции и переживания и сохранить идеи на будущее, структурировав тем самым работу головного мозга (ГМ) и упорядочив некоторым образом свою личную и общественную жизнь. Мы знаем, что ведение дневника помогает быстрее справиться с неприятными событиями, пережить огорчения и стрессовые моменты жизни, но на самом деле преимущества ведения дневника гораздо значительнее и весомее.

Так, исследователи из Техасского университета выяснили, что ведение дневника способствует усилению выработки Т-лимфоцитов (иммунные клетки, которые помогают организму бороться с инфекциями). Есть также научное доказательство того, что ведение дневника великолепнейшим образом развивает левое полушарие ГМ. Хорошо, а как же тогда правое полушарие, ответственное за творчество? Дело в том, что когда левое полушарие ГМ занято работой, активируется правое полушарие и создаёт нечто креативное, фантастическое и крайне чувственное. В этом то и парадоксальное влияние ведения личных дневников на работу ГМ. Следует отметить, что все великие писатели, ведущие систематически личный дневник, мало того, что отточили этим мастерство слова, написали величайшие произведения, увековечив себя в социальной истории, так еще и физически прожили более 80 лет. Например, Л.Н. Толстой, И.А. Бунин (лауреат Нобелевской премии по литературе), М.М. Пришвин.

Влияние письма на интеллект. Как можно говорить о письме и ГМ и не упомянуть, что это на первый взгляд ненужное и рутинное занятие делает Вас умнее?! Написание текстов увеличивает ясность ума так, как никогда не сделает ни одно словесное общение с самым внимательным и эмпатичным по отношению к Вам оппонентом. Кроме того, не стоит забывать следующие афоризмы сэра Уинстона Леонарда Спенсер-Черчилля (лауреат Нобелевской премии по литературе):

Ничем так не завоюешь авторитет, как спокойствием.

Самый хороший способ испортить отношения – это начать выяснять их. Написание книги - целое приключение. Сначала это не более чем забава, однако затем книга становится любовницей, женой, хозяином и, наконец тираном.

Самый страшный враг - это близкий друг или поверенный твоих мыслей, чувств и личной жизни.

Написание текста на какую-либо тему требует более чёткого понимания и осознания сути возникшей перед человеком задачи или проблемы, чем простые пустые разговоры с собеседником. Прежде чем написать что-то, вам нужно поразмышлять, упорядочить мысли и только потом превратить тщательно переработанную информацию в текстовую форму.

Если вы писатель или лингвист, у вас наверняка впечатляющий словарный запас. Можете поблагодарить за это своё занятие и долгие годы упорного образования. Если же Вы обычный человек, то срочно берите словарь и учите каждый день хотя бы 20-30 слов с толкованием. Неплохо и заучивать стихотворения. Слава богу, в России много прекрасных и неповторимых поэтов. Ученые установили, что очень положительно на развитие и работу ГМ и на общее эмоциональное состояние влияют стихи А.С. Пушкина, М.Ю. Лермонтова, Н.А. Некрасова, И.А. Бунина, С.А. Есенина, А.А. Фета, Велимира Хлебникова, Игоря Северянина, Леонида Мартынова, С.Я. Маршака, К.И. Чуковского, А.В. Жигулина, Н.И. Глазкова, Александра Межирова, В.С. Высоцкого, Глеба Горбовского, А.А. Вознесенского, Е.А. Евтушенко, Евгения Рейна, В.А. Сосноры, А.С. Кушнера, Леонида Губанова,

Олега Григорьева, В.Д. Алейникова, поэтов лианозовской школы, Валентина Берестова и других отечественных гениев, в том числе и современных, коих мы не будем перечислять.

В процессе написания мы начинаем замечать слова и фразы, которые используются в наших текстах снова и снова. Мы понимаем, что это будет скучно не только для наших читателей, но и для нас самих в первую очередь. И это заставляет искать нас новые слова и выражения для описания собственных мыслей и чувств.

Уберите клавиатуру. Сколько блокнотов, альбомов и тетрадей на вашем столе прямо сейчас? Сколько ручек и карандашей? Если много, то вы, наверное, фанат канцелярских принадлежностей. И это очень хорошо. Физический акт написания - письмо ручкой на бумаге - задействует ваш ГМ тремя разными способами. Вы используете мелкую моторику, чтобы взять ручку и писать; при этом ваш ГМ работает, распознавая линии и формы, создающие каждую букву; и в итоге вы осознаёте каждое слово, сформированное в ГМ. Так что, если вы не можете пройти мимо отдела канцелярских товаров, не расстраивайтесь. Это прекрасно. От своей привязанности к написанию от руки вы получаете гораздо больше, чем ваши друзья, уже позабывшие, что такое ручка. **Пишите, чтобы улучшить свои способности к написанию текстов.** Все знают, что чтение увеличивает словарный запас и способствует улучшению стиля письма. Это так, но всё же лучшее, что может сделать человек, желающий прокачать навык писательства - писать как можно чаще и не менее 2-3 страниц ежедневно. Причина проста. **Все гениальное просто и парадоксально циклично**. Появление идеи заставляет писать, а написание стимулирует появление идей. Такая вот циклическая закономерность. Как часто у Вас появлялись идеи новых текстов и произведений в то время, как вы работали над старыми? Идеи не всегда относятся к проекту, над которым вы работаете сейчас, но сам процесс написания стимулирует работу ГМ, за счёт чего он порождает разнообразные идеи. Появилась у Вас какая-то проблема? Немедленно напишите о ней. Чтобы решить проблему, надо её понять, исследовать детали, понять причинно-следственные связи и найти правильное решение. Что может быть более полезным в этом деле, чем написать о ней? То есть пережить ситуацию на бумаге, а следовательно – скинуть всю отрицательную эмоциональную энергию. Это лучше, чем болтать по телефону о своих проблемах с друзьями. Описание проблемы на бумаге помогает Вам полностью понять то, с чем вы имеете дело. Множество заметок помогут исследовать детали (о которых Вы даже и не подозревали) и углубиться в суть проблемы. И, наконец, есть ли лучший способ найти решение, чем записать результаты мозгового штурма, чтобы видеть все идеи перед собой на бумаге? Более того, решая проблемы с помощью их написания, вы не только увеличиваете свои шансы найти правильное решение сейчас, но и развиваете свои способности к решению проблем в будущем. Письмо, чтобы сконцентрироваться, решить проблему и найти свежие идеи. ***Связь между работой ГМ и почерком.*** Почерк отражает психическую деятельность человека. **Пишет мозг, а не рука, рука лишь**

только инструмент. Почерк - письмо мозга. К такому выводу в 1895 году пришел и В. Прейер - немецкий профессор физиологии, основатель детской психологии («Zur Psychologie d. Schreibens», 1895 г). На ряде экспериментов он показал, что почерк несет в себе психологически-устойчивые черты при любых условиях его написания. В. Прейер собирал образцы почерков людей, перенесших травмы, а именно, лишившихся рук, и научившихся снова писать ртом. Сравнивая образцы почерков до получения травм и после, он пришел к заключению, что почерк при этом не изменился и транслировал одни и те же графологические проявления. Итак, пишет ГМ, рука лишь является инструментом, рука передает импульсы психической активности. Подтверждение тому – образец почерка Ника Вуйчича, который очень гибок (психически гибок), несмотря на то, что он пишет, зажав ручку в зубах или специальным приспособлением, надетым на культю. **Благодаря такой психической гибкости, Ник адаптивен, коммуникативен, наделен эмоциональным интеллектом, стрессоустойчив**. Есть много примеров, где почерки, не имеющие гибкость, очень угловатые и жесткие, корявые и дело не в пишущем приборе или руке, а все дело в психике. Между мозгом и почерком есть прямая связь. **Как только мы начинаем писать, включается сложный психофизиологический механизм**. Ведь, во время письма мы не только проговариваем каждую букву, мы проговариваем слово и в ГМ возникает соответствующий образ. Письмо прописными буквами - это очень тонкое моторное действие, это движение, это письменное поведение человека. ГМ передает сигналы посредством нервной системы другим органам, в том числе и руке во время письма. С помощью мелкой моторики проецируются на бумагу как сознательные, так и бессознательные аспекты личности. **Человек отличается от животного прежде всего наличием высших психических функций, выражение которых мы видим при письме.** И тут можно вспомнить слова И.М. Сеченова (его книгу «Рефлексы головного мозга» - мы настоятельно рекомендуем прочитать каждому учащемуся), известного советского физиолога, биолога, химика, который определил, что «всякое представление, возникающее в психике, любая тенденция, связанная с этим представлением, заканчивается и отражается в движении».

И очень интересен тот факт, как мы предполагаем, что люди, которые много пишут, а особенно – ведут личный дневник – у них очень развито чувство эмпатии.

Эмпа́тия - осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания. Соответственно, эмпа́т - это человек с развитой способностью к эмпатии (НЛП сопереживательная). Эмпатия - это повышенная восприимчивость, вы не смотрите на движения и не слушаете слова. Вы сердцем чувствуете то, что у человека творится внутри, видите насквозь, вам понятны его эмоции, вы как будто на его месте и воспринимаете мир его же чувствами. Таким людям очень сложно находиться в толпе. Эмпатия отличается от сочувствия! Человек сочувствующий Вам скажет: «Да, мне очень жаль, что с тобой это произошло, держись, все пройдет». Эмпат

обнимет при возможности и скажет: «Что бы с тобой не призошло, я с тобой, я чувствую то же, что и ты. Это горе (или радость) ты не несешь один, я несу его вместе с тобой, мы справимся, я помогу тебе всем, чем смогу, я буду всегда с тобой рядом». Эмпатия - это как дар, но иногда - лучше бы его не было. Сложно слышать от человека уверения в дружбе, любви и в то же время чувствовать ненависть в его душе и что все сказанное им - это ложь. Тяжело вдруг ощутить всплеск боли, страха, возмущения, или ещё чего-то негативного, понимая, что это не твое, просто рядом появился некто с этими эмоциями. Научиться закрываться от этого необходимо, но не просто. Эмпат чувствует другого человека очень здорово, он может даже условно слиться с его состоянием. Это опасно может быть, если психика слабая. Зато они могут быть хорошими психологами, если научатся не перекидывать эти состояние на себя, а просто прочувствовать, понять, осознать и принять к сведению, без каких-либо вредящих здоровью состояний. В психологии принято разделять эмпатию на ту, которая сопряжена с слиянием эмоциональных границ с субъектом, и на здоровое сопереживание, которое позволяет понимать чувства другого субъекта и ощущать их как значимые, но не растворяться в них, продолжая жить, думать и чувствовать в рамках своей позиции, ситуации и здорового эмоционального поля. Хороший признак здорового сопереживания - это способность разделить свою эмпатию и свою рациональную оценку действий человека. То есть, если некто страдает и одновременно с этим делает что-то плохое другим людям (а так оно обычно и бывает), то человек, способный к сопереживанию в своих эмоциональных границах, сможет одновременно испытывать сочувствие его боли и оценивать поведение другого негативно, отстраняясь от него, если придётся. Я могу искренне переживать за другого человека, но это переживание меня ни к чему не обязывает. Его, кстати, тоже. Это только моё чувство, и мне решать, что с ним делать, и насколько позволять ему влиять на конкретные поступки. Сопереживание также позволяет проще принимать непопулярные и тяжёлые, но необходимые решения. Иногда приходится делать по отношению к другим людям именно то, что не очень хочется - говорить правдивые вещи, которые они не хотят слышать, увеличивать дистанцию в отношениях и т.д. Если делать это без сопереживания, то получится жестокость или грубость. Если делать это без рационального осознания ситуации, то получится либо опять жестокость или грубость, либо вообще ничего, потому что часто самое необходимое действие со стороны и выглядит как самое жестокое, и нужно хорошо понимать, зачем его делать, чтобы сделать всё правильно. В общем, если вы одарены большой способностью к эмпатии, то не надо пытаться с ней что-то делать, а стоит отстроить эмоциональные границы, чтобы свою эмпатию продолжать переживать, но без вреда для себя.

Дневники и влияние структурирования на продолжительность жизни. Очень многие люди вели, ведут и будут вести личные дневники. Только сейчас это может называться по–другому: блог, страничка, сторис. Современные технологии позволяют вести дневники с акцентом на ведущий анализатор восприятия. Это и аудиодневники, видеоблоги, различные

текстовые форматы. Среди любителей дневников не только знаменитости, но и простые люди. Одним из упражнений в психотерапевтической практике является задание фиксировать свои действия, состояния, ощущения. По сути, дневник имеет это коррекционное действие. На что же оно направлено и что может скорректировать, то есть исправить? Дневники бывают разные. В одних делается акцент на явления природы и погоды. Они формируют не только наблюдательность, точность, пунктуальность и умение анализировать, но и придают автору и подписчикам состояние спокойствия, размеренности, предопределённости, возможности убедиться, что в природе есть великое совершенство. Данные изучаются, выстраиваются гипотезы. Получается, что излишняя эмоциональность гасится рационализмом. Тревожность снижается внесённой ясностью, постепенно приобретённым опытом и, конечно же, сильной верой. Есть дневники эмоциональные, порывистые или грозные; слезливые, меланхоличные, как индийское кино. А бывают провокационные, с перчинкой и допустимой долей пошлости. Эти направления могут компенсировать комплексы в различных областях личностного развития. В этом случае коррекция дневника действует в прямой противоположности. Такие темы лучше раскрывать зажатым и хладнокровным людям, у которых эмоции спрятаны и замурованы годами запретов, строгим авторитарным родительским воспитанием и личностными особенностями характера. Ведение именно таких дневников является высоко терапевтичным. Люди слышат свой голос, видят изображение, позволяют себе быть живыми, не наигранными, честными и смелыми в поступках и действиях. Дневники влияют на продолжительность жизни, потому что в процессе работы формируются новые нейронные связи в ГМ. При этом развивается память (все её виды, если вы пишите про чувства, запахи, цвета, звуки, ощущения). Развивается эмоциональный интеллект и эмоциональная память, внимание, переключаемость и концентрация воли и эмоций. Развивается воображение, а это очень важная адаптивная функция психики, защита от стресса, депрессии. Это начало описания терапевтической и коррекционной пользы дневников. Ведите, выбирайте свой вид дневника, учитывая потребности, а иногда и пробелы в ресурсах. Лучше же конечно вести личные дневники с определенной степенью юмора, как например, записные книжки И. Ильфа и Е. Петрова, записные книжки С.Д. Довлатова, автобиографичные произведения О. Генри, полные юмора и житейской мудрости.

Почему же ведение дневника так очень полезно для здоровья? Ведение дневника может значительно улучшить ваше самочувствие: нормализуются сон и давление, начинает лучше функционировать иммунная система, даже раны заживают быстрее. И если вы давно хотели завести личный дневник, но не знали, с чего начать, в нашей статье вы найдёте по крайней мере 7 полезных рекомендаций. Ведение дневника - одна из любимых частей дня (обычно - вечером или вообще в свободное от работы время): записывая свои мысли, человек чувствует себя лучше и физически, и морально. Удивительно, но улучшение самочувствия при ведении дневника - это не просто психосоматика. По словам доктора Джеймса Пеннебейкера (James

Pennebaker), психолога и ведущего эксперта в области экспрессивного письма, ведение дневника способствует укреплению иммунных клеток, Т-лимфоцитов. Благодаря этому улучшается настроение, повышается социальная активность. Также проявляется благотворное влияние на качество близких отношений. Большинство исследований экспрессивного письма проводится с измерением показателей физического здоровья, что позволяет отслеживать изменения. В результате многочисленных научных экспериментов стало известно, что благодаря ведению дневника начинает лучше функционировать иммунная система, нормализуется АД, улучшается сон, снижается стресс. После нескольких месяцев ведения личного дневника люди начинают реже обращаться к врачам. В других исследованиях было обнаружено, что это занятие способствует более быстрому заживлению ран и большей подвижности среди людей с артритом. И этот список можно продолжать. Так что же представляет собой ведение дневника? Это объединение личной отчётности, основанной на фактах, с исследованием своих внутренних, порой иррациональных, но всегда важных. Бывают недели, когда делаются записи каждый день, а иногда целый месяц не пишется ни единого слова. Смысл ведения дневника не только в том, чтобы упорядочивать свои мысли - ведь можно просто хорошенько обдумать их, и это тоже принесёт определённые преимущества. При ведении личного дневника именно акт записывания мыслей приносит наибольший эффективный результат.

Когда Вы делаете записи, работает левое, рациональное полушарие ГМ. Пока оно занято, правое полушарие может делать то, что получается у него лучше всего: создавать, предугадывать и чувствовать. Ведение дневника снимает все психологические блоки и позволяет использовать все возможности ГМ, чтобы лучше понять себя и мир вокруг нас.

Поэтому следует выполнять следующие 7 принципов, которые помогут Вам с нуля овладеть искусством ведения личного дневника в кратчайшие сроки.

1. Исключительно используйте ручку и бумагу. Современный окружающий нас цифровой мир - это клавиатуры и сенсорные экраны (гаджеты, планшеты, мобильные телефоны). Но когда дело доходит до ведения дневника, больше преимуществ именно у обычной ручки и бумаги. Записывание мыслей от руки намного эффективнее, чем с помощью клавиатуры. И исследования это подтверждают. Получается, что во время письма стимулируется ретикулярная активирующая система - именно та область ГМ, которая фильтрует и выводит на первый план информацию, на которой мы фокусируемся. У письма от руки есть и дополнительные преимущества. Это удерживает нас от редактирования собственных мыслей. Хотя многие люди 20–30 лет уже потеряли мышечную память рукописного письма и это занятие может показаться вам медленным и неудобным, пройдёт совсем немного времени, и вы снова будете чувствовать себя комфортно, когда Вы пишете от руки. Когда получается убедить молодых людей (особенно юных, 20-летних) вести заметки старой доброй прописью, они всегда поражаются результату, ведь это занятие действительно успокаивает и

помогает справляться со многими проблемами. Если не нравиться писать ручкой, найдите для себя подходящий инструмент. Возможно, попробовав писать от руки, Вы поймёте, что этот вариант Вам не подходит. Если бумага и ручка не для Вас, обратитесь к их технологичным аналогам. В этом нет ничего страшного.

К счастью, сегодня существует огромное разнообразие вариантов. Можно вести дневник от руки, используя ручку V5 Hi-Techpoint с очень тонким стержнем. Идеален инструмент, помогающий мыслям перетекать из головы на страницы блокнота Moleskine. Подойдут и стандартные редакторы (Word от Microsoft или Pages от Apple) и более минималистичные решения вроде Ommwriter. Возможно, Вы предпочитаете сенсорные экраны. В общем, ищите для себя наиболее удобное решение.

2. Установите для себя четкий лимит времени по написанию личного дневника. Раньше люди ставили себе ограничение по количеству написанного. Например, по 3 страницы ежедневно. Но эксперты сходятся во мнении, что более эффективным решением при ведении личного дневника будет строгое ограничение по времени. Рационально рассудите, сколько времени в день Вы можете выделить на это занятие в своём напряжённом графике. Даже если сначала это будет всего 5 минут. Ограниченный срок помогает людям сфокусироваться на определённой цели, когда они начинают вести дневник. Видеть перед собой 3 пустые страницы может оказаться непросто, и дело закончится, так и не начавшись. А ограничение по времени не будет казаться тяжким испытанием. Рекомендуется писать по 30 – 60 минут в день в зависимости от внутренней потребности и объема накопившихся проблем. При этом единственное правило - делать это постоянно, практически ежедневно.

3. Большинство начинающих писателей (независимо от того, что они пишут: заметки в дневник, научную статью или роман) обычно заблуждаются, считая, что всё, что они пишут, должно быть крайне гениальным, глубоким и чувственным. И когда с подобным заблуждением Вы начинаете вести личный дневник, будьте уверены, что это приведёт к провалу. Такая деятельность крайне показушна, направлена вовне, на других, а дневник Вы должны вести лично для себя. Подлинная глубина появляется естественно, сама собой, даже случайно. А порою все гениальное просто. Претенциозность возникает, когда люди специально стараются казаться умнее. Известные писатели велики именно благодаря своей самобытности, природному таланту, титаническому ежедневному труду и тщательному изучению природы человека. Вам не нужно демонстрировать свой литературный талант - он проявится сам. Будьте всегда самим собой. Вам нужно просто писать. При этом следует забыть об орфографии, пунктуации и просто вылить на бумагу свой поток сознания, накопившихся мыслей и чувств. Именно такое ведение дневника поможет вывести на передний план информацию, которая хранится не только в сознании, но и в вашем подсознании. Само собой получится, что Ваш дневник – это и Ваш домашний ежедневный психолог.

4. Не редактируйте написанное, если конечно Вы пока не хотите опубликовать свой дневник. Одна из целей ведения дневника - изучить те области вашего сознания, которым вы, возможно, не хотите давать выход. Записи в дневнике - это не статьи. Никто не будет проверять вашу орфографию, грамматику, пунктуацию или структуру содержания. Когда вы редактируете, вы начинаете задумываться и заострять внимание на изложении, а не на сути своих мыслей. Суть ведения личного дневника как раз в том, чтобы писать не думая. Задумываясь, мы мешаем нашей интуиции, а, следовательно, весь смысл дневника теряется. Дневник может помочь исследовать именно те пути, которые мы порой не можем обнаружить своим сознанием. Мы можем найти крайне интересные темы, если на время перестанем думать.

5. Заниматься своим дневником можно в одном и том же месте каждый день, хотя это и не принципиально. Сергей Довлатов и Илья Ильф и Евгений Петров записывали свои мысли вообще на клочках бумаги по мере поступления мыслей в ГМ. Не нужно «запираться в уединённой башне из слоновой кости», чтобы записать свои мысли. Однако, если у вас будет конкретное место, где вы будете вести личный дневник, это поспособствует созданию более хороших интроспективных заметок и скроет записи от посторонних глаз. Не забывайте вышесказанное, что самый страшный враг – это лучший друг или поверенный. Пусть это будет Ваш рабочий кабинет, где уютно, где есть вещи, которые вас вдохновляют, где вы можете их видеть, трогать или ощущать запахи: цветы, сентиментальные фото, памятные вещи или приятные напитки - все на Ваш выбор.

6. Оставьте место в дневнике для содержания или дат описываемых событий. Когда начинаете новую тетрадь, то пропустите первые две-три страницы. При заполнении всего блокнота (обычно за год), какое-то время выжидайте, а затем перечитывайте его. Перечитывая, выделите именно те заметки или мысли, которые я считаете важными, отмечая номера страниц или дату написания, а затем поместите это в самое начало дневника. Так постепенно складывается содержание, благодаря которому так легко можно найти важные записи. Это очень помогает при появлении трудностей. Можно посмотреть, как в прошлом решались Вами подобные непреодолимые проблемы. При этом у экспертов нет единого мнения, необходимо в дневнике оглавление или нет. «Кому-то нравится наличие структуры, кому-то - нет, - говорит Пеннебейкер. - Кому-то нравится перечитывать написанное, кому-то - нет». Суть в том, чтобы найти тот способ, который будет работать именно для вас оптимальным образом. У Пёрселл другая точка зрения: «Мне нравится эта идея. Конечно, некоторые части дневника будут казаться более актуальными для вашей жизни в целом. И быстрый доступ к этим заметкам будет полезен, особенно в запутанные или стрессовые моменты жизни. Замечательно, что появится возможность легко напомнить себе, как Вы справлялись с кажущимися безвыходными ситуациями в прошлом.

7. Держите дневник подальше от посторонних глаз. Найдите надёжное и безопасное место для вашего дневника. Для того чтобы это занятие было

действительно эффективным, Вы должны чувствовать себя максимально свободным и записывать вещи, которые не можете рассказать даже лучшему другу. Личный дневник - это не письмо другому человеку. Это не документ, по которому другие должны судить о Вас. Хотите написать книгу? Хорошо. Пишите книгу. Учтите, что дневник - это только для Вас одного. Если написанное Вами может задеть чувства других или нанести вред вашей репутации, уничтожьте дневник или спрячьте в безопасном месте. Всегда помните, что вы пишете только для себя. Итак, теперь вооружившись этими азами процесса ведения личного дневника – вперед, в путь к новой жизни личной и в социуме!

Вернемся еще очень конспективно к одному важному вопросу процесса обучения в 21 веке. Как чтение может улучшить работу ГМ, повысить Ваш социальный статус и увеличить продолжительность вашей жизни? Согласно новым исследованиям, чтение художественной литературы может увеличить продолжительность жизни на десятилетия, при этом чем больше времени вы проводите за чтением, тем лучше для Вас. Чтение художественной литературы - не просто популярная и увлекательная форма досуга. Учёные-медики давно сообщают о его положительном влиянии на состояние физического здоровья. Например, исследование, опубликованное в Medical News Today, показало, что эффект от чтения художественной литературы похож на действие тренажёров или авиасимуляторов. Но если пилотов обучают правильным действиям в экстремальных ситуациях, то книги помогают человеку в любом возрасте в спокойном состоянии развивать воображение, память, эмоциональную сферу, социальные навыки и эмпатию, чувственность и тонкость натуры. Помимо поддержания здоровья ГМ, чтение увеличивает и продолжительность жизни: когда ГМ работает – он лучше кровоснабжается (С.В. Савельев, 2020).

Так, команда учёных проанализировала данные продолжительности жизни 3635 мужчин и женщин, участников общенационального исследования "Здоровье и пенсия", что проводилось в США с 1990 года среди жителей старше 50 лет. Изучался досуг и привычки, в том числе и читательские предпочтения. Временной период выборки составил 12 лет. По сравнению с нечитающими лицам, люди, которые проводили с книгой в руках по 3,5 часа в неделю, имели на 17% более высокую выживаемость за все время наблюдения, а читающие более 3,5 часов в неделю - на 23%. В целом же продолжительность жизни активных читателей была на 2 года больше, чем у не читающих лиц. Авторы данного исследования констатировали тот факт, что чтение художественной литературы, как форма досуга, чаще выбирается женщинами, людьми с высшим образованием и более высокими доходами. Те, кто предпочёл книгам журналы и газеты, также показали увеличение выживаемости по сравнению с теми, кто не читал совсем или очень редко, однако, разница в продолжительности жизни между этими группами была намного меньше. При исследовании учитывался пол, возраст, уровень благосостояния, образования, состояние здоровья и наличие сопутствующих заболеваний и семейное положение. Исследование не позволило выяснить

четкий механизм, с помощью которого чтение художественной литературы увеличивает продолжительность жизни, но можно предположить, что это это связано с полезным действием чтения на функцию ГМ: процесс чтения улучшает связь между его клетками.

Итак, рукописание и чтение книг очень благоприятно влияют на функцию ГМ. Таким образом, запись лекций, конспектов практических занятий и даже шпаргалок перед экзаменами, а также ведение личного дневника крайне полезны, а планшеты – крайне вредны. Резюмируем вышесказанное в виде короткого сленга-гимна грамотности и обучаемости, а следовательно – прогрессу и развитию мышления и самоосознания себя, как полноценной личности:

Если Вы не пишите лекции или шпаргалки,
То ведите хотя бы личный дневник.
И если даже не для учебы, а для работы головного мозга,
Чтобы дольше смогли Вы прожить!!!
Если Вам, конечно, все это нужно
И Вы не хотите себя в этом мире потерять и забыть.

Список литературы

1. Морфология сознания. в 2 т. - М.: ВЕДИ, 2018. - Т. 1. - 208 с.
2. Изменчивость и гениальность. 3-е изд., стер. - М.: ВЕДИ, 2018. - 144 с.
3. Церебральный сортинг. 2-е изд., испр. и доп. - М.: ВЕДИ, 2018. - 256 с.
4. Нищета мозга. 2-е изд., доп. - М.: ВЕДИ, 2016. - 200 с.
5. Возникновение мозга человека. - М.: ВЕДИ, 2010. - 324 с.
6. Эмбриональная патология нервной системы. - М.: ВЕДИ, 2007. - 216 с.
7. Внутриутробное развитие человека: Руководство для врачей. Под ред. А.П. Милованова, С.В. Савельева. - М.: МВД, 2006. - 384 с.
8. Атлас мозга человека. - М.: ВЕДИ, 2005. - 400 с.
9. Происхождение мозга. - М.: ВЕДИ, 2005. - 368 с.
10. Стереоскопический атлас мозга человека. - М.: «AREA XVII», 1996. - 352 с.

К ВОПРОСУ О БЛАГОПРИЯТНОМ ВЛИЯНИИ ПИСЬМА ОТ РУКИ И КАЛЛИГРАФИИ НА РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПЛАНШЕТОВ И ГАДЖЕТОВ

Малеев Юрий Валентинович, Шепелева Наталия Геннадьевна, Татаринова Ирина Вячеславовна, Костенко Ольга Владимировна, Левченко Ирина Павловна, Чернова Ольга Александровна, Суркова Марина Викторовна, Звягина Ольга Геннадьевна, Лепская Зоя Егоровна, Сажин Борис Петрович, Федянина Надежда Ивановна, Колтунова Светлана Николаевна, Артемова Алла Алексеевна, Пополитова Ольга Анатольевна, Шестакова Ольга Васильевна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели
Бахтин Д.А., Неровный А.И., Ульянова О.В.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, преподаватели

В свое время правительство Финляндии приняло проект, что к концу 2016 года в финских школах не будет проводиться обучение по рукописному письму: «Мы отказываемся только от письма, в котором все буквы в словах соединяются между собой и переходим к буквам, максимально приближенным к печатным, поскольку их писать значительно проще. Одновременно больше будет уделяться внимания урокам печати на компьютере». Вместо того, чтобы долгими упорными часами добиваться идеальной связи букв между собой, школьники будут учиться печатать, используя планшеты: «Система образования должна идти в ногу с техническим прогрессом» (министр образования Финляндии Минна Харманен (Minna Harmanen), из интервью финской газеты Savon Sanomat). Но зададимся вопросом: верно ли такое решение и что оно за собою несет? Если подумать о том, что сейчас мы гораздо чаще используем клавиатуру, чем тетрадь и ручку, то на первый взгляд кажется, что да. Однако нейробиологи и психотерапевты предостерегают финское руководство, что не следует заходить слишком далеко и столь категорично скоропалительно отказываться от рукописи. Процесс письма от руки обладает сильным положительным воздействием на развитие структур головного мозга (ГМ) и межнейронных связей, а полный отказ от письменности не идет людям на пользу. Письмо с использованием ручки помогает развивать не только пальцы, но и стимулирует мышление - утверждает профессор Вирджиния Бернингер (Virginia Berninger) из Вашингтонского университета, которая обнаружила при использовании функциональной магниторезонансной томографии (МРТ) следующее: письмо от руки сильнее активизирует именно те зоны коры ГМ, отвечающие за память и усвоение новой информации, что следует из работ детей. Исследовательница попросила учеников второго, четвертого и шестого классов начальной школы написать короткие сочинения от руки или на компьютере, а потом проанализировала получившиеся в итоге тексты. Оказалось, что работы, написанные ручкой, отличались более богатой фантазией и лексическим разнообразием и содержанием. Как полагает профессор Бернингер, так происходит потому, что в процессе письма головной мозг работает гораздо активнее. Кроме того, рукописное письмо на лекции отлично развивает память. Оно помогает запомнить содержание лекций, а процесс подготовки шпаргалок - отличный метод подготовки к контрольной работе, что известно каждому школьнику и студенту. Информация, которую мы фиксируем при помощи клавиатуры, быстрее стирается из памяти, чем та, которую мы записали письменно. Эксперимент, проведенный на американских студентах психологами Пэм Мюллером (Pam Mueller) - из Принстонского университета и Дэниел Оппенгеймером (Daniel Oppenheimer) - из Калифорнийского университета - заключался в следующем. Они попросили участников прослушать лекцию и записать ее содержание именно в том виде, как им наиболее было бы удобнее (примерно 50% американских студентов выполняют конспекты на компьютере). Потом все записи проанализировали и проверили, что осталось у студентов в памяти. Оказалось, что конспекты, сделанные при помощи компьютера, были более подробными, чем

написанные от руки. Но, что оказалось характерным и любопытным: студенты, которые писали ручкой, могли легче восстановить основную мысль лекции и следующие из нее выводы. Студенты с ноутбуками и планшетами, несмотря на свои подробные записи, запомнили информации значительно меньше. «Взятые для сравнения две контрольные группы показали разный результат: те, кто писали от руки, зафиксировали самый важный по своей сути материал, им пришлось осмыслять услышанное и анализировать информацию по ходу ее получения. Благодаря этому она сильнее отпечаталась в их памяти», - пишут эти ученые на страницах издания Psychological Science.

В свою очередь, владельцы ноутбуков чаще записывали лекционный материал тщательно - слово в слово. Однако подобное бездумное копирование отнюдь не развивает память, а скорее приводит к появлению болей в запястьях. Уроки каллиграфии у детей, которые только начинают учиться, рукописное письмо в первую очередь стимулирует развитие участков ГМ, отвечающих за распознавание букв и соединение их в слова. Это доказали ученые из университетов Ставангера и Марселя, работавшие под руководством Анне Манген (Anne Mangen). Используя функциональную МРТ, они наблюдали, как работает ГМ, когда человек пишет заметки на бумаге или печатает их при помощи компьютера. У людей, которые пользовались ручкой, гораздо интенсивнее работали именно те участки ГМ, которые связаны с сенсомоторными функциями, то есть интерпретацией осязательных ощущений. Одновременно заметно активизировался так называемый центр Брока, отвечающий за формирование речи, а также соединение букв в слова, то есть способность читать и писать. У людей, которые печатали на клавиатуре, центр Брока активизировался гораздо слабее. По мнению ученых, это означает, что письмо от руки гораздо больше способствует созданию сети тех нейронных связей, помогающих учить буквы и бегло читать. Насколько важна роль сенсомоторики в активизации участков ГМ, отвечающих за освоение чтения и письма, показал еще один эксперимент, проведенный на взрослых людях. Его участников попросили за шесть недель выучить искусственный алфавит, состоящий из 20 не существующих в реальности букв. Одни участники исследования учились писать буквы от руки, а другие - на компьютере. Потом ученые проверили результаты их работы. Оказалось, что те, кто писал ручкой, запоминали алфавит лучше, чем те, кто перепечатывал его на компьютере. Более того, исследование функциональных особенностей их ГМ при помощи функциональной МРТ достаточно четко показало, что у людей, которые писали ручкой, активизировался центр Брока, а у тех, кто пользовался компьютером, активность этого чрезвычайно важного участка ГМ вообще не отмечалась. Это значит, что чем сильнее мы стимулируем те участки ГМ, которые связаны с осязательными ощущениями, тем проще мы научимся читать и писать. «Сенсомоторные упражнения используются сейчас в первую очередь при обучении письму дисграфиков и детей из специальных школ, но наши исследования демонстрируют, что такая тренировка должна стать неотъемлемой частью процесса обучения исключительно для всех детей и взрослых», – говорит Анне Манген.

Переход на клавиатуру. Все это, конечно, не означает, что детей не следует учить печатать на клавиатуре. Совсем наоборот! Учиться этому нужно, так как по наблюдениям Энн Трубек (Anne Trubek) из Оберлинского колледжа, дети, которые учатся печати самостоятельно, печатают быстро, но делают это двумя пальцами (американцы называют такой метод «hunt-and-peck»): чтобы найти необходимую букву, им приходится постоянно смотреть на клавиатуру. Гораздо лучше печатать, не следя постоянно за клавиатурой, а используя давно известный метода «слепой» десятипальцевой печати. При этом руки располагаются на клавиатуре таким образом, что для ориентации используются выпуклые элементы на клавишах F и J. Когда мы печатаем свободно, мы можем сосредоточиться не на поиске букв, а на записываемых мыслях. Именно такая печать – пример приобретенного автоматизма, то есть умения ГМ следить за каким-то действием, не думая о нем. Это можно сравнить с ходьбой: чтобы, не падая, двигаться вперед, мы не обдумываем, как сделать очередной шаг. То же самое и со слепой печатью. Заодно данный метод больше всего напоминает письмо от руки, поскольку задействует именно те участки ГМ, которые ответственны за тактильные ощущения. Финны прекрасно обо всем этом знают и в итоге полностью не отказались от рукописного письма. Они просто уверены, что писать печатными буквами школьники научатся быстрее, а благодаря этому у них останется больше времени и на изучение правильной печати на клавиатуре. Чтобы дети продолжали совершенствовать свои мануальные навыки, в школах введут больше творческих уроков: рисование и вырезание из бумаги. Если учитель решит, что детей стоит учить каллиграфическому письму, он сможет это делать, запрет на него финские школы не вводят. Самое важное – не смешивать во время обучения два вида письма: печатными буквами и прописью, потому что результаты в подобном случае, как утверждает профессор Монреальского университета Изабелль Монтезино-Геле (Isabelle Montésinos-Gelet), будут плохими. Исследовательница много лет подряд вела наблюдения за канадскими детьми, которые из поколения в поколение учатся не так, как европейские. Так, в первом классе они изучают печатные буквы, а только во втором – прописные. Часто они начинают в этом путаться, и второклассники начинают писать дома печатными буквами. При изучении двух видов письма ГМ медленно формирует автоматизм движений, который позволяет не думать о процессе производимых действий. Изучение только одного вида письма позволяет гораздо быстрее преодолеть тот невидимый барьер, за которым умение писать становится естественным. Так что рецепт прост: обучая детей пользоваться клавиатурой, ни в коем случае нельзя пренебрегать письмом от руки. Не только потому, что оно нужно для развивающегося ГМ, но и потому, что это одна из тех немногих вещей, которая делает каждого человека уникальным и единственным в своем роде. В мире не существует двух человек с идентичным почерком. Это доказал Саргур Срихари (Sargur Srihari) из Университета штата Нью-Йорк в Буффало, который при помощи компьютера проанализировал почерк 1500 человек. Изучив 11 параметров, включавших в себя размер и наклон букв, он сделал однозначный вывод, что найти даже

отдельные буквы, которые два разных человека напишут совершенно одинаково, совершенно невозможно. Не имеет значения, учился ли кто-то каллиграфии или это искусство ему незнакомо: у каждого вырабатывался свой собственный почерк.

Так все-таки, каким образом письмо от руки влияет на развитие ГМ? В цифровую эпоху кажется, что куда важнее умение быстро печатать на клавиатуре, чем выводить буквы каллиграфическим почерком на бумаге. Писем от руки люди практически не пишут, в школах дети страшно мучаются, когда от них требуют что-то записывать, никто не ведет личных дневников. Так зачем нам уделять столько внимания навыкам письма у ребенка, если оно ему не пригодится в будущем? Однако ученые предупреждают нас о слишком поспешных выводах по данному принципиальному вопросу. Почерк – это несколько больше, чем умение писать на бумаге. Он оказывает непосредственное влияние на ГМ, стимулирует мышление и память.

Влияние почерка на работу ГМ. Д-р Кристиан Марквардт, являющийся экспертом в области обучения письму от руки и занимающийся исследованием двигательных (моторных) основ процесса письма, получил докторскую степень на факультете медицинской психологии в университете Мюнхена по теме «Кинематический анализ двигательных процессов**».** С 1990 года он одновременно является и членом исследовательской группы в области клинической нейропсихологии в клинике Богенхаузен (Klinikum München-Bogenhausen) в Мюнхене. Вместе со своей командой доктор Марквардт разработал специальную компьютерную программу «CSWin» «SchreibCoach», анализирующую моторику в процессе письма. В 2003 году он создал фирму «Science and Motion» («Наука и Движение»), занимающуюся анализом двигательных процессов в спорте. Доктор Марквардт также является научным советником-консультантом в Институте Графомоторики в г. Херольдсберг, в котором занимаются повышением профессионального уровня учителей.

Кристиан Марквардт: процесс письма от руки является культурным достоянием всего человечества и имеет свои давние традиции. Кроме того, оно играет важную роль в процессе обучения человека чтению и письму. Когда человек пишет от руки, то не только возрастает способность его ГМ запомнить написанное, но и повышается уровень представления и понимания того, о чем он пишет. При этом также развиваются творческие способности человека, ибо процесс письма от руки активизирует мозговые функции гораздо сильнее, по сравнению с вводом текста на клавиатуре смартфона, планшета или компьютера. Тем не менее, необходимо дать точное определение, что такое письмо: ведь почерк человека и «латинский» стандарт чистописания (куда входят собственно печатные буквы и латинский шрифт) не одно и то же.

Вначале ребенок изучает печатные буквы и, таким образом, он узнает графическую «конструкцию» буквы. После того, как печатные буквы освоены, ребенок начинает изучать непосредственно стиль письма, то есть письменный шрифт, который, по эстетическим причинам, стилизован по сравнению с печатным шрифтом – буквы письменного шрифта имеют более красивую и даже немного вычурную форму. Именно этот «латинский» стандарт

чистописания и служит первой ступенькой к конечной цели – выработке индивидуального почерка, притом оптимального с точки зрения движений и прилагаемых усилий в целом. В процессе выработки индивидуального почерка каждый ребенок так или иначе подстраивается и облегчает весь процесс для себя, упрощая форму букв, изменяя угол их наклона или чаще делая разрывы между ними. При этом любой стиль приемлем, если почерк ребенка быстрый, плавный и разборчивый. Какое же значение имеет выработка правильного почерка для общего развития ГМ и моторных навыков? Настоящее развитие моторики начинается тогда, когда ребенку приходится писать быстро – все, что замедляет скорость, сразу же «выбрасывается за борт». Если в процессе диктанта ребенок не успевает записывать за учителем, значит, необходимо сразу же принимать меры.

Следует учитывать тот неоспоримый факт, что если учить ребенка писать только печатные буквы, то это равносильно вбиванию в его ГМ каких-то определенных константных постулатов – по принципу отдавания четких приказов в армии; а если пишутся буквы, связанные между собой – это развитие у обучаемого человека процесса установления причинно-следственных связей на основе моторики письма.

Следует знать, что люди, которые хорошо устанавливают причинно-следственные связи – четко анализируют ситуации, возникающие с ними в процессе общения с окружающими их людьми, более коммуникабельны, эмпатичны и успешны. Лица, пишущие красиво от руки прописью – у них лучше развито критическое мышление. И очень интересен тот факт, как мы предполагаем, что люди, которые много пишут и особенно – ведут личный дневник – у них очень развито чувство эмпатии.

В образовательном процессе школ Финляндии пошли другим путем – учат писать печатными буквами, а каждый школьник затем пишет так, как ему заблагорассудится. Но сможет ли ребенок самостоятельно выработать правильный почерк, когда он научился писать лишь печатными буквами – более чем сомнительно. Какие же процессы протекают в ГМ человека, когда он пишет именно рукой? Есть сравнительные исследования, проведенные среди студентов, которые во время лекции выполняли записи в ноутбуке, и теми, кто записывал все от руки. Результаты наглядно показали: кто писал от руки, лучше запоминали, а главное – лучше обрабатывали полученную информацию, а кто делал записи в ноутбуке - значительно хуже запоминали и воспроизводили содержание лекционного материала. В ГМ студентов, записывавших лекцию от руки, поступали сенсорные сигналы многих типов (модальностей). Исходя из этого, совершенно очевидно, что навыки письма от руки оказали положительное влияние на общий уровень когнитивного развития ребенка, то есть развития у него всех видов мыслительных процессов: восприятие, память, формирование понятий, решение задач, воображение и логика. Ведь у пишущих от руки в большем объеме задействованы смежные функции – сила воображения, креативность, правописание, резервные возможности памяти. Что же касается людей, только умеющих вводить текст с клавиатуры, но при этом совсем не пишущих от руки

– то тестирование таких людей на практике следует обязательно проводить. Мы живем в сложном обществе потребления и достижений, в котором положение, авторитет и успех индивидуума зависят, прежде всего, от его личных достижений. Многозадачность ГМ, обеспечивающая человеку возможность выполнения нескольких задач одновременно, зачастую кажется последней спасительной соломинкой для возрастающих коммуникационных потребностей такого общества в современную цифровую эпоху. Но вредит ли это человеческому интеллекту и работе ГМ? Нет, сами по себе цифровые средства массовой информации, как таковые, не могут оглуплять людей. Трудности возникают лишь тогда, когда современные технологии начинают виртуально заменять человеку полноценную жизнь, со всеми ее физическими чувствами и сенсорными переживаниями. Например, если вы просто смотрите фильм про Африку на DVD, то это нечто совершенно другое по сравнению с тем, как если бы Вы на самом деле были там. Когда же использование цифровых технологий сужается лишь до простого информирования, в котором напрочь отсутствует личное восприятие и сопереживание живого человека, то это уже оказывает серьезное влияние на нашу жизнь.

В начале мы должны постичь и усвоить все, что делает нас людьми, прежде чем впустить цифровые технологии в нашу повседневную жизнь настолько широко, что значимость нашего личного присутствия отодвинется на второй план, и оно будет сводиться только к тому, что мы будем просто вводить данные в машины, ставить им задачи для последующего выполнения.

Человечество изобрело письменность много веков назад. Является ли отказ от письма от руки одновременным отказом и от одной из форм самовыражения человека? Ведь процесс письма можно приравнять к искусству. Поскольку мы можем выразить свои чувства через почерк, то в нем закрепляются индивидуальные особенности каждого человека, что имеет огромное значение. Это приводит к тому, что рассказ, написанный от руки, может оказаться более креативным, более творчески раскрытым и эмоционально насыщенным, чем рассказ, напечатанный на клавиатуре, поскольку человек, пишущий от руки, полнее и глубже поглощен мыслительным процессом. В процессе письма многие области ГМ активизируются одновременно, ведь внутренний механизм, с помощью которого ГМ обрабатывает написанное от руки, отличается от механизма простого ввода информации на компьютере. Но и печатать тоже можно эмоционально, особенно если автор злится и в ярости буквально колотит по клавиатуре. Если вы вводите текст на клавиатуре, то специальные растровые шрифты, используемые на экране компьютера, не могут передать ваше волнение или эмоции. Однако при письме от руки, если ваш почерк стал выглядеть более экспрессивно, чем обычно, то это некоторым образом похоже на то, как меняется речь при волнении. Поэтому нельзя недооценивать подобные социально-психологические аспекты. Многие учащиеся с удовольствием экспериментируют, пробуя изменить свой почерк. А есть ли на самом деле люди, которые не испытывают такой потребности?

На занятиях по развитию навыков мелкой моторики дети и младшие школьники проверяют опытным путем, какой именно почерк подходит им лучше всего. У тех детей, которые не экспериментируют со своим почерком, наблюдается одна проблема: у них не вырабатывается правильный почерк, и это приводит к нарушению всего процесса обучения письму. В Германии 30% школьников и 10 - 12% школьниц имеют определенные проблемы при выработке почерка: в их случаях занятия по письму не привели, к сожалению, к положительным результатам. Приведенные выше цифры кажутся чересчур большими. Почему же ситуация у мальчиков еще хуже, чем у девочек?

Если учащийся в целом не проявляет интереса к выработке хорошего почерка и не экспериментирует, то и положительные результаты в учебе даются ему с трудом. Девочки, как правило, проявляют большой интерес к такому виду общения, как письмо и они более усидчивы. Мальчики к нему более равнодушны и гораздо охотнее переписываются при помощи компьютера.

Пишите красиво. Какая связь между каллиграфией и интеллектом? Древний вид искусства поможет современному человеку развить свои способности. Хотя бы раз в жизни каждый из нас слышал слово "каллиграфия", которое вызывает ассоциации с витиеватыми буквами, пером и тушью. Оно перешло в русский язык из греческого, где было составлено из элементов "каллос" – "красота" и "графо" – "писать". Каллиграфическое письмо действительно очень красиво – одинаковый размер букв, равномерность их наклона и расположения, схожий размер пробелов, общая четкость и разборчивость слов и знаков препинания. Однако красивый почерк – всего лишь приятный бонус к главным достоинствам каллиграфии. Крупный российский ученый, доктор биологических наук, профессор, специалист по морфологии и эволюции ЦНС и ГМ с 30-летним стажем С.В. Савельев утверждает, что в результате занятий каллиграфией формируются и развиваются нейронные связи ГМ, которые не формируются ни при одном ином виде деятельности, даже при игре в шахматы. Особую значимость этого занятия профессор отмечает для детей, подростков и обучающегося контингента лиц. Для подрастающего организма очень важна среда, в которой это происходит. Каллиграфия есть тот самый редкий случай "обогащенной среды", в которой связаны работа сознания, мелкой моторики, прогнозирования результата, личной и языковой памяти. Потому ее и можно рассматривать как инструмент воспитания и развития личности. Заниматься каллиграфией непросто, занятия требуют дисциплинированности, усидчивости, концентрации внимания. Но результат то того стоит! С.В. Савельев говорит: "У детей занятия каллиграфией влияют на скорость созревания нейронов и их специализацию. Когда они учатся, как раз идет активный нейрогенез. Работает это так: возникает нагрузка на области ГМ, увеличивается кровоток, и либо восстановление идет быстрее, либо нейроны дифференцируются активно в тех областях, которые задействованы. Дети, которые все время увлечены компьютером, так и останутся на минимуме нейрональной дифференцировки, а последствия от этого очень печальные".

Исследования последних лет упорно свидетельствуют о том, что каллиграфия – великолепный инструмент не только развития ГМ человека, но и излечения от ряда болезней. Доктор психологии, профессор Генри Као утверждает, что пациент, практикующий занятия каллиграфическим письмом, испытывает расслабление и эмоциональное спокойствие, которые выражаются в равномерном дыхании, замедлении пульса, снижении артериального давления и уменьшении мышечного напряжения. Как следствие, регулярные занятия каллиграфией помогают справляться с такими недугами, как гипертония, диабет, неврозы, депрессии и другими. По этим же причинам занятия каллиграфией с уверенностью можно назвать хорошей профилактикой деменции. Вместе с тем каллиграфия - это еще и вид изобразительного искусства, где имеют значения не только буквы и их начертание, но и все детали – перо, кисти, фактура бумаги. Мы начинаем творить и, погружаясь в процесс, "вытаскиваем" из себя свой творческий потенциал. Особенно это важно для ребенка, который только ищет свой путь. Может быть, по этой причине каллиграфии учили в советских школах на уроках чистописания, и это был единственный школьный предмет, унаследованный от времен дореволюционной России. В современной отечественной школе каллиграфии не учат, несмотря на насущную необходимость. А вот в Японии, Китае, США и ряде других стран эту идею успешно реализуют в образовательных учреждениях, развивая интеллект подрастающего поколения. Однако и в нашей стране постепенно начали понимать важность этого дела. И сегодня оно развивается рядом организаций. Например, в Барнауле в Школе этико-эстетического воспитания появилось новое направление – каллиграфия. Дети и взрослые уже попробовали себя в искусстве каллиграфии при проведении творческой мастерской; полный курс каллиграфии из 17 занятий – это оптимальное количество уроков для достижения ощутимых результатов. Написание текстов, особенно от руки, улучшает работу мозга, прокачивает интеллект и память, помогает решать проблемы и находить новые идеи. Почему письмо так полезно и как получить все эти преимущества, обсуждено в этой статье.

Написание пером требует больше усидчивости, энергии, мелкой моторики и вкладываемых эмоциональных усилий. А человеку всегда дорог именно тот объект, куда он больше всего вкладывает своей энергии (Я это люблю и ценю – это дорого мне досталось). Следовательно, писание пером, а не шариковой ручкой – еще более развивает интеллект и развитие ГМ. Отсюда вывод: модернизация рукописи от стадий «перо – шариковая ручка – клавиатура» ведет к деградации, а не к прогрессу и совершенству работы ГМ. Такой вот получается парадокс.

Что вы ощущаете после того, как потратили пару часов на написание текста, статьи, новой главы? Если вы чувствуете себя расслабленным, наполненным энергией или даже более вдохновлённым, чем вначале, вы не одиноки. Множество людей утверждают, что письмо влияет на то, как они чувствуют себя, как мыслят и как смотрят на разные вещи.

И правда, написание текстов влияет на ГМ намного больше, чем нам кажется. Письмо значительно улучшает память. У вас когда-нибудь было так, что вы записываете список дел или телефонный номер, а когда нужно позвонить или сделать что-то, оказывается, что вы отлично помните это и нужды в записях нет? Это не случайно. Когда вы записываете что-либо, задействуете группу клеток в височной доле ГМ, известную как ретикулярная активирующая система. В результате ГМ увеличивает концентрацию на записываемой информации. Клише останавливают развитие. Вы когда-нибудь читали текст, почти целиком состоящий из клише? В такие моменты кажется, что ГМ совсем отключается. Что же, в этом есть доля правды. Чтение и написание клише уменьшают возможности ГМ, исключая стимуляцию визуальными элементами и метафорами. Так что следует стараться избегать клише в процессе письма.

Таким образом, мы вполне аргументированно доказали благоприятное влияние письма от руки и каллиграфии на развитие ГМ и отрицательное действие компьютера с клавиатурой, планшетов и гаджетов, несмотря на то, что мы живем в 21 веке всеобщей цифровизации и от этого никуда не денешься.

Список литературы

1. Морфология сознания. в 2 т. - М.: ВЕДИ, 2018. - Т. 1. - 208 с.
2. Изменчивость и гениальность. 3-е изд., стер. - М.: ВЕДИ, 2018. - 144 с.
3. Церебральный сортинг. 2-е изд., испр. и доп. - М.: ВЕДИ, 2018. - 256 с.
4. Нищета мозга. 2-е изд., доп. - М.: ВЕДИ, 2016. - 200 с.
5. Возникновение мозга человека. - М.: ВЕДИ, 2010. - 324 с.
6. Эмбриональная патология нервной системы. - М.: ВЕДИ, 2007. - 216 с.
7. Внутриутробное развитие человека: Руководство для врачей. Под ред. А.П. Милованова, С.В. Савельева. - М.: МВД, 2006. - 384 с.
8. Атлас мозга человека. - М.: ВЕДИ, 2005. - 400 с.
9. Происхождение мозга. - М.: ВЕДИ, 2005. - 368 с.
10. Стереоскопический атлас мозга человека. - М.: «AREA XVII», 1996. - 352 с.

К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПЕДАГОГИКИ В ЦЕЛОМ

Малеев Юрий Валентинович, Шепелева Наталия Геннадьевна, Татаринова Ирина Вячеславовна, Костенко Ольга Владимировна, Артемова Алла Алексеевна, Суркова Марина Викторовна, Колтунова Светлана Николаевна, Левченко Ирина Павловна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели
Неровный А.И., Ульянова О.В., Бахтин Д.А.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, преподаватели
Паршутина Е.Г., *Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города Москвы "Школа № 2036", учитель*

Каждое государство заинтересовано в повышении качества образования, ибо его высокопрофессиональные и квалифицированные грамотные граждане – это в первую очередь эффективный рабочий капитал страны.

Учителя, педагоги высшей и средней школы, врачи и ученые – это прогрессоры, пособники движения цивилизации и всего общества к прогрессу, к совершенству. Была разработана отличная система образования при СССР, основные принципы которой используются сейчас в прогрессивных странах мира и к наработкам которой рано или поздно полностью вернемся и мы.

Итак, каковы же основные шаги по оптимизации системы среднего и высшего медицинского образования и педагогики в России в целом?

1. Постоянное повышение творческой мотивации педагогов.

Считается, что человек рождается два раза, ибо второе рождение и есть выбор профессии. Становление человека как профессионала - очень сложный и индивидуальный процесс. Формирование готовности человека к вхождению в новое качество специалиста, профессионала - уходит корнями в его детство, отрочество и юность. Человеку необходимо постоянно работать, человек рождается, чтобы работать, а очень большое счастье - найти в жизни свое призвание. Труд - необходимая основа жизни и развития человека и общества, когда формируются его физические и психические качества: трудолюбие, самостоятельность, инициатива, выносливость, работоспособность, сила воли, творчество, честь и достоинство. Труд служит в первую очередь средством самовыражения и самоутверждения личности. Результаты труда приносят человеку ощущение удовлетворенности, уважение окружающих.

При этом умственная и физическая деятельность людей - виды активности, результаты которых наряду с познанием, общением направлены на создание материальных и духовных ценностей, крайне необходимых для жизни. Профессия - это своеобразная социальная характеристика человека, указывающая на его принадлежность к определенной категории людей, занимающихся одинаковым видом трудовой деятельности. Термин «профессия» происходит от латинского корня, означающего: говорить, объявлять, заявлять. Отсюда кстати происходит и слово «профессор».

В России в сфере высшего и среднего медицинского образования работают высокомотивированные, самоактуализирующиеся личности, которые делают свое дело хорошо не за карьеру, зарплату и не из страха наказания, а потому, что им это интересно, и они глубоко убеждены, что это крайне важно и нужно. Как же повысить рабочую и творческую мотивацию этих людей максимально? Ими надо восхищаться, чтобы они были благодарны системе, которой они служат. Обостренное чувство справедливости, обычно присущее самомотивированным людям, в данном случае сделает свое положительное дело – они будут самоотверженно служить государству и министерству.

Показателем социального статуса человека в обществе и индикатором меры оценки обществом ценности его труда и заслуг является его зарплата (материальный доход). Надо, чтобы у профессоров и доцентов, преподавателей медицинских колледжей с более высокой категорией

зарплаты были на должном уровне, не ниже уровня заработка среднего класса. Во-первых, это несказанно повысит статус педагога в глазах общественности. Во-вторых, это материально замотивирует педагогов к более лучшему, качественному и творческому труду, к постоянному повышению своего профессионального уровня. При этом очень важно довести ситуацию именно до апогея. Подобная рациональная ситуация введет разум человека в состояние постоянного саморазвития и самоаффекта.

2. Высокий уровень материального обеспечения учебного процесса.

Все должно быть в избытке: бумага, учебники, компьютеры, планшеты, гаджеты, компьютерные классы и т.п. Тогда уважающие себя педагоги смогут с полной отдачей служить государству.

При дистанционном обучении (карантин, самоизоляция, болезнь ученика или учителя, которого невозможно заменить) серьезные и важные занятия эффективны при условии строго индивидуального обучения и реализации творческой связки «Учитель - Ученик» в масштабах реального времени личного общения (скайп и т.д.).

3. Неуклонное повышение авторитета педагогов в обществе, в средствах массовой информации.

Реализуя пункт 1, мы реализуем сразу несколько основополагающих позиций. Поскольку материальное благосостояние и богатство является показателем социального статуса человека, состоятельные студенты и педагоги будут между собой практически равны. Именно при таком отношении процесс передачи знаний приобретает максимальную эффективность. Надеюсь не стоит детализировать – почему?

4. Обязательная максимальная ликвидация и недопущение ни в коем случае бюрократизации учебного процесса.

Армейская мудрость: чтобы солдату в голову не приходили дурные мысли, он должен быть постоянно занят; неважно чем, главное – занят. Так вот, чтобы в головы педагогов проникали хорошие и умные мысли, чтобы они могли заниматься самообразованием, дальнейшим ростом своего профессионального и педагогического мастерства, они ни в коем случае не должны быть постоянно заняты какой-нибудь пустой и тупой работой, глупыми отчетами и ведением никому не нужной документации.

Поскольку красить траву, как в армии, в среде преподавателей как-то не принято, к сожалению изобретены аналоги «покраски травы» для преподавателей и профессуры. Аналогом «покраски травы» в учебных заведениях и ВУЗах является порою заполнение бесчисленных и абсолютно никому не нужных бумаг и отчетов. В лучшем случае каждый год меняются формы основных документов, чтобы всю документацию необходимо было переделывать заново (еще и неизвестно – как?). Но педагоги (особенно советской закалки) – люди вредные, упертые и стойкие. Даже в бессмысленном деле они запросто могут найти творческую составляющую. Чтобы исключить эту возможность в документооборот, чиновники ввели элемент авральности: около 33% всех бумаг следует требовать предоставить срочно и «еще вчера».

5. Создание условий высокой мотивации творческого, активного обучения у учащихся.

Необходимо сформировать у них потребность учиться и познавать на таком же высоком уровне, как и потребность гулять, отдыхать и размножаться (для половозрелых лиц – магистратура, бакалавриат, аспирантура, докторантура) (Савельев С.В., 2017). Для улучшения качества образования излишняя либерализация учебного процесса должна быть заменена на строгую дисциплину. Обучение человека чему-то новому в большинстве случаев вызывает сопротивление со стороны головного мозга (ГМ) и это вполне физиологичный процесс (Савельев С.В., 2020). Поэтому насилие (в плане – заставлять учиться) есть неотъемлемый элемент любого эффективного образовательного процесса. Отсутствие некоторого понукания для учебы резко снижает эффективность обучения.

Итак, необходимо максимально убрать либеризацию учебного процесса (либералы вообще в жизни вредны – это первый путь к анархии, а она уж никак ни мать порядка!). Иначе учащийся просто будет избегать самые сложные, но благодатные знания, идя по пути наименьшего сопротивления. Человек - сам по себе ленив, поэтому юному студенту (Играй гормон!), вырвавшемуся из-под жесткого контроля школы и родителей и не попавшему в другую плотную систему контроля, будет явно не до учебы. Свободное (пусть не de jure, но de facto) посещение лекций, выбор студентами педагогов, неограниченное количество пересдач экзаменов и зачетов, минимальное отчисление (в идеале – вообще избавиться от явления отчисления) студентов - все эти позиции необходимо в обязательном порядке пересмотреть.

Конечно, бросаться в другую крайность («строгая армейская муштра») не стоит, но и излишнюю либеризацию тоже стоит искоренить и не допускать. Оптимальна золотая середина между излишней либеризацией учебного процесса и муштрой (следует использовать старинный принцип педагогики во все времена - «кнута и пряника»).

А вот обилие капустников, КВНов, конкурсов красоты, волонтерское движение – это как раз то, что сжирает и крадет время учащихся. Конечно, это должно иметь место быть для воспитания сострадания и человеческих чувств у обучаемых, но должно проводиться не взамен и не в ущерб учебному процессу.

5. Создание интеллектуальной атмосферы в учебном заведении.

Лекции и семинары – не главное, а главное – это создание некоего образовательного поля. Именно поэтому западные ВУЗы охотятся за нобелевскими лауреатами и известным учеными, готовы платить им высокую зарплату просто за сам факт присутствия, прекрасно понимая, что они – великолепные генераторы идей, объединяющие вокруг себя и воспитывающие гениев. Почему некоторые учёные любят ездить на конференции и симпозиумы (на которых, по правде говоря, больше «тусуются за чашкой чая», чем обсуждают научные проблемы)? Да потому, что они там становятся умнее! Сотня светлых голов в одном месте создает уникальное «поле ума». Попавшие в это поле люди умнеют на глазах и рождают хорошие идеи. Хотя

Н.И. Павлов говорил: «Кто-то в лабораториях наукой занимается, а кто-то по конференциям ездит…». Такой вот научный туризм получается!

Однако данное интеллектуальное поле легко разрушается под действием низкоуровневых вибраций. Достаточно ввести в это поле десяток идиотов и пиши «пропало» – поля больше нет. Если идиотов начинает превалировать, то они уже начинают создавать свое «поле идиотства», в котором даже умные люди значительно глупеют. Тот же принцип, кстати, имеет место быть и в семейном очаге.

Необходимо восстановить заслоны, препятствующие приему в ВУЗы глупых, идиотов, бескультурных, агрессивных и «глубоко блатных» личностей. Для этого необходимо педагогам ВУЗов позволить участвовать в отборе студентов не формально (по результатам ЕГЭ), а сделать хотя бы один какой-то профилирующий, итоговый экзамен или собеседование, сделать прием в ВУЗы небезличным (элементарный фейс-контроль легко выявляет вышеуказанные патологические типы), повысить порог поступления до уровня отличника (для этого надо уменьшить набор студентов). Последний принцип до сих пор соблюдается при поступлении абитуриентов в театральные и литературные учебные заведения.

Чтобы повышение количества обучаемых не потребовало дополнительных бюджетных средств, принятые на учебу внебюджетные студенты по результатам ЕГЭ или аттестата школы должны сами оплачивать свое обучение. При этом необходимо увеличивать количество преподавателей, уменьшить нагрузку для каждого педагога (это поможет реализации пунктов 1 и 3 программы), что как можно больше индивидуализирует сам процесс образования. Увеличение количества студентов, приходящихся на одного педагога, не выгодно еще и потому, что обезличивает учебный процесс, превращая его в потогонный конвейер.

6. «Кадры решают все».

Отдельным вопросом стоит подбор руководящих кадров. На высшие руководящие должности в системе образования необходимо расставить постоянно развивающихся, инициативных людей, строго соответствующих этим должностям, способных нести ответственность за свои решения и каждый день совершать действия, приносящие пользу людям, при любой удобной возможности. Инициативность - это качество характера, появляющееся в постоянном развитии, приобретении умения отстаивать свои интересы. При правильном подборе и расстановке опытных кадров успех системы гарантирован.

Кого же следует назначать на высшие руководящие должности в системе образования? Во-первых, людей, которые пользуются авторитетом и уважением в среде своих коллег. Во-вторых, не «крепких хозяйственников», а мыслителей, которые в состоянии сформировать целостное представление о сложных системах. В-третьих, людей ярких, потрясающе талантливых и достигший многого в науке (патенты, открытия); в этом случае они будут понимать, что целиком и полностью обязаны в карьере своему таланту и не будут искать покровителей и командно-административной, заведомо

коррупционной структуры управления. Будут подбирать кадры подобные себе. Для стабилизации системы образования особенно ценными являются следующие психологические типы: умные, умеренно амбициозные, активные (но не гипер), спокойные, смелые, отстаивающие свою точку зрения и принципы, щедрые на идеи, знания и любовь к людям.

7. Маскировка оптимизации образования перед главными врагами – Европа, Германия и США. Чтобы программа созидания и реинкорнации разрушенного образования не встретила сопротивление общественности Европы и США, ее необходимо замаскировать. Врать надо по-крупному. Социальная психология утверждает: чем чудовищнее обман – тем легче в него поверят. Люди склонны думать, что их могут обмануть плохие люди (враги) исподтишка и по мелочам, но мало кто готов поверить, что их обманывают хорошие люди (свои), в наглую и по-крупному.

Во-первых, в СМИ необходимо создавать непрерывный информационный шум о продолжении модернизации, инновации, болонизации и т.п. Для этого можно успехи отдельных личностей (победы на олимпиадах, конкурсах и т.п.) выдавать за успехи системы в целом.

Во-вторых, необходимо отвлекать внимание общественности на второстепенные вопросы. Для этого периодически следует «типа организовывать бессмысленные реформы»: менять 5-бальную систему оценок на 10- или 20-бальную, менять количество лет обучение то с 4 на 5, то с 5 на 4; сначала вводить, а потом отменять бакалавриат, магистратуру, интернатуру, ординатуру, профильное обучение и т.п.; предлагать сокращать или удлинять (недовольные в любом случае найдутся) летние каникулы и т.п.

При этом необходимо исключить борьбу просветленных и активных педагогов против второстепенных нововведений, что утилизирует и распыляет их энергию в никому не нужных протестах.

8. Организация в процессе работы творческого отношения к труду.

Человек лучше всего усваивает то, чему учит других. Учитель-педагог и Ученик может добиться небывалых успехов лишь при одном условии - когда они к выполняемой работе и учебе относятся как к любимому хобби, творческому увлечению. Фактически в этом случае ГМ будет трудиться круглосуточно и в результате его труда будут возникать небывалые достижения, шедевры и открытия.

Например, со слов Александра Александровича Иностранцева, Д.И. Менделееву во сне явилась периодическая система элементов, хотя сам ученый даже опровергал эту байку в газете "Петербургский листокъ". Понятий «ушел на работу, пришел с работы, когда же этот рабочий день закончится!?» - не должно быть в обществе творчески увлеченных людей вообще. Только увлеченный, одержимый человек и влюбленный в жизнь и людей может оставить после себя достойнейший плодотворный след на Земле.

Приведенный выше алгоритм оптимизации образования должен быть реализован как можно быстрее и рассчитан не более чем на 3 - 7 лет. Иначе до этого срока выпускники ВУЗов сами пойдут преподавать в школы и ВУЗы, писать учебники, возглавлять организации и т.п. В этом случае неизбежная

деградация образовательной системы приобретет уже необратимый и самоподдерживающийся циклический характер по механизму положительной обратной связи и что-либо изменить, к сожалению, уже будет практически невозможно. Вот, собственно, и все. Как видите, для оптимизации системы среднего и высшего медицинского образования и педагогики в целом нет ничего сложного – соблюдение всего лишь 8 основополагающих принципов по подбору кадров и организации учебного процесса в средних и высших учебных заведениях.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРОВ

Малеев Юрий Валентинович, Татаринова Ирина Вячеславовна, Левченко Ирина Павловна, Костенко Ольга Владимировна, Шепелева Наталия Геннадьевна, Колтунова Светлана Николаевна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели
Ульянова О.В., Авилов Г.В., Голованов Д.Н., Ахмедов А.Х., Неровный А.И.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, преподаватели
Паршутина Е.Г., *Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города Москвы "Школа № 2036", учитель*
Паршутина А.А., *ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» Филиал 1, хирургическое отделение, г. Москва, врач-хирург*

Многие факторы риска нарушения питания могут привести к развитию целого ряда патологических состояний, которые могут сопровождаться как изменениями и патологией внутренних органов и внутреннего гомеостаза, проявляться расстройствами настроения, двигательными расстройствами, сексуальной дисфункцией и что особенно опасно - ухудшением когнитивных функций (памяти, мышления, внимания, речи). Постоянный хронический стресс, эндогенные депрессии очень часто являются пусковыми механизмами или поддерживающими факторами в развитии онкозаболеваний, изменяя pH внутреннего гомеостаза тканей и органов в сторону закисления (Отто Генрих Варбург, дважды лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине, 1931 г). При этом очень важно исключить острое или хроническое **воспаление** – первопричину возникновения всех заболеваний, приводящих к снижению иммунитета и резервных возможностей человека, а как следствие - развитию онкологических заболеваний, инсультов или инфарктов. С болезнью нельзя договориться – «подожди до завтра», она напоминает больному о себе ежесекундно, и только лишь от внутренних резервных особенностей пациентов зависит направление развития патофизиологического механизма заболевания. Например, боль любой локализации – это признак ишемии тканей или органов. Отсюда следует и универсальное действие спазмолитиков, расширяющих сосуды (папаверин – 2,0, платифиллин – 1,0, но-шпа – 2,0, атропин (при глаукоме – его применять нельзя) – 0,5 – 1,0 – «литическая смесь»), что улучшает кровоснабжение, разрушает порочную и

очень устойчивую патофизиологическую циклическую связку «боль - спазм сосудов - ишемия тканей и органов». Помимо приема обезболивающих, при острых болях любой локализации следует принимать 2 таблетки но-шпы, а также очень велико значение внутривенных инфузий (принцип – увеличение ОЦК – механическое расширение сосудов – улучшение кровоснабжения и разрыв патологического кольца «боль - спазм сосудов - ишемия тканей и органов, периферический ДВС синдром»).

Итак, что же такое - индивидуально подобранный рацион питания? Начнем с главного. Какую воду мы пьем? Тем более, что организм человека состоит из воды на 60 – 80% (в среднем – 70%). Благодатна вода святых источников. Талая вода горных рек, текущих из снегов и ледников - именно поэтому то, несмотря на хроническую гипоксию, горцы долго живут. Родники, содержащие весь сбалансированный комплекс нутриентов.

В Центрально-Черноземном регионе (ЦЧР) – обязательно обеспечить постановку на употребляемую питьевую воду фильтра трехступенчатой очистки (стаканчик – при этом недостаточен) из-за большого содержания металлов в воде в ЦЧР из-за близости Курской магнитной аномалии (КМА).

В Воронеже пользуется большим спросом продукция фирмы «Водная империя» из-за особенностей технологии ее очистки: общая глубина скважины составляет 135 м, что обеспечивает забор воды из третьего водоносного слоя, гарантируя тем самым отсутствие контакта воды с верхними водоносными слоями. Благодаря такой глубине скважины, артезианская вода «Водная Империя» получила несколько бонусов от природы: во-первых, она насыщена фтором, а во-вторых, защищена природным фильтром – слоем голубой глины. Более того, данная вода проходит через 7-ми ступенчатый комплекс водоподготовки, в процессе которого она насыщается кислородом, очищается от взвешенных и механических частиц и обеззараживается. Примечательно, что «Водная империя» установила первую в Воронеже и седьмую в России бороселективный аппарат, позволяющий отбирать опасные для здоровья соединения.

Минеральная вода ессентуки №4 (лучше) или №17 с щелочной pH (по 300 – 500 мл в день), зеленый чай – жасминовый (5 – 7 чашек в день, без сахара) с молоком «на 2 пальца» – повышающие иммунитет и снижающее воспаление; красная свекла и болгарский перец, щавель, лимон (витамин С); семена льна и льняное масло (биокор - по 1 столовой ложке в день), или оливковое масло (по 1 столовой ложке - в день) и оливки – источники омега–3, мононенасыщенных жирных кислот, сквалена, витаминов Е и К; янтарная кислота (по 1 таблетке – 3 раза день во время еды) или лимонтар; брокколи, шпинат, цветная и брюссельская капуста, морская капуста (содержащее необходимое количество йода), морковь, миндаль – витамин В 17 (3-4 зернышка в день, размоченных в воде); редис и репа, брюква; петрушка, сельдерей, укроп, шпинат; ягоды (абрикос, клюква, клубника, малина, персики, сливы, шиповник-отвар – в термосе); лук (профилактика рака желудка) и чеснок (профилактика рака прямой кишки) (селен); имбирь (в чай); топинамбур (земляная груша), крайне

полезный при сахарном диабете (основное действующее вещество – инулин); изюм, кунжут. При ЖКБ следует употреблять кизил, а также камнелом (Казахстан). При мочекаменной болезни (МКБ) очень полезен народный метод - луковая шелуха. Куркума – мощное противовоспалительное и противоопухолевое действие.

Норма витамина Д для взрослого 50-60 нг/мл, а по старым значениям - 30 нг/мл. Витамин Д можно считать гормоном. Витамин Д желательно принимать с витамином К2, который содержится в твердых и мягких сырах, яйцах, твороге, куриной печени и белом мясе, сливочном масле, квашеной капусте, шпинате. Нередко К2 не назначают, поскольку он сам по себе синтезируется в нашем кишечнике и поступает в организм достаточных количествах извне из продуктов при рациональном сбалансированном питании. Ну а где же содержится сам витамин Д? Яйца, красная икра, топленое масло, печень трески (промороженная, ибо в ней всегда много паразитов), жирная красная рыба, грибы шиитаке, авокадо. Также витамин Д синтезируется организмом под воздействием солнечных лучей. Лучше принимать солнечные ванны с 8 до 10-11 часов и вечером после 16 часов. При этом должно быть минимум одежды, мыться после таких солнечных ванн с мочалкой не стоит, поскольку "впитывание, синтез" витамина Д происходит не сразу, а на протяжении нескольких часов. Каковы же симптомы дефицита витамина Д в организме? Частые простуды, апатия, быстрая утомляемость, депрессия, чрезмерное выпадение волос, боли в костях, суставах, мышцах, остеопороз, медленное заживление ран. Также дефицит витамина Д провоцирует аутоиммунные заболевания, диабет, ожирение, аллергии, формирование камней в почках и желчевыводящих путях, онкологические заболевания, псориаз, эндометриоз, заболевания зубов и костей, сердечно-сосудистые заболевания, различные формы деменции, нарушение памяти, болезнь Альцгеймера.

Исследования отечественных и зарубежных ученых показали, что витамин D3 является адаптивным иммуномодулятором и его дополнительный прием способствует снижению заболеваемости ОРВИ у детей и взрослых. Поэтому не случайны основные вспышки опасных вирусных заболеваний (в том числе и COVID-19) в осенне-зимний и ранний весенний период, когда уровень концентрации этого витамина в организме самый низкий. Любопытен тот факт, что прием витамина D3 снижает риск развития ОРЗ на 22%. Витамин D3 лучше принимать ежедневно, систематически, а не однократно. Как ни парадоксально, но защитный эффект более выражен у людей с исходно низким уровнем витамина D3 в крови (риск заболеваемости ОРЗ снижается на 70%). Витамин D3 положительно влияет на работу легких, способствуя улучшению дыхательной функции. У больных с пневмонией и на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) чаще встречается недостаточность витамина D3.

Почему же витамин D3 так важен для иммунитета? Он способствует выработки внутреннего интерферона, усиливая тем самым врожденный иммунитет. Холекальциферол активизирует антимикробные пептиды, которые очень эффективно нейтрализуют чужеродные патогенные организмы (микробы, бактерии и вирусы), нарушая их клеточные мембраны. Витамин D3

укрепляет клеточный иммунитет. Оптимально-достаточное количество витамина D3 в организме снижает уровень «цитокинового шторма» за счет уменьшения активности провоспалительных цитокинов и увеличения активности противовоспалительных. Нормальное содержание в тканях легких витамина D3 снижает воспалительную реакцию, вызванную вирусами. Помимо этого, он также стимулирует выработку антимикробных белков в слизистых оболочках верхних дыхательных путей.

Учёные США и Канады на большом клиническом материале обнаружили, что у пациентов с коронавирусом с нормальным уровнем витамина D в крови количество тяжёлых случаев и летальных исходов гораздо меньше, нежели у тех, у кого наблюдается его дефицит. Так, результаты исследования специалистов из Медицинской школы Бостонского университета были опубликованы в журнале PLOS One. Учёные проанализировали, как влияет уровень витамина D в крови на тяжесть заболевания и показатель смертности при CoViD-19. Взяв образцы крови у 235 человек при госпитализации с коронавирусной инфекцией, ни определили содержание 25-гидроксивитамина D в сыворотке - маркера уровня витамина D. Наблюдая за пациентами и фиксируя клиническую тяжесть инфекции и исход заболевания, а также тяжёлые симптомы (потеря сознания, затруднённое дыхание, постоянное навязчивое першение в горле, стойкая гипоксия и нехватка воздуха, страх смерти), а также отслеживая воспалительные маркеры крови (С-реактивный белок, количество лимфоцитов) исследователи сравнили все эти параметры у пациентов с дефицитом витамина D и пациентов с достаточным уровнем (не менее 37 нг/мл). Выяснилось, что у больных коронавирусом, у которых достаточно витамина D, риск неблагоприятных клинических исходов, развития тяжёлых осложнений или смерти гораздо ниже. Стоит отметить, что у пациентов старше 40 лет с достаточным уровнем витамина D вероятность смерти от инфекции на 51,5% оказалась ниже, чем у заражённых с его дефицитом. Кроме того, у них был более низкий уровень С-реактивного белка и более высокий лимфоцитов. Причина проста - те люди, у которых уровень витамин Д был в норме (приблизительно 50-60 нг/мл), Ковид протекал в легкой форме. А вот у тех, кто оказался в дефиците (менее 37 нг/мл), были серьезные проблемы.

Мы рекомендуем при отсутствии солнечных инсоляций прием витамина D – в дозе 10 000 МЕ (250 мкг) в сутки в течение 6-ти месяцев или (рыбий жир (витамин D – в темном стекле, а не в капсулах) – 1 чайная ложка в сутки.

Следует отметить, что из растительных белков очень важны чечевица (самая важная), горох зеленый сушеный, горох турецкий (маш, нут). Орехи грецкие, лесные, миндаль, пекан. Сырые семечки. Хлорофилл, спирулина.

Следует из рациона питания исключить свинину. Но при этом можно употреблять курицу, индейку, кролика, баранину романовских пород на экологических кормах (300 грамм в неделю); говядина – не более 200 грамм в неделю. Следует сделать акцент в питании на фрукты и свежую рыбу (кальмары, корюшка, путассу, анчоусы, горбуша, карп, камбала, кефаль, лосось, минтай, палтус, сельдь, скумбрия, тунец, форель, хек) с большим

количеством омега–3 – желательно употреблять ежедневно. Зерновые: гречка (диета Ласкина), пшено, цельный овес. Овощи: тыква, патиссоны, кабачки, хрен, редька (клетчатка улучшает перистальтику после операции). До появления картошки вся Европа ела репу, брюкву – и о раке не слышали. Следует употреблять вареные томаты – особенно при аденоме простаты. Очень полезен темный шоколад с содержанием какао 70% и более – источник K, Mg, Fe, Cu, антиоксидантов. Полноценные белки по аминокислотному составу – бобовые: чечевица (самая важная), горох зеленый, горох турецкий (маш, нут); грецкие орехи, лесные, пекан, сырые семечки, спирулина. Орехи, измельченные в кофемолке, с небольшим количеством морской соли, следует добавлять в салаты, каши, к фруктам, сокам, коктейлям. Фасоль, в которой содержится много белков, калия, магния, фосфора является излюбленной едой многих долгожителей Кавказа и Абхазии. Следует помнить, что калий содержится в изюме, урюке, черносливах, а также в печеном картофеле в кожуре (следует только снять кожицу, а не срезать весь слой). Так необходимый организму селен находится в морепродуктах, мясе курицы. При переломах – следует употреблять творог, холодец из говядины, а также куриные гребешки, ножки, глюконат кальция (1 таблетка – 4 раза в день) с лимоном и медом, обязательно – рыбий жир или витамин Д – вигантол (для взрослых), кальций-Д3 Никомед, а для детей - аквадетрим. Магне В6, мексидол (по 1 таблетке – 3 раза в день) или мексиприм - особенно при выполнении сложной умственной работы.

Очень полезны корень подсолнечника, АСД по схеме - для укрепления иммунитета. При лечении пациентов гинекологических отделений следует помнить, что финики содержат природный окситоксин, способствующий сокращению матки. Очень важно при профилактике развития геморроя после акта дефекации подмываться прохладной водой. Не менее актуальны для здорового питания и при лечении ряда заболеваний использовать проросшие семена пшеницы, гречки и т.д., что благоприятно влияет на микрофлору кишечника (стабилизация пробиоты) - для повышения иммунитета. Можно использовать тест-полоски для определения кислотности слюны и мочи и последующего контроля лечения. При остеохондрозе рекомендуется плавание для укрепления длинных мышц спины – 3 – 4 раза в неделю, а также висение на турнике (плавно сходя с него). Также очень эффективны скипидарные ванны и паравертебральные блокады. При циррозе печени следует использовать гептрал или гепа-Мерц; урсофальк, а затем – расторопша. Препаратом выбора при этом являются капсулы с маслом расторопши, которая усваивается лучше. Ложка молотой гвоздики, принимаемая в течение 28 дней очень улучшает работу пробиоты кишечника, производит защелачивание внутренней среды, а также отлично улучшает перистальтику кишечника. Для повышения уровня гемоглобина, что крайне важно для улучшения оксигенации крови, следует использовать гематоген детский, орехи, печень трески, яблоки, гранат. Необходимо употреблять также свежевыжатые соки: гранатовый сок, морковный, клюквенный, свекольный. Очень полезно пить смесь морковного и свекольного сока. При заболеваниях

кожных покровов и всего организма ряду пациентов с учетом их общего состояния следует применять ванны – 1,5 – 2 часа, растворив в ней предварительно пачку соли и полпачки соды. Есть еще рецепт состава, очень повышающего иммунитет, содержащий в равных пропорциях 7 компонентов: сок красной свеклы, моркови, лимона, сок чеснока, редьки, вино темрюкское (купленное в сети магазинов Пятерочка), мед – настоять месяц и пить ежедневно по ложке до улучшения состояния, особенно при онкологических заболеваниях (рекомендации Тибетских монахов). Йоговский чай - тоже хороший рецепт напитка для поддержания иммунитета. На огонь ставится кастрюля с двумя литрами воды и к воде добавить: 3 штучки гвоздики, 3 штучки зелёного кардамона, 1 чайную ложку порошка имбиря (если есть свежий, то смело кладите его - 4 ч.л.), 1 чайную ложку куркумы и пятисантиметровую палочку корицы. Довести всё это до кипения и варить ровно пять минут. Дальше нужно добавить 1 стакан молока, которое позволяет ярче ощущать вкус напитка. Напиток следует разлить по кружкам и каждый пациент уже по своему вкусу может добавить мёд или сахар - в общем, кто как любит. После приема данного напитка становится очень тепло. Он сладкий и очень вкусный! О его пользе и не стоит говорить, по ингредиентам и так все понятно.

Жиры – каштаны съедобные, авокадо, семена подсолнуха и тыквы, кунжут (сезам). Оливковое и льняное масло, рыбий жир, редко – топленое сливочное масло.

Углеводы зерновые – пшено (самый сильный природный гормон, цыплята на нем начинают жизнь), гречка (самый важный продукт в лечении онкологии), рис натуральный (или рис «Басмати», «Тайский»), овес цельный, рожь, пшеница дробленая сухая, ячмень в напитках и солоде.

Углеводы овощные – тыква, цуккини, патиссоны, кабачки, морковь, капуста – цветная, брокколи, брюссельская; редис (разный) в больших количествах; петрушка, сельдерей, укроп, шпинат, кориандр, щавель в больших количествах, репа, брюква, помидоры (включая соки, соусы, пасты), немного запеченной свеклы, много лука и чеснока (с кожурой), аспарагус, артишок, много хрена, редька. Пищевая листовая зелень – как можно больше.

Молочные продукты – только деревенские, кисломолочные: кефир, творог. Лучше на ночь и в небольших количествах.

Фрукты и ягоды в натуральном виде – яблоки, земляника, клюква, клубника, черника, малина, вишня, рябина, облепиха, голубика, ежевика, гранаты, хурма, кокосовое молоко, персики, сливы, нектарины, абрикосы, апельсины, мандарины, гранат, фейхоа, лимон, дыня.

Витамины – овощи, фрукты, ягоды, травы, морские водоросли, морская капуста, ламинария, перга, цветочная пыльца, много плодов шиповника. Аскорутин, янтарная кислота. Проросшие: пшеница, брокколи, сельдерей, люцерна, горох, семечки, рожь, чечевица. Пшеница, рожь проращиваются 36–40 часов, чечевица – 2–3 дня.

Соль – предпочтительно морская, грибы – шампиньоны, боровики, шиитаки, вешенки, мейтаке; красное вино – источник кверцетина и ресвератрола; темный

шоколад – 70 % какао; омега-3; витамин D3; пробиотики, симбиотики (разные). Морские водоросли – фукусы, морская капуста, вакаме, араме, нори.

Селен в больших дозах (селен-актив, душица, рыба, моллюски, потрошки гуся).

Зеленый чай (2–5 чашек в день, без сахара). Зелень в салатах. Как можно больше петрушки, укропа, сельдерея. После еды не пить 2–3 часа.

При лечении и диспансерном наблюдении пациентов хирургического и терапевтического профилей следует правильно организовать рациональное и сбалансированное здоровое питание. При составлении рациона употребляемых продуктов данным контингентом больными следует соблюдать следующий ряд важных принципов: 1) преимущественное преобладание растительной пищи; 2) уменьшение употребления легко усваиваемых углеводов; 3) строгий отказ в приеме высокоаллергенных продуктов питания, особенно – при отягощенном аллергическом анамнезе; 4) достаточно необходимое количество полноценных легко усваиваемых белков.

Необходимо четко знать и объяснить пациентам, какие виды продуктов приводят к заболеваниям и способствуют их развитию. 1) Жареное, копченое. Продукты, разогретые в микроволновой печи. Это – безусловно канцерогенные продукты, поэтому оставим данный вопрос без комментариев. В своей повседневной жизни мы и так подвергаемся воздействию до 8000 различных канцерогенов. И крайне опасно их суммарное воздействие, зачастую превышающее допустимые нормы в сотни раз. Все страны буквально завалены этими канцерогенами. 2) Употребление мясных продуктов. Всемирный фонд исследований особенностей питания при заболеваниях различного профиля рекомендует употреблять не более 200 грамм красного мяса в неделю, а в идеале – и еще меньше! Существует прямая связь между уровнем заболеваемости населения и потреблением мясомолочных продуктов. Чем больше мы употребляем мяса, тем выше имеется риск нарушить психоневрологический и онкологический гомеостаз человека. Свинину лучше избегать совсем (не случайно ее не употребляют люди Востока). Теперь даже средства массовой информации доводят до нас: «Мясо – источник таких неизлечимых болезней, как ревматоидный артрит, красная волчанка, склеродермия. Но самое страшное, что чрезмерное употребления мясных продуктов приводит к развитию и опухолей, в том числе и ЦНС!» Ученые из Калифорнийского университета в Сан–Диего обнаружили в мясе и молочных продуктах новую пугающую их молекулу, которая относится к сахарам и обозначается как соединение с кодовым названием NeU5Gc. Примечательно, что в большинстве сортов рыбы и птицы данного «сахарного вещества» почти нет, а в растительной пище – тем более!

Пациентам необходимо рекомендовать исключить из своего рациона копчености, консервы, соусы, острые приправы и различные пряности; лапшу, высококалорийные пироги, кексы, майонез; тугоплавкие жиры. Следует также уменьшить употребление кофе, какао и полностью исключить прием любых видов алкоголя, а самое главное - полностью отказаться от курения. В рационе питания должны преобладать нежирные сорта мяса, рыба (желательно –

свежая или наименее мороженная), кисло−молочные продукты, темный шоколад (не ниже 72,5%). При этом рыба, особенно жирных сортов (сельдь, лосось) является надежным источником омега–3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Рыбу (например, карп, камбала, судак, форель, горбуша, скумбрия, палтус, минтай, хек, тунец), также содержащую в больших количествах омега–3, следует употреблять ежедневно и лучше – с овощами. Из морских продуктов лучше употреблять кальмары. А самый ценный белок содержится в курином яйце, так как он усваивается почти на 100% (одно яйцо на завтрак). Следует полностью исключить топленое сливочное масло, а также по возможности - сахар и соль. Проросшая пшеница, горох, чечевица, рис – употреблять по схеме рационального питания.

Необходимо увеличить в рационе питания растительные масла, содержащие большое количество ПНЖК – кукурузное, оливковое, льняное, рапсовое, масло грецкого ореха. Очень важно употреблять продукты, содержащие большое количество солей магния – орехи, курага, отруби. Следует увеличить употребление продуктов, содержащих большое количество солей калия: курага, чернослив, изюм, топинамбур, имбирь, картофель в «мундире» (особенно – в период обострения заболеваний, а также – в ходе проведения противорецидивной терапии). Следует отметить, что куркума – важный иммуномодулятор при любом заболевании.

В повседневной практике очень важны антиоксиданты, уменьшающие окисление и снижающие воспаление: витамины А и Е, С, натуральные овощи и фрукты, ягоды и орехи.

Пациенты должны неустанно обогащать свой алиментарный рацион витамином С и витаминами группы В за счет повышения потребления фруктов (шиповник, черная смородина, цитрусовые, красная и черноплодная рябина, облепиха), а также овощей (красная свекла, морковь, зеленый и репчатый лук, чеснок, петрушка, желтый и красный болгарский перец, гарниры из кабачков, цветной капусты, брокколи, шпинат, репа). Компенсировать недостаток полезных веществ с пищей можно с помощью приема очищенного для внутреннего применения рыбьего жира, в том числе – из печени тресковых рыб или «РЫБКА» (но только не капсул) – по одной чайной ложке во время еды ежедневно, ибо рекомендуемый прием обеспечивает рекомендуемую суточную потребность больных в ПНЖК класса Омега – 3 на 62,5%. Витамины С и Е, β–каротин, аевит, микроэлементы (селен, медь, цинк), янтарная кислота (по 1 таблетке – 3 раза в сутки после еды) и фолиевая кислота, спирулина.

Данные рекомендации особенно актуальны в зимнее и весеннее время, а также в период разгара острых респираторных вирусных инфекций. Больные с нарушением функции тазовых органов (запоры) должны принимать достаточное количество жидкости (норма для взрослых – до 2-х литров в сутки), продукты богатые клетчаткой – отруби, хлеб грубого помола, в обязательном порядке - красную свеклу, овощи.

Отдельной темой в последнее десятилетие стоит дефицит магния в организме. Классический набор симптомов: чувство тревоги, мышечные судороги, учащенное сердцебиение, что сопровождается головными болями,

бессонницей, повышенной раздражительностью, частой сменой настроения и хронической усталостью. Дефицит магния повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), а длительный его недостаток может быть связан с гипертонической болезнью (ГБ), атеросклерозом и онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом (СД), инфарктом миокарда и инсультом головного мозга (ГМ). Однако на клинические проявления хронической нехватки магния не всегда обращается внимание, и гипомагниемия, как правило, не диагностируется и не лечится.

У детей дефицит магния в рационе может являться решающим фактором риска развития аутизма, дислексии, девиантного поведения, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). А популярный фастфуд и рафинированные продукты приводят к его дефициту.

Примечательно, что из алиментарно потребленных продуктов усваивается только 35% магния. Поступающий с водой и продуктами питания [Mg2+] попадает в желудок, его всасывание в кровь увеличивается в присутствии витамина В6 и органических кислот (молочной, оротовой и аспарагиновой). Всасывание [Mg2+] уменьшается при избытке кальция и фосфатов. Основная часть труднорастворимых солей магния переходит в кишечник и после соединения с жирными кислотами всасывается в кровь. Эти комплексные соединения магния поступают в печень, где используются для синтеза биологически активных соединений. В щелочной среде тонкой кишки всасывается 30% магния, при этом преимущественно пассивно, небольшая часть ионов – активно с использованием транспортной функции белка. Магниевый баланс регулируется почками, которые реабсорбируют до 99% магния, профильтровавшегося через гломерулярную мембрану. За сутки с мочой выделяется до 100 мг магния. Потери магния с мочой возрастают под влиянием катехоламинов и кортикостероидных гормонов, то есть в состоянии постоянного хронического стресса.

Чтобы обеспечить суточную потребность [Mg2+], необходимо каждый день употреблять примерно полкилограмма шпината или до 200 граммов морской капусты. Чтобы предотвратить блокирование всасывания магния, необходимо исключать кальций и фосфор, которые содержатся вместе с магнием в крупах или отрубях, а также орехах и семечках. Усвоению магния препятствуют жиры: например, салат из овощей и зелени с растительным маслом не даёт необходимый организму микроэлемент, а усвоению магния из молока мешают фосфаты. Много магния теряется при размоле зерна, переработке овощей (например, много магния содержится в картофельных очистках и отрубях).

Продукты питания, действующие как лекарство и указанные в порядке убывания содержания магния. Лидирующими по содержания магния считаются зелень, отруби и сухофрукты (урюк, курага, чернослив), поскольку считается, что магний в других продуктах менее усвояем. Главными источниками магния считаются также гречневая, перловая, пшенная и овсяная крупы, чечевица и другие бобовые, какао и орехи. Множество растений, распространённых в народной медицине ЦЧР (календула, крапива,

подорожник, алое, толокнянка, тысячелистник, фенхель, череда, чистотел, шиповник), накапливают в себе магний. Свежие или приготовленные на пару овощи. Фасоль, горох, пшено и отруби пшеничные, сушеные тыквенные семена, кунжут (семя), злаковые растения, крупы (овсяная, ячневая); овсяные хлопья, мука соевая сырая, какао-порошок, льняное семя, бразильский орех сушеный, кофе (растворимый порошок), семена подсолнечника, козинаки из семян подсолнечника, кунжутные козинаки, кешью, фундук, соя, миндаль, сладкий миндаль, кедровый орех, гречка, халва, фиги, имбирь сухой молотый, маш, нут, орехи; мускатный орех, рис дикий, арахис, морская капуста и водоросли, ламинария, ячмень, шоколад горький, рис коричневый, икра горбуши зернистая, икра кеты зернистая, овес, белокочанная капуста, лимоны, грейпфруты, яблоки, бананы, абрикосы; камбала, карп, креветки, морской окунь, палтус, сельдь, скумбрия, треска; молоко, творог (низкая доля, но легко усвояемая форма). Обилие фитина в ряде продуктов делает его малодоступным для усвоения, поэтому только зелёные овощи могут служить надёжным источником магния. Магния совсем мало в хлебе, молочных, мясных и других повседневных продуктах питания современного человека. Суточная норма магния – порядка 300 мг для женщин и 400 мг для мужчин (предполагается, что всасывается около 30% алиментарно потребляемого магния). В молодом возрасте, у лиц, систематически занимающихся физическим трудом и у спортсменов потребность в магнии выше.

Весьма эффективным средством является прием комбинированных препаратов на основе магния, содержащих калия аспарагинат и магния аспарагинат. Более того, профилактика гипомагниемии в виде приема магнийсодержащих препаратов является незаменимым аспектом лечения многих заболеваний, в том числе сердечно–сосудистых, онкологических, нервных, а также токсических отравлений, аллергических реакций, нарушений работы желез внутренней секреции и многих других.

В 2003 году в журнале «Nature» была опубликована фундаментальная статья, которая заканчивалась так: «Соблюдение определенного режима питания, как теперь полагают, является недорогим, легким в применении и вполне доступным способом профилактики и лечения многих заболеваний, в том числе рака и заболеваний психоневрологического профиля». В настоящее время в обществе государством должен поощряться человек, приоритетом поведения которого является здоровый образ жизни и целенаправленное качественное полноценное питание. К сожалению, в настоящее время отлично распознаются симптомы, симптомокомплексы, которые собственно говоря и лечатся, то есть лечение производится преимущественно симптоматическое. А необходимо прежде всего осуществлять лечение с позиций этиопатогенеза заболевания, рассматривая его через призму их общего знаменателя – **воспаления,** о чем говорилось выше в статье. Примечателен тот факт, что половину всех заболеваний можно предотвратить изменением рациона и нормализацией физической активности.

Итак, рациональное и сбалансированное питание пациентов является необходимым и достаточным условием как в ходе лечения, так и для

достижения достаточно необходимого уровня качества жизни больных как в периоды обострения, так и ремиссии заболевания.

Каждый человек должен научиться определять самостоятельно «индивидуальный вариант здорового питания, соответствующий генетически заданным потребностям его организма, состоянию здоровья и возраста», что позволит значительно снизить заболеваемость нации нервно-психическими и органическими расстройствами, улучшить состояние здоровья каждого человека и населения страны в целом. Следует всегда помнить незыблимое положение отечественных ученых и врачей России, что залог хорошего здоровья – это прежде всего профилактика заболеваний, а не уже лечение оных.

Список литературы

1. Косинский П.Д. Продовольственная самообеспеченность региона как основа повышения качества жизни населения: дисс…докт. эконом. наук / П.Д. Косинский; Кемерово, 2007. – 376 с.
2. Малеев Ю.В., Ульянова О.В. Гипомагниемия как причина эпизодической головной боли напряжения: этиология, патогенез, лечение. // В сб. статей к 110-летию со дня рождения В.А. Лихтенштейна. Махачкала, 2019. С. 147-171
3. Мезенцев С.А., Никифоров С.А., Иванов А.И. Пути обновления: Как оздоравливать человека, медицину и жизнь общества. Москва, 2008. – 420 с.
4. Москалев А.А. 120 лет жизни – только начало: Как победить старение? / А.А. Москалев. – Москва, Эксмо, 2015. – 320 с.
5. Перелмуттер Д., Лоберг К. Еда и мозг: что углеводы делают со здоровьем, мышлением и памятью. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 240 с.
6. Серван–Шрейбер Д. Антирак. Новый образ жизни. М.: РИПОЛ классик, 2015. – 496 с.
7. Ульянова О.В. Основные принципы питания в профилактике заболевания психоневрологического профиля // Молодой ученый. – 2016. – №17 (121). – С. 345 – 356.
8. Ульянова О.В. Русский вариант средиземноморской диеты и использование витамина D в комплексном лечении рассеянного склероза // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2018. – Т.24, №3. – С. 188 – 189.
9. Ульянова О.В., Куташов В.А. Принципы организации питания пациентов неврологического и психосоматического профиля. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – Т.15, №S. – С. 163.
10. Ульянова О.В., Малеев Ю.В. Особенности неврологической симптоматики у пациентов с гипотиреозом. // В сборнике: Сборник статей к 80-летию со дня рождения профессора С.А. Абусуева. Главный редактор Б.А. Абусуева. Махачкала, 2019. – С. 85 – 97.

О ВЛИЯНИИ ВСЕОБЩЕЙ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ЦИФРОВОГО ОБУЧЕНИЯ НА ИТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ УЧАЩИХСЯ И ПЕДАГОГОВ

Малеев Юрий Валентинович, Татаринова Ирина Вячеславовна, Шепелева Наталия Геннадьевна, Костенко Ольга Владимировна, Левченко Ирина Павловна, Чернова Ольга Александровна, Сажин Борис Петрович, Шестакова Ольга Васильевна, Звягина Ольга Геннадьевна, Федянина Надежда Ивановна, Лепская Зоя Егоровна, Суркова Марина Викторовна, Колтунова Светлана Николаевна, Артемова Алла ААлексеевна, Пополитова Ольга Анатольевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Неровный А.И., Бахтин Д.А., Ульянова О.В.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, преподаватели

Паршутина Е.Г., *Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города Москвы "Школа № 2036", учитель*

Ведущим направлением совершенствования высшего и среднего профессионального образования в России в настоящее время является его информатизация. Под информатизацией образования понимается комплекс социально-педагогических преобразований, связанных с насыщением образовательной среды информационной продукцией, современными средствами и технологиями; а также информационной продукцией с использованием последних достижений видео-, теле- и аудиотехники; наполнением педагогическими и психологическими технологиями.

В регламентирующих документах Правительства Российской Федерации и Министерства образования и науки в качестве стратегической цели информатизации высшей и средней профессиональной школы провозглашена глобальная рационализация интеллектуальной деятельности за счет широкого использования новых информационных технологий, радикальное повышение качества подготовки специалистов с новым типом креативного мышления, соответствующего современным запросам и требованиям общества.

В результате достижения обозначенной цели в учебном процессе должна быть создана новая информационная культура на основе компьютеризации и максимальной индивидуализации образования с учетом уже имеющихся традиций и наработок самобытного отечественного образования.

Проблема всестороннего обеспечения учебного процесса всегда находилась в центре внимания отечественных ученых и педагогов-исследователей (Л.Ф. Магницкий, М.В. Ломоносов, К.Э. Циолковский, Н.И. Лобачевский, Н.И. Пирогов, В.Г. Белинский, К.Д. Ушинский, Л.Н. Толстой, Д.И. Менделеев, П.Ф. Лесгафт, В.В. Розанов, В.М. Бехтерев, В.И. Вернадский, С.Л. Франк, П.А. Флоренский, П.Ф. Каптеров, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, В.М. Полонский, В.В. Краевский, Л.С. Выготский, А.А. Вербицкий, А.В. Хуторской, В.П. Давыдов, М.В. Кларин, В.А. Сластенин, В.В. Кирюшин и др.). Однако по этой проблеме единых, четких, строго алгоритмичных научных положений, к сожалению, до сих пор не выработано.

Мы говорим об удивительном, а удивительное находится в нас самих или по крайней мере - рядом с нами. Все мы родом из детства, в том числе и наши уважаемые учащиеся в БПОУ ВО «ВБМК» студенты и слушатели отделения дополнительного профессионального образования (ДПО).

Итак, рассмотрим ключевые вопросы воспитания, образования и развития интеллекта у ребенка. Полноценное развитие личности с детского возраста возможно только лишь прежде всего при активном непосредственном участии его родителей в воспитательном процессе, а не только воспитателей детского сада, учителей школы или сотрудников различных «развивалок». Это очень часто констатируется особенно за последние три десятилетия в связи с высокой занятостью родителей на работе, производстве и в бизнесе или самоустранением от воспитательного процесса собственного ребенка в силу ряда других причин (собственная лень, неумение и нежелание, разводы).

Однако следует всегда помнить, что в жизни никто лучше, чем ты сам, не решит возникшую перед тобой проблему или задачу.

Когда в школе дается только определенный объем знаний по определенному предмету без раскрытия сути причинно-следственных связей с обязательным последующим формированием у ученика логического мышления и умением думать, то развивается лишь 1/7 часть возможного многомерного интеллекта, который не касается ни воображения, ни творчества, ни логического мышления, ни памяти предков, ни ритмического воспитания, а главное - не затрагивает такие значимые категории и душевно-личностные качества человека, как совесть, ум и честь. Ранняя стимуляция головного мозга (ГМ) через загадки, зрительную демонстрацию, музыку, изучение иностранного языка, заучивание стихов, занятие шахматами, художественное творчество, научные исследования, математические игры, письмо и другие подобные занятия активизирует синаптические связи в ГМ. Вскоре после рождения ребенка число нервных связей увеличивается с высокой скоростью. Затем в период полового созревания число новых связей уменьшается и в действие вступают два процесса: функциональная проверка, при которой полезные связи становятся более постоянными, и селективное устранение, когда ликвидируются неиспользуемые (бесполезные) связи (для ГМ, а отнюдь не для личности). Отсутствие постоянной интеллектуальной активности, бессмысленные пассивные действия значительно замедляют развитие ГМ.

Ребенок может сделать все сам, без учителя, если ему дать качественный исходный материал для развития и направить развитие в нужном направлении. Важно добродушное, душевное и любящее сопровождение переживаний любого человека, как личности. Талант дается каждому природой, его только следует развивать правильным воспитанием, добротой и любовью в семье на личном примере родителей, а в школе и вузах – правильным обучением. По крайней мере, до 12 - 14-ти летнего возраста (до полового созревания) есть все шансы – любого ребенка и из любой семьи, довести до уровня самостоятельной личности и подготовить к рождению гения. И если родитель (от слова "родить"!) не в состоянии хотеть это сделать, то они являются

преступники перед собственными детьми. А могли бы, и могут, но лень…Хотя многие родители подсознательно не хотят видеть своих детей счастливыми и гениальными, ибо в этом случае, вырастая, дети уходят из-под тесной опеки и зависимости от родителей, могут уже и не подчиняться слепой родительской воле и командам. Примечательно, что несчастный человек, проживший неинтересную жизнь, не даст другому человеку всеми правдами и неправдами, ″всеми фибрами своей души″ жить счастливо, успешно и радостно - закон внутрисемейной психологии.

″Сам педагог не столь важен, важен учитель″, - говорил Владимир Викторович Кирюшин (1940 - 2001), уникальный знаток детской психологии, автор множества интереснейших методик, педагог-новатор, влюблённый в свою профессию человек. Стоит прикоснуться к его биографии, судьбе, чтобы понять истоки его оригинальной методики педагогики и воспитания талантов. Он родился в 1940 году в семье Ульяновых (родственников Ленина по материнской линии). С 1948 года обучался музыке в Московском хоровом училище имени А. Свешникова. В 1958 году поступил на учёбу в Московский музыкально-педагогический институт имени Гнесиных.

С первого курса занимался преподавательской деятельностью в организованной им совместно с Судаковым (ныне профессор РАМ им. Гнесиных) Московской капелле мальчиков. С 1960 года - педагог Московской специальной школы-десятилетки имени Гнесиных. С 1962 года принимал участие в работе Республиканской капеллы под руководством профессора А. Юрлова и в этом же году начал активную преподавательскую деятельность в институте имени Гнесиных. В это же время им были написаны первые учебники по сольфеджио, выпущенные институтом имени Гнесиных и Всероссийским хоровым обществом. По окончании института в 1963 году работал в Иркутском педагогическом институте старшим преподавателем и исполняющим обязанности заведующего кафедрой музыки. В 1964 году поступил в аспирантуру института имени Гнесиных в класс профессора А. Юрлова, работал в Республиканской капелле в качестве хормейстера и вел преподавательскую деятельность в институте имени Гнесиных (хор, дирижирование, дипломные рефераты, аранжировка, чтение партитур, сольфеджио, теория музыки и гармонии, практика студентов). В 1968 году успешно защитил диссертацию на тему «Ладофункциональное развитие музыкального слуха учащихся младших классов ДМШ».

С 1970 по 1978 годы работал в музыкальном училище имени Октябрьской революции (ныне музыкальный колледж имени Шнитке) в качестве преподавателя теоретических дисциплин, а также с детьми в студии «Пионерия» и в ДМШ имени Дунаевского. За эти годы Владимир Викторович Кирюшин особенно много ездил по стране, проводя семинары с преподавателями музыкальных школ, педагогами пения общеобразовательных школ, музыкальными работниками детсадов, преподавателями педагогических, музыкальных училищ и консерваторий.

В 1980 году совместно с лабораторией музыки НИИ художественного воспитания академии педагогических наук СССР участвовал в создании программ для внешкольного образования (сольфеджио).

Кирюшин В.В. - автор уникальной методики воспитания личности ребенка, восстановления связей между полушариями ГМ.

«В музыке все повторяется из века в век, от композитора к композитору, находится в подсознании у каждого живого существа и не только у человека. И если исполнять эти вещи даже не родившемуся еще ребенку – наступает резонанс между тем, что у него уже заложено в подсознании от природы и тем, что ему дается из вне. Между полушариями ГМ, благодаря этим упражнениям, можно сделать такой прочный мостик, когда соединяются нейроны одной части ГМ с другой и он постепенно совершенствуется. Не только для музыки он становится эффективным, а и для освоения другими учебными дисциплинами» (В.В. Кирюшин, 2000). Из 5 000 учеников В.В. Кирюшина, которые прошли через учебные кассеты и через подобные занятия – 40 докторов наук, 200 кандидатов наук и 3500 музыкантов-профессионалов.

В 70-80-е годы прошлого века его имя гремело на весь Советский Союз. В музыкальном мире имя В.В. Кирюшина стало нарицательным: все дети, когда-либо занимавшиеся с Кирюшиным, (в том числе не имевшие изначально ни голоса, ни слуха) потом без проблем поступали в музыкальные учебные заведения вне конкурса. В музыкальных заведениях страны даже существовала негласная квота на «кирюшинцев». К нему ехали со всей страны, записывались в группу за год, за два. Дети его обожали, а родители - боготворили.

Но как и у всякого выдающегося, нестандартного профессионала и подвижника, его жизненный путь отнюдь не был выстлан розами - официозные музыкальные круги его на дух не выносили, завистников и недоброжелателей хватило бы на десятерых педагогов. В музыкальных и педагогических изданиях на эпитеты не скупились - «шарлатан», «дилетант», «блаженный»... Но эта злоба была бессильной - популярность Кирюшина росла день ото дня, поток учеников не сокращался, а педагогическое наследие неукротимо росло.

Ведь против очевидного не пойдешь - любой ребёнок, даже ″которому на ухо наступил медведь″, после нескольких занятий с В.В. Кирюшиным абсолютно чисто и правильно пел, распознавал ноты, транспонировал.

Крапивин со своей «Каравеллой», Шаталов, Соловейчик... В.В. Кирюшин вполне мог писаться в этом ряду через запятую. Ведь его методика делала из детей музыкантов, даже если изначально у них не было голоса и слуха. При этом официальные музыкальные круги Кирюшина продолжали упорно не жаловать. Он там проходил за шарлатана. Методический кабинет Министерства культуры СССР заявил, что книги Кирюшина не могут быть изданы, потому что «автор предлагаемых разработок не знает основ советской педагогики».

Но дети, прошедшие школу Кирюшина, поражали специалистов. Через год занятий с подготовительной группой ДМШ имени Дунаевского

большинство дошколят обзавелись абсолютным слухом. То есть в 1976 году в Москве произошел своеобразный музыкальный бум.

В.В. Кирюшин для того, чтобы на практике доказать общественности действенность своего метода, начал заниматься с подготовительной группой ДМШ имени Дунаевского. Передачи по радио и телевидению, выступления перед учеными, показательные уроки, на которых ребята демонстрировали свое высокое мастерство, поездки в разные города с концертами.

В годы перестройки в 1987 году В.В. Кирюшин создал малое предприятие «Тритон», которое выпускало его учебные и методические пособия на основе разработанной методики эмоционально-образного развития музыкальных способностей. В 1992 стал Президентом российской ассоциации эмоционально-образного развития личности (ЭОРЛ).

В 1996 году министерством культуры РФ принята программа по «Основам музыкально-творческого воспитания» для ДМШ и детских центров культуры, рекомендованная министерством в качестве государственного стандарта в области преподавания музыкально-теоретических предметов. В 1998 году избран действительным членом Международной академии геронтологии.

Все разработки неоднократно прошли самые тщательные экспертизы государственного уровня, десятилетняя апробации на практике и в настоящее время рекомендованы к внедрению во всех российских регионах. Министерством культуры РФ принята программа для Детских центров эстетического воспитания, детских музыкальных школ, соответствующими комитетами государственной Думы и Совета Федерации. Многочисленными представителями науки и искусства были даны рекомендации к внедрению разработок всем руководителям департаментов образования и культуры Российской Федерации.

При этом В.В. Кирюшин создавал, разрабатывал и практически апробировал саму методологию развития основных способностей ребенка (интеллекта, памяти, внимания, адаптации к новым условиям, сосредоточенности, музыкально-слуховых способностей) через учебную деятельность и творчество (в частности - в музыкальной педагогике).

На основе тщательно выверенного алгоритма освоения музыкально-технологического языка музыки (соотношения звуко-высотного и метроритмического рисунков в точно фиксированной форме), на основе анализа тысяч произведений музыки самых различных эпох и жанров и выявленного частотного словаря, а также на основе разработки наиболее доходчивой для ребенка Системы Образов, была создана методика эмоционально-образного развития и образования, с тщательно разработанной системой упражнений. Она позволяет усваивать любую информацию и терминологию любой сложности вне зависимости от возраста ребенка и его природных данных на высоком профессиональном уровне.

Причем такое усвоение стало возможным проводить весьма эффективно, нежели это делается на основе общепринятых унифицированных подходов. Тем самым, впервые были заложены основы так называемой экологически

чистой педагогики, дающей возможность проводить занятия с детьми большими группами, без отметок и домашних заданий, практически без напряжения и усталости детей за короткие временные отрезки. А огромное количество разработанных самоучителей (с видео- и аудиокассетами, мифами-сказками, иллюстрациями, книжками-раскрасками) позволили при желании вести уроки не только в школе, детском саду, яслях, но и в коляске, дома (то есть еще в то время ***закладывались основы и наработки дистанционного образования***).

Работу В.В. Кирюшина неоднократно (десятки раз) освещали в передачах на радио, телевидении и в прессе. Уже свыше четверть века назад была принята государственная программа по внеклассной работе с детьми, утвержденная Министерством просвещения СССР, в которой разработки В.В. Кирюшина занимали ведущее место. В настоящее время по программам, учебным и методическим пособиям В.В. Кирюшина занимается свыше 600 учебных и воспитательных школ и учреждений России, в частном порядке пособия закупаются в 50 странах мира. В последние годы в различных странах - Греции, Турции, Норвегии, Испании - проведены выездные уроки-семинары с группами детей и их родителей (дети от 3 до 13-14 лет).

В детских сказках автора чётко прослеживаются мотивы, сюжеты и аллегории жанра фэнтези, поэтому творчество Кирюшина включено в общую базу «Лаборатории фантастики».

Примечательно, что Кирюшиным В.В. были проанализированы несколько тысяч музыкальных произведений разных веков, разных народов и было выявлено 128 формул, которые встречаются из века в век. В 20-ом веке, в сложной музыке встречаются все 128, в 19-ом – где-то сотня, в 18-ом – еще чуть-чуть поменьше, в 17-ом – еще поменьше. А в попсе – больше 15 не бывает (как у Эллочки-Людоедки). Если дети начинают слушать вот эти 15, то через какое-то время им будет уже недоступно ни 40, ни 80, ни 100, ни 120. Они ничего никогда другого не будут воспринимать, поэтому попса - это действительно психотропный наркотик. Попсовая музыка забьет все входные каналы, имеющиеся у человека и способности воспринимать тонкие энергии.

В Москве проводятся занятия с детьми от 3-х лет до 12-ти по развитию общих способностей (интеллекта, памяти, музыкального слуха) на основе музыкально-творческого воспитания по В.В. Кирюшину. На этих занятиях всего за два-три года даётся база музыкального образования, которая по традиционным методикам осваивается иногда 12 - 13 лет. При этом каждый ученик через два года обладает и развитым абсолютным музыкальным слухом. Сам же Кирюшин занимался частным преподаванием. Кирюшин пользовался большой популярностью среди родителей юных дарований. Будущих музыкантов Кирюшин «лепил» по разработанной им лично педагогической программе «Одновременное развитие многомерного интеллекта ребенка через освоение уникального языка музыки». Он собирал детей в группы и проводил уроки либо в снятом помещении, либо на природе (например, в импровизированном летнем лагере). Некоторым же детям он назначал строго индивидуальные занятия.

«Это безумие, – говорит Паско Ракич, нейробиолог из Йельского университета. – Американцы считают, что детей нельзя просить выполнять сложные умственные действия, пока они маленькие: "Пусть они играют; учиться они будут в университете". Проблема в том, что, если вы не будете тренировать их в раннем возрасте, им будет намного труднее учиться далее».

Первую характеристику работе Кирюшина дал еще давно академик Колмогоров: "Вы нашли механизм запуска всего интеллекта человека". Вторую, примерно в то же время, - Министерство образования: "Автор представленных работ не знает элементарных азов советской музыки". Итог развернувшимся прениям подвел Гришин В.В., первый секретарь Московского горкома КПСС (1967-85 г.г.). В беседе с Кирюшиным тогдашний партбосс доверительно и безапелляционно заявил: "Нам умный народ не нужен".

Итак, Владимир Кирюшин был убит, ошельмован посмертно за то, что разработал свою уникальную методику «по спасению генофонда русской нации», как он сам и говорил. Он активно и мощно претворял ее в жизнь последние свои годы жизни. В данный момент ведётся работа по поиску и структуризации наследия Владимира Викторовича Кирюшина. Стоит признать, что методика его преподавания - просто фантастическая.

«Если идет нотная грамота, то совершенно необычным образом. Потому что есть написанные детьми, которые у меня обучались, несколько томов обучающих музыкальных сказок, где все нотные премудрости овеществлены, то есть одушевлены, им даны эмоциональные характеристики. Они и действуют, благодаря этим эмоциональным характеристикам так, как должны действовать. А вариантов может быть многие тысячи. И вот этот инвариант как раз и вступает в резонанс. А, вступая в резонанс, он дает возможность активизировать внутренние потенциалы человека (это может быть колокольный звон, хоровое пение, одноголосное)» (В.В. Кирюшин, 1995).

При этом потребности учащегося могут быть высокие, могут быть чистые, могут быть широкие, и соответственно эмоции могут быть окультуренные, а могут быть примитивные, чисто физиологические. Человек с окультуренными эмоциями в состоянии выйти на подпитку Космоса.

Ведь дело в том, что за каждой эмоцией, которая звучит в музыке особенно ярко, спрятаны биохимические процессы, происходящие в организме, которые по своему воздействию бывают в несколько десятков раз более активными и сильными… Другое дело, что они держатся ровно столько, сколько идет эмоция. И если каждая эмоция закреплена за своим биохимическим веществом, которое называется эндорфин, и каждая эмоция закреплена за своим внутренним органом, то представьте себе, если есть возможность где-то получить 123 витамина (назовем это "витаминами").

Ребенок начинал заболевать еще тогда, когда он впервые пошел в детский сад, где его эмоции просто задушат, чтобы только он был послушным; в школу, где он должен поднимать руку и тоже будет лишен эмоций. К чему же это привело? К тому, что дети спасают себя на переменках: летают, как сумасшедшие, начинают носиться. Они тем самым спасают себя от болезни.

Но ведь находятся некоторые педагоги, которые выстраивают свой младший класс по парам и начинают водить их по коридору, тем самым давая своим ученикам толчок к будущему инсульту, раку и другим заболеваниям.

«Петь явно надо совершенно. Обучающийся должен читать стихи, заниматься пантомимой, а главное - выйти на творчество, потому что, когда человек творит, он получает наибольшую энергетическую подпитку. И тогда наступает момент экстаза творчества. Я не знаю, испытывали ли Вы, но я испытываю это 3 - 4 раза в неделю. Я даже не замечаю, что мне надо покушать, поспать, а проспав 2 часа, встаю на следующий день˝как огурчик˝. Могу не есть 3-4 дня. Я к врачам ни разу в жизни не обращался. У меня даже отсутствует амбулаторная карта» (В.В. Кирюшин, 2000). Это и есть увлеченность и одержимость профессией, педагогикой.

«Мир музыкальных и поэтических тайн, где каждый день приносит заряд неповторимости. Где можно каждое утро просыпаться с радостной улыбкой и сознанием того, что всё иногда кажущееся однообразие мира – всего лишь сменные декорации. Но именно в этих декорациях и разворачивается уникальный и неповторимый спектакль, где актеры, играющие главные роли – это ПОЭЗИЯ, МУЗЫКА И МЫСЛЬ. Искусство же − это и есть подлинная жизнь» (М.С. Казиник, 2017). «Какая связь между музыкой и образованием?» – спросите Вы в очередной раз, - «О чем вообще идет речь в статье?» А дело то в том, что классическая музыка – настоящее питание для ГМ. Питание для ГМ ученого-химика, математика, для специалиста в области истории и вообще всех других областей. Чем больше ученые изучают принципы музыкального воздействия на ГМ, тем больше они говорят о музыке, как о важнейшем условии научного и художественного мышления; как серьезном лекарственном средстве против многочисленных (и особенно - нервных) болезней. Поскольку все болезни от нервов, стресса, то можно смело говорить о музыке как о: лекарстве против подавляющего большинства заболеваний; энергии космоса, способной поддержать и преумножить творческую внутреннюю энергию человека; вершине всех искусств, помогающей воспринимать иные виды искусства и все виды образования. Человек, хорошо понимающий и чувствующий музыку, намного глубже воспримет поэзию, изобразительное искусство, творения литературы, постулаты философов. И самое главное – он лучше обучается всем без исключения дисциплинам. Все лауреаты Нобелевской премии были великолепными музыкантами или поклонниками классической музыки.

Человек – неповторимое создание Вселенной! Но это непросто – быть самим собой, СОХРАНИТЬ СВОЮ УНИКАЛЬНОСТЬ, ибо уже с детства в нас проявляется способность к подражанию.

Родители должны сделать все, чтобы их ребенок попал в замечательное окружение, в семью, где царят любовь и поддержка, чтобы он сумел максимально реализовать свои возможности, когда познается радость полета, творчества и свободы; а ненависть, зависть, гордыня по своей сущности – смертные грехи и неконструктивны.

«Музыка – высшая вершина невербальности в искусстве, источник творческой энергии, первый шаг к Нобелевской премии. Поэтому музыка (которая одновременно и чувство, и энергия), попадая в готовую для восприятия человеческую душу, обладает огромной преобразующей силой. И то, что мы, люди на планете Земля, достигли такого уровня, что сумели выразить чувства и энергию при помощи музыки, – наше величайшее достижение. Достижение Разума. И Духа. А высшая точка Души - ГЕНИАЛЬНОСТЬ. А гениальность – это наша человеческая способность соединиться с космической энергией, с ноосферой, с нашей колыбелью, которую мы назвали Вселенной. Человек по своей природе гениален. И еще – способность хоть как-то выразить часть этой энергии в земных понятиях. Ведь мы, ни много ни мало, – часть этой космической энергии. Представители этой энергии на планете Земля. Каждый приобщенный к искусству человек при любых сложностях и трудностях жизни может найти себе музыку, стихи, философские идеи, в которые можно уйти и временно спрятать свою душу от невзгод, боли и человеческих обид, подпитаться энергетикой светлого. Только гении и творческие личности могут спасти Землю от бездуховности, от глупости и злобы, от войн и преступлений. Программа обучения понимания классической музыки, в которой мотивы Воли, Самоутверждения, Борьбы, Томления, Мечты введут Человечество в состояние Высшего творческого экстаза и бессмертия. Мусоргский, у которого была нелегкая судьба одинокого человека, впервые показал, как музыка без слов, достигнув высшей невербальности, открывает вербальность на новом уровне. И если чувства (из которых восприятие музыки – одно из важнейших) развить, то язык высокой музыки станет одним из главных средств познания и приведет к невиданному обогащению личности, к гигантскому творческому всплеску, к невероятному увеличению способностей в любой сфере деятельности человека, позволит сделать первый шаг к Нобелевской премии.» (М.С. Казиник, 2017).

Учитель должен только разбудить и развить таящиеся глубоко внутри Учащихся их неограниченные творческие возможности; научить на личном примере думать, любить и тонко чувствовать окружающий мир, людей, природу; а самое главное - развить полифонию мышления у обучаемого. «Подвиг всего живого, и прежде всего человека, в том, чтобы остаться неповторимым, не поддаться на провокацию одинаковости. Ведь каждый человек – уникален и неповторим во всей Вечности и Безграничности Вселенной. Следует испытывать невиданную гордость за то, что мы принадлежим к человечеству.» (М.С. Казиник, 2017). «Посмотрите на окружающий вас мир как на большой подарок судьбы. Ведь каждое мгновение нашей жизни неповторимо. Вечное стремление человечества остановить мгновение и есть одна из главных причин того, как появилось искусство. Иной взгляд – это и есть особенность творческой личности. Музыка, живопись, поэзия, литература, занятие наукой - это прежде всего против: заболевания века – депрессии; стресса, связанного с перегрузкой информацией; чрезмерного прагматизма и зловещей материальности жизни; всех видов

нервного переутомления; для снятия напряжения и пробуждения творческих процессов в ГМ.» (М.С. Казиник, 2017).

Отдыхом для человека духовно богатого может быть прежде всего смена рода деятельности (М.С. Казиник, 2017).

К сожалению, всеобщая компьютеризация и цифровизация создают много проблем психологического, дидактического и методического характера. Одна из самых острых заключается в том, что имеющиеся в настоящее время обучающие программы не формируют те креативные качества личности, которые и обеспечивают подготовку специалистов с высоким творческим потенциалом, способных установить причинно-следственные связи, видеть противоречия, самостоятельно ставить и решать проблемы. Эти программы составлены, как правило, без учета дидактических принципов, психологических и физиологических особенностей самих обучаемых.

Как ни парадоксально, но в настоящее время человеческое общение становится исключительно прерогативой богатых людей, элиты общества. Бедные же выбирают «обезличенные» гаджеты для широкого слоя населения, которые к тому же перестали быть предметом роскоши. Они есть в каждом доме и у каждого школьника и учащегося и даже - уважающего себя и продвинутого рядового пенсионера. Тем ужаснее возникает ситуация, когда обучающиеся теряются в избытке информации, как слепые котята. Но мы прекрасно знаем, что ВРЕМЯ – ДЕНЬГИ.

Вот тут-то и необходим высокопрофессиональный частный учитель, «своеобразный проводник по профессии», этакий репетитор по профессии или специальности. Очень много профессий (ученый, врач, программист, служащий банка с определенного рангового уровня, спортсмены и т.д.) требуют передачи теоретических знаний и практических навыков по сути, по принципу «из рук в руки», как обучение ремеслу, но на очень высоком интеллектуальном уровне взаимодействия, как Учителя, так и Обучающегося. Именно тогда вынужденное дистанционное обучение в условиях Ковид-ситуации («дистанционка, удаленка») максимально приближена к живому человеческому общению, тесному *репетиторству тет-а-тет*. Четыре-Три-Два ученика максимально, а один – в идеале - для совершенного учебного процесса. Безусловно, каждый выбирает сам для себя свой индивидуальный режим общения с учетом финансовых возможностей.

Так во что же вкладывают финансовые средства, свои умственные и физические силы умные люди, то есть во что их следует вкладывать – по степени иерархии убывания?

1. Здоровье и качественное сбалансированное питание.
2. Образование.
3. Дети и Семья.
4. Отдых.
5. Условия жизни – жилье, одежда, повседневные предметы обихода.

В современном мире есть и другой – прямо противоположный взгляд на цифровизацию общества, который мы полностью осветим в статье ниже (один из законов философии – единство и борьба противоположностей), но это

отнюдь не означает, что со всеми этими положениями мы согласны. Мы даем эту информацию ***для полемики и всестороннего обсуждения***.

Глупыми и непрофессиональными людьми легче управлять и можно меньше платить за их работу. При этом активное потребление массы неупорядочных, неструктулизируемых цифровых услуг в повседневной жизни становится признаком бедности (Нелли Боулз, репортер New York Times).

В настоящее время роскошью и люкс-товаром в современном обществе является непосредственный человеческий контакт. «По мере того, как в жизни бедных появляется все больше экранов [гаджетов], телевизоров (зомбоящиков) - они исчезают из жизни богатых. Чем вы богаче, тем больше тратите на то, чтобы быть за кадром», - утверждает журналист. Подобные программы и активное распространение цифровых услуг приводят к созданию новой цифровой реальности, где в категорию люкс товаров попадали не гаджеты и технологии, а человеческое взаимодействие, пусть даже в условиях веб-камеры при карантине. Не очень хорошо, когда врач консультирует вас по интернету, а не в ходе личной встречи. Безусловно, лучше учиться у индивидуальных оффлайновых преподавателей, а не в учебном классе по 20 - 30 человек.

Тот факт, что состоятельные лица предпочитают старомодных тьюторов, личных тренеров и поваров, а не Coursera или доставку еды через смартфон, ни для кого не секрет. Происходит "люксеризация" человеческих отношений.

Если Вы по-прежнему получаете услуги от живых людей или имеете возможность общаться с ними, значит скорее всего вы представитель новой элиты, престижное потребление которой заключается в отказе от цифровых услуг в пользу оффлайновых. Но этот выбор зависит только от Вас лично.

Сторонниками этих взглядов приведятся следующие примеры. Бедные покупают в кредит Айфон, богатые же отказываются от смартфонов. Бедные стараются сделать так, чтобы их дети умели пользоваться компьютерами, богатые предлагают своим наследникам частные школы, где основное обучение строится на общении между людьми. Жизнь, проведенная перед экраном, теперь есть признак скорее всего неуспешности в жизни, нежели достатка.

Взросление с гаджетами вредит когнитивному развитию детей, а на стороне IT-корпораций в этой дискуссии выступают многочисленные недобросовестные проплаченные психологи, утверждающие обратное. Так, исследования по развитию головного мозга (ГМ) у 11 000 детей, проводившегося при поддержке Национального института здравоохранения: дети, проводившие более двух часов около экранов тех или иных устройств, получили более низкие баллы по языковым тестам и при оценке способности рассуждать. Кроме того, выяснилось, что у некоторых детей, которые проводят много времени около экранов гаджетов, было зафиксировано преждевременное *истончение коры ГМ.*

«Дети бегут к тому, что знают, - к экранам, - утверждает профессор социальных исследований науки и техники Массачусетского технологического института Шерри Теркл. - Это все равно что бежать в

фастфуд». Именно поэтому «Смартфоны и планшеты стали дешевыми сами по себе.

При этом они могут сделать дешевле и многие другие вещи: любое место, в котором можно разместить экран, будь то классы в школах, больницы, аэропорты, рестораны, можно таким образом сократить расходы. И любая деятельность, которая может быть произведена на экране, становится дешевле» (Боулз). По ее мнению, эти перемены были быстрыми.

Например, в 1980-х годах наличие цифровых технологий было признаком и символом богатства и власти. Так, первый Apple Mac в 1984 году стоил $2,5 тыс. (по состоянию на сегодняшний день цена - около $6 тыс.). Сейчас один из наиболее качественных ноутбуков можно купить за $470. «Пейджеры были важны, потому что это был знак того, что Вы важный, занятой человек, - говорит глава отдела маркетинга в Университете Южной Калифорнии Джозеф Нуньес. - Сегодня, если вы действительно на вершине иерархии, вам не нужно ни перед кем отчитываться за свои поступки. Вы сам себе хозяин в своих поступках и действиях».

Как ни печально признавать, но настоящее «цифровое обучение», как и остальная цифровизация – это удел общества небогатых людей. В настоящее время богатые лица отказываются не просто от услуг «цифровой экономики», а и от смартфонов, соцсетей, покупок онлайн и тем более школ, в которых используются планшеты и гаджеты.

Куда же действительно ведет распиаренная цифровизация всех и всего? За сомнительным «прогрессом» маячет виртуальная жизнь, в которой нет места своей семье, собственному дому и личным чувствам. Все живут как в общежитии, питаются искусственной, генетически модифицированной пищей и общаются в виртуальном мире. Точней не все, а «среднестатистический житель», которого опустят до уровня раба или «одной рабочей единицы в едином цифровом пространстве».

Цифровизация не коснется ее главных лоббистов – мировых олигархов. У них хватит средств на поддержание нормальной привычной человеческой жизни. «Они хотят, чтобы их дети играли со сверстниками, а частные дорогие школы без современных супертехнологий процветают. Богатые люди готовы и способны платить за них. Заметное человеческое взаимодействие – жизнь без телефона в течение дня, выход из социальных сетей – стало символом определенной статусности у состоятельных людей. Как ни пародоксально, но чем больше мониторов появляется в жизни бедных, тем больше их исчезает из жизни богатых. Чем вы богаче, тем больше тратите, чтобы быть за «кадром». Главный исполнительный директор Института роскоши Милтон Педраза, который консультирует компании, изучая, как хотят жить и тратить деньги самые богатые, обнаружил, что богатые хотят тратить их именно на человеческие потребности. Согласно исследованиям его компании, предполагаемые расходы на такие мероприятия, как организация досуга и питание, опережают расходы на товары, и он видит в этом прямую реакцию на распространение «цифры». «Теперь образование, учреждения здравоохранения, все, начинают смотреть на то, что сделано человеком.

Человек сейчас очень важен», – сказал господин Педраза. Богатые люди могут позволить себе отказаться от своих данных и своего внимания, продаваемого в качестве продукта. У бедного и среднего класса нет таких же ресурсов», – продолжает рассказ New York Times. Представляете, оказывается сегодня в США айфон – признак нищеброда. А все, от чего нас убеждают отказаться, как от «пережитков совка» – школы, где дети учатся у хороших учителей, больницы, где лечат профессиональные врачи, даже организация банальной веселой свадьбы с живыми гостями в том же Голливуде и среди остальных американских богачей теперь вещи крайне статусные. Открытие, которое для наших звезд и тех, кто гонится за «статусом», равно взрыву ГМ. Отказ от любой виртуальности – от соцсетей и смартфонов до использования гаджетов в обучении – это далеко не блажь всяких Рокфеллеров, а единственный способ получения умных и адекватных наследников.

У взрослых найдена связь между проводимым временем за мониторами гаджетов и депрессией. Против использования гаджетов выступил ведущий автор Американской академии педиатрии и ведущий педиатр в детской больнице Сиэтла Димитрий Кристакис, заявивший, что малыш, который учится строить с виртуальными кубиками в iPade, банально не умеет сделать тоже самое с реальными кубиками. Технические компании упорно трудились (лоббировали), чтобы заставить государственные школы внедрять программы, которые требовали, чтобы один ноутбук приходился на одного ученика, утверждая, что смогут лучше подготовить детей к их будущему на основе цифровизации. Но идея в том, как люди, которые внедряют будущее на основе «цифры», воспитывают своих собственных детей, отказываясь от нее. В маленьких городках вокруг Вичита, где школьные бюджеты были настолько урезаны, что Верховный суд штата постановил, что они неадекватны, учителя и пособия в классах были заменены программным обеспечением, и большую часть учебного дня школьники проводили молча в ноутбуке (то же самое российским детям готовят лоббисты проекта «Цифровая школа» из Сколково, АСИ и Высшей школы экономики – РИА Катюша).

А в это время в Силиконовой долине время у экранов все чаще рассматривается как нездоровое. Одна из самых популярных там начальных школ – это местная школа Вальдорфа, которая обещает вернуться к истокам, внедряя почти классическое образование. В итоге получается, что пока богатые дети растут с меньшим временем у гаджетов, бедные дети обращаются к ним все чаще», – сообщает New York Times. Вот тут даже особо комментировать нечего. По факту мы имеем ситуацию, когда те самые владельцы информационных гигантов, которые проплачивают внедрение все большего количества гаджетов в образование и способствуют отуплению населения, подсаженного на их услуги, как на наркотики, отправляют своих отроков в нормальные школы без «цифры» и за немалые деньги. Притом про наркотики здесь сказано не случайно. «Бедным и среднему классу говорят, что гаджеты – это хорошо и важно для них и их детей. Для этого в высокотехнологичных компаниях на ставках работают психологи и нейробиологи, задача которых как можно быстрее и как можно на дольше

приковать глаза и умы к экранам гаджетов… Родители учеников государственных школ, возможно и не хотят, чтобы их дети учились с гаджетом в руке, но это не вариант, когда многие классы теперь построены на программах ноутбука «один к одному». Существует также реальность, что в нашей культуре растущей изоляции, в которой исчезло так много традиционных мест сбора и социальных структур, гаджеты уже заполняют решающую пустоту», – добавляют американские журналисты. Напоминаем, это не текст конспирологов, который рассказывает о построении нового общества рабов под контролем «большого брата». Это респектабельное и крайне толерантное New York Times, которое вполне официально рассказывает, что да – действительно в IT компаниях знают, что от их товаров люди тупеют, более того, они держат целый штат сотрудников, которые должны заставить тупеть население еще быстрей, а потому своих чад они держат от «новшеств» как можно дальше. Да и сами предпочитают покупать вещи в магазинах, а не в интернете, ходить к врачам, а не пользоваться удаленной помощью и есть в хорошем ресторане, а не заказывать фаст-фуд через сеть. Именно лица, выученные по новым правилам в школе с гаджетами, ушедшие «с головой в соцсети» и станут главными «трудовыми ресурсами», а попросту - рабами тех, кто учит детей в классических школах и лечит в нормальных больницах. Причем рабами классическими, которые будут иметь кров, какую-никакую пищу из кузнечиков и переработанной нефти и одежду. Только вместо клейма у них будет идентификационный номер, вместо цепей им дадут гаджеты, а вместо надсмотрщика - пресловутый искусственный интеллект. И это будущее уже наступает не только в США и на Западе, но и, к сожалению, в России. Боулз также приводит в качестве примера исследование, которое провела консалтинговая фирма «Институт роскоши». Компания выяснила, что планируемые расходы на такие виды отдыха, как путешествия и походы в рестораны, опережают расходы на покупку конкретных товаров. Исполнительный директор «Института роскоши» Милтон Педраза видит в этом прямое влияние распространения гаджетов. На сегодня Россия входит в десятку стран, жители которых активно пользуются цифровыми госуслугами: к ним хотя бы раз в неделю обращается почти половина россиян, свидетельствует данные компании BCG.

По этому показателю Россия занимает девятое место в мире и уступает лишь Саудовской Аравии, ОАЭ, Индии, Индонезии, Аргентине, Марокко, Малайзии и Китаю. По темпам роста числа пользователей таких услуг Россия - на третьем месте (42%), в то время как в мире показатель составляет лишь 15%. Несмотря на рост потребления цифровых услуг, уровень цифровой грамотности в России, напротив, снижается, утверждают в Общественной палате. «Среднее значение индекса составило 4,52 пункта из 10 возможных, на 14,7% меньше в сравнении с прошлым годом (5,99 пункта), - отметил директор региональной общественной организации «Центр интернет-технологий» (РОЦИТ) Сергей Гребенников. - Это самый низкий показатель за всю историю измерения индекса цифровой грамотности».

Бедные стараются сделать так, чтобы их дети умели пользоваться компьютерами, богатые предлагают своим наследникам частные школы, где обучение строится на общении между людьми. Жизнь, проведенная перед экраном, теперь есть признак вашей неуспешности в жизни.

Каковы же особенности организации педагогического процесса в медицинской среде города Воронежа и в частности – среднего медицинского образования - в 21 веке?

Воронежский базовый медицинский колледж был основан 15 ноября 1870 года при Воронежской губернской больнице. Старейшее в России учебное заведение, отмечающее в этом 2020 году свое 150-летие, скромно именовалось тогда Школой повивальных бабок. С годами оно удостаивалось все более и более солидных титулов - школа фельдшеров, школа сестер милосердия, фельдшерско-акушерский техникум.

12 марта 1996 года было зарегистрировано регистрационной палатой Администрации города Воронежа за № 11380, как Государственное областное учреждение среднего профессионального образования "Воронежское базовое медицинское училище".

А в 2000 году на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2000 года № 2510/447525, реорганизовано в медицинский колледж. Его новое имя звучит в итоге основательно: Воронежский базовый медицинский колледж, подтверждая его высокую роль в подготовке медицинских кадров не только для Центра́льно-Чернозёмного экономи́ческого райо́на (Черноземье) - одного из крупнейших 12 экономических районов Российской Федерации, но и соседних областей.

БПОУ ВО «ВБМК» на сегодняшний день - одно из крупнейших образовательных учреждений России по подготовке медицинских кадров. Высокий статус колледжа обеспечивает высокопрофессиональная работа преподавательского состава, мощная материально-техническая база, богатейшие традиции, которые со временем не утрачиваются, а только преумножаются.

Учебный процесс построен на его непрерывной оптимизации. 160 преподавателей имеют большой педагогический опыт и высокую квалификацию. Они дают полноценные прочные базовые знания студентам и постоянно совершенствуют традиционные методы и формы обучения, развивая многое новое. Так, на базе отделения дополнительного профессионального образования (ДПО) БПОУ ВО «ВБМК» созданы электронные курсы лекций по каждой из преподаваемых дисциплин с заданиями для самостоятельной работы слушателей курсов, вопросами для самопроверки и составления конспектов, экзаменационными и зачѐтными вопросами, а также тестовые задания и ситуационные задачи, целый курс презентаций по лекционному и практическому материалу, а также видеофильмы, что позволяет вести весь учебный процесс дистанционно на достаточно высоком педагогическом уровне.

То есть наряду с действующей традиционной технологией обучения, основанной на групповом очном методе чтения лекций и ведения

практических и симуляционных занятий, которые предполагают нахождение студентов в учебных аудиториях, внедрение элементов информационных, компьютерных технологий образования является одной из важнейших проблем активизации познавательного процесса учащихся, особенно в условиях самоизоляции в связи с массовым распространением коронавирусной инфекции COVID – 19.

Использование компьютерных технологий (и частично - элементов дистанционного обучения) позволяет активно сочетать учебную деятельность с тренировочным процессами и самостоятельной работой учащихся.

Информационно-компьютерная технология обучения предполагает определѐнную возможность интерактивного взаимодействия между преподавателем и студентом. Система и форма информационно-компьютерного обучения требует основательной проработки и проектирования дидактических технологий обучения, включающих детальную разработку учебно-методических комплексов (УМК) по основным обучающим дисциплинам.

УМК по каждой дисциплине представляет собой подборку наиболее актуальных и важных материалов, что позволяет студенту очень эффективно использовать их на электронных носителях, на персональном компьютере и в домашних условиях.

Создание в Воронежском базовом медицинском колледже специальной профессионально-ориентированной обучающей среды, способствующей дальнейшему развитию информационного взаимодействия между обучающимися и преподавателями с использованием современных компьютерных технологий обучения, позволяет значительно повысить эффективность всесторонне обеспеченного образовательного процесса. Именно информатизация образования дает необходимый социальный и педагогический эффект, когда создаваемые и внедряемые информационные технологии становятся не инородным элементом в традиционной системе образования, а совершенно естественным образом интегрируются в него, сочетаясь с традиционными технологиями обучения.

Поэтому то ключевой задачей современного среднего, высшего и последипломного медицинского образования является создание условий для развития у обучающихся широкого спектра компетенций и прочно закрепленных практических навыков без какого-либо риска нанесения вреда пациенту. Развитие способностей к быстрому принятию решений (особенно при неотложных состояниях человека) и безупречного выполнения манипуляций или вмешательств – первейшая задача преподавателей ДПО.

Чтобы поддерживать постоянную учебную связь со слушателями курсов, используется электронная почта (в перспективе – скайп). Первый опыт использования предлагаемой нами формы и технологии показал продуктивность и перспективность использования такого рода постоянного общения преподавателя со студентами.

Преподавателями создается на каждого слушателя портфолио, в который помещаются ответы слушателей курсов по тестам и ситуационным задачам, а также выполненные контрольные работы и рефераты на заданные темы.

Мы пришли к выводу, что необходимо и возможно за счет совершенствования самих технологий обучения и широкого внедрения в учебный процесс информационных средств, создать специальную профессионально-ориентированную обучающую среду, которая способствует возникновению и развитию информационного взаимодействия между обучающимися и преподавателями на основе использования современных компьютерных технологий обучения, что позволит значительно повысить результативность всего образовательного процесса.

Информационно-технологическое обеспечение учебного процесса является системой, представляющей собой целостное единство функционально и структурно связанных между собой информационной и технологической составляющих, подчиненных единым целям всестороннего обеспечения учебного процесса.

Создание современной образовательной информационной среды в любом образовательном учреждении невозможно без компьютеризации учебного процесса. Именно информатизация образования дает необходимый социальный и педагогический эффект при условии, если создаваемые и внедряемые информационные технологии не становятся определяющим и основным элементом в традиционной, сложившейся уже на протяжении полутора века системе образования, а естественным образом интегрируются в него, сочетаясь с традиционными технологиями обучения.

Совершенно неоспорим тот факт, что подготовка специалистов, ответственных за жизнь и здоровье людей, в современном мире не может строиться и без симуляционного компонента. На базе отделения ДПО накоплен большой опыт, доказывающий высокую эффективность и данного вида обучения.

Но самое главное – объяснить слушателям ДПО основные принципы: полноценного рационального сбалансированного питания как пациентов различных нозологий, так и здоровых людей; экологичного поведения в обществе и социуме. И еще. Человек может добиться успехов только при одном условии - когда он к своей работе относится как к любимому хобби, увлечению, творческому процессу - в этом случае он будет трудиться круглосуточно и в результате его труда будут возникать шедевры.

Творческая работа – это самовыражение, создание нового, самобытного, авторского и уникального. Это единственное, чем побеждаются однообразные будни и рутина, когда все вокруг делают примерно одно и тоже.

Таким образом, всеобщая цифровизация общества полезна в экономической сфере и на производственных площадях. Рационально было бы сочетать традиционные отечественные методики и наработки по непосредственному общению с учащимися (***основной компонент обучения***) с взвешенным использованием имеющихся компьютерных средств (***дополнительный, вспомогательный компонент обучения***).

Список литературы

1. Заварзина Л.Э. Русские педагогические портреты: учеб. пособие: для вузов по пед. специальностям. - Воронеж: Изд-во им. Е.А. Болховитинова, 2009.
2. Казиник М.С. Буравчик в стране Света: Что такое культура? Чем человек отличается от всего живого? - М.: Бослен, 2020. - 160 с.
3. Казиник М.С. Погружение в музыку, или Тайны гениев-2. - М.: АСТ, 2017. - 300 с.
4. Казиник М.С. Буравчик в стране Света. - М.: Бослен, 2015. - 160 с.
5. Казиник М.С. Тайны гениев. - 4-е изд. - М.: Легейн, 2010. - 304 с.
6. Казиник М.С. Тайны гениев-2 или Волновые пути к музыке. - М.: Динатон, 2010. - 219 с.
7. Каптерев П.Ф. История русской педагогии. 2-е изд. - Пг., 1915.
8. Курочкина И.Н. Русская педагогика: Страницы становления (VIII-XVIII вв.). - М., 2002.
9. Савельев С.В. Изменчивость и гениальность. 3-е изд., стер. - М.: ВЕДИ, 2018. - 144 с.
10. Савельев С.В. Церебральный сортинг. 2-е изд., испр. и доп. - М.: ВЕДИ, 2018. - 256 с.
11. Савельев С.В. Нищета мозга. 2-е изд., доп. - М.: ВЕДИ, 2016. - 200 с.
12. Савельев С.В. Происхождение мозга. - М.: ВЕДИ, 2005. - 368 с.
13. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
14. Щепотин А.Ф., Чекулаев М.А., Сосонко В.Е., Шеховцев А.П. Комплексное учебно-методическое обеспечение образовательного процесса в средних профессиональных учебных заведениях. – М.: ИПР СПО, 2002. 9.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ЕГЭ В РОССИИ

Малеев Юрий Валентинович, Шепелева Наталия Геннадьевна, Костенко Ольга Владимировна, Артемова Алла Алексеевна, Шестакова Ольга Васильевна, Левченко Ирина Павловна, Татаринова Ирина вячеславовна, Колтунова Светлана Николаевна, Суркова Марина Викторовна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели
Ульянова О.В., *ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, преподаватель*
Паршутина Е.Г., *Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города Москвы "Школа № 2036", учитель*
Паршутина А.А., *ГБУЗ «ГП №66 ДЗМ» Филиал 1, хирургическое отделение, г. Москва, врач-хирург*

Единый государственный экзамен (ЕГЭ) в России был впервые введен в 2001 году в качестве эксперимента в ряде регионов, а с 2008 года – повсеместно в Российской Федерации (РФ). Но споры, связанные с данной

реформой образования, не стихают и до настоящего времени. Вопрос о положительных и отрицательных сторонах ЕГЭ является достаточно актуальным в нашей стране. Определенное количество людей считают, что ЕГЭ – это плохо, а другие – двумя руками «за». Чтобы у читателя данной статьи выстроилось собственное объективное мнение по данному вопросу, предлагаем рассмотреть положительные и отрицательные стороны проведения ЕГЭ в некотором графологическом порядке.

Итак, напомним сначала, что представляет собой ЕГЭ и кто может стать его непосредственным участником. ЕГЭ – это форма Государственной итоговой аттестации (ГИА) по образовательным программам среднего общего образования. При проведении ЕГЭ используются контрольные измерительные материалы (КИМ), представляющие собой комплексы заданий стандартизированной формы, а также специальные бланки для оформления ответов на предлагаемые ученикам задания. ЕГЭ проводится письменно на русском языке (за исключением раздела «Говорения» в ЕГЭ по иностранным языкам). Для проведения ЕГЭ на территории РФ и за ее пределами предусматривается единое расписание экзаменов. На территории РФ ЕГЭ организуется и проводится Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки (Рособрнадзором) совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющими государственное управление в сфере образования. За пределами территории РФ ЕГЭ проводится Рособрнадзором совместно с учредителями российских образовательных организаций, расположенных за пределами территории РФ, имеющих государственную аккредитацию и реализующих основные образовательные программы среднего общего образования, а также загранучреждениями Министерства иностранных дел РФ, имеющими в своей структуре специализированные структурные образовательные подразделения.

Участники ЕГЭ. К ЕГЭ, как форме Государственной итоговой аттестации, допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности, в том числе за итоговое сочинение (изложение), и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план (имеющие годовые отметки по всем учебным предметам учебного плана за каждый год обучения по образовательной программе среднего общего образования не ниже удовлетворительных).

Итак, начнем прежде всего с ***положительных моментов*** ЕГЭ.

1) Первым и самым главным плюсом ЕГЭ можно считать то, что он позволяет ***достаточно просто*** и ***прозрачно*** поступать в ВУЗы. Противники экзамена нашли бы к чему придраться – мол, не так уж просто и прозрачно – но большинство всё же согласится: в плане нервно-психических затрат ЕГЭ поступление облегчил – теперь необходимо сдавать экзамен всего лишь один раз. Кроме того, возможно стало поступать в пять ВУЗов страны сразу, а в каждом из них допускается выбор трех специальностей. Простой математический подсчёт показывает, что чисто гипотетически шансы каждого абитуриента возрастают в 15 раз! Ведь нам хорошо знакомо то время, когда выпускник «провалил» поступление, не набрав нужное количество баллов. И

вынужден был поступать на следующий год. Некоторые по пять-семь лет боролись за осуществление своей мечты. Зачисление сейчас происходит достаточно прозрачно, можно видеть всех поступивших, что определенным образом связывает руки коррупционерам. Абитуриент на сайтах ВУЗов может самостоятельно отслеживать, куда он проходит со своими баллами.

2) ***Подготовка и сдача***. Готовиться к ЕГЭ легче. На официальных сайтах публикуются демоверсии. В открытом доступе − официальные банки заданий. При наличии базовых знаний экзамен провален не будет, в отличие от системы с билетами, при которой можно было «не угадать со счастливым билетом». К слову, ЕГЭ включает материал по всем изученным темам, поэтому знания понадобятся действительно базовые. Для преодоления порога их хватит вполне. При этом по каждому предмету в ЕГЭ предусмотрены задания уровня сложности С, где выпускник может показать свои умения рассуждать, делать выводы, решать и аргументировано обосновывать свои решения.

3) Ещё один плюс ЕГЭ – его ***повсеместность***. Сдав экзамен в одной части страны, можно выбрать ВУЗ в другой ее части. Школьники всех уголков страны сдают русский язык, независимо от того, на каком языке говорят. Многие сочтут это минусом, но для нашей страны, где много различных национальностей, увеличение влияния одного языка – это несомненный плюс. ЕГЭ унифицирует систему образования, подводит его под одни нормы, что немаловажно для такой страны, как Россия.

4) ЕГЭ позволяет выпускникам поступать в вузы, находящиеся на значительном расстоянии от места их проживания, не тратясь на дорогу, а всего лишь отправив сведения о сдаче ЕГЭ по почте.

5) К плюсам можно отнести и ***резкое упрощение процедуры приема*** в высшие учебные заведения. Поэтому выросло число студентов из провинции, поступивших в элитные вузы Москвы и Санкт−Петербурга. Само по себе это не могло быть главной целью. Видимо, разумнее было бы сосредоточиться на создании первоклассных вузов, равномерно распределенных по территории всей огромной страны. Но пока только ЕГЭ позволяет талантливым детям из провинции получить образование в лучших ВУЗах. Сегодня цель «элитных» вузов − подготовка будущей «элиты» страны, а это требует отбора лучших будущих студентов со всей страны независимо от места жительства и ***условий обитания абитуриентов***. Хотя, судя по международным рейтингам, к сожалению, эта задача все же еще до конца не решена.

6) ЕГЭ − одно из ключевых направлений для введения в России ***единых для всех правил поведения***. Особую значимость ЕГЭ подчеркивал Игорь Шувалов, который несколько лет назад заявил, что ЕГЭ − это «Инструмент №1» в деле ***создания социальных лифтов***.

7) ***Уравнение шансов при поступлении в ВУЗ и объективность оценки***. Подтасовать результаты Единого Государственного экзамена практически невозможно в связи с принятыми в последнее время мерами по оснащению ППЭ камерами видеонаблюдения. Камерами оснащают и региональные центры обработки информации. Видеонаблюдение − это определенный гарант объективности и качества проведения ЕГЭ, обеспечение равных условий для

всех его участников, что позволяет контролировать соблюдение правил ЕГЭ на разных этапах: ***подготовки, планирования, проведения, проверки результатов и рассмотрения подаваемых апелляций***.

8) Проверка результата частично компьютеризирована, что позволяет сэкономить время и деньги, так как не надо тратиться на услуги наёмных проверяющих, как, например, при аккредитации учебных заведений.

9) Подготовка к сдаче ЕГЭ не лишает возможности углубления в предметы, которые необходимы ученику для поступления в вуз.

10) ***Уменьшение стресса при проведении экзаменов***. Действительно, в поздние времена СССР сдавали 6−7 экзаменов для получения аттестата о среднем образовании, а после короткого перерыва − еще 3−5 вступительных экзаменов в вузы.

Возможности человека не следует недооценивать. Массовый эксперимент советского времени, когда десятки миллионов сдавали многие подчас суровые экзамены, не выявил массовых тяжелых поражений с необратимыми последствиями для здоровья. Жизнь вообще состоит в постоянном преодолении трудностей, когда приходится проходить через многие серьезные испытания. Готовить к этому надо с раннего детства. Экзамены играют важную воспитательную роль: систематизируются знания; формируются чувство ответственности, навыки систематической регулярной работы, привычка к постоянному самоконтролю. Вообще, речь должна идти о создании непрерывно действующей на протяжении всех лет обучения эффективной и реалистичной системы испытаний. ***Лучшее средство от стрессов − постоянные тренировки.*** Экзамен − не праздник, но норма.

Отрицательные стороны проведения ГИА в форме ЕГЭ.

1) *Контрольно-измерительные материалы (КИМ) непривычны для российской системы образования.* Но, как правило, те, кто это утверждает, очень далеки от самого учебного процесса. Уже много лет в школах на разных предметах учителя осуществляют различные виды контроля знаний в тестовой форме и такой контроль не вызывает негатива у обучающихся.

2) *В результате перехода от полноценного экзамена к тестам исключается развитие способности к доказательству и формированию правильного ответа, страдают логические и мыслительные навыки в целом, а также творческое и рациональное начало.* Однако это тоже достаточно спорный момент. В КИМах по каждому предмету есть задания, для решения которых как раз очень необходимы прочные знания и умение провести стройные логические рассуждения. Есть задачи, которые может решить только ученик, изучающий предмет на углубленном уровне.

3) *В ЕГЭ по гуманитарным предметам содержатся некорректно сформулированные задания и спорные варианты ответов.* Но, к сожалению, человеческий фактор никто не отменял.

4) *ЕГЭ не помогает полностью избежать коррупции.* Весной 2010 г. в Ростовской области было задержано 70 педагогов, которые за 40 тысяч рублей сдавали ЕГЭ от имени учеников. Аналогичные уголовные дела расследовались в Саратовской области, Республике Дагестан, Пермском крае

и других регионах. В мае 2013 года сдавшие на Дальнем Востоке экзамен школьники выложили в сеть экзаменационные бланки с ответами. За счёт разницы в часовых поясах школьники европейской части России могли воспользоваться полученной информацией. Скандал привлёк внимание премьер-министра России Дмитрия Медведева. А в Белгородской области результаты экзамена части абитуриентов были даже аннулированы. Хочется надеяться, что видеонаблюдение должно гарантировать объективность и качество проведения ЕГЭ. К слову, скандалов, связанных с коррупцией на ЕГЭ в последние 2 года (2015, 2016 годы) в РФ отмечено не было.

5) *Не учитывается специализация школы: ученики как школ с гуманитарным, так и с естественно-научным уклоном сдают один и тот же вариант обязательного выпускного экзамена.* Это тоже достаточно спорное утверждение. Например, математика разделена на базовый и профильный уровень. В базовом для получения положительной оценки надо уметь решать задачи общекультурного уровня. А профильный выбирают те, кто будет поступать на математические специальности и он не является обязательным для всех. А вот русский язык в России − государственный, поэтому совершенно логично, что он обязателен для всех. Остальные же предметы каждый выбирает по своим интересам и предпочтениям.

6) *ЕГЭ приводит к новому виду репетиторства, связанного с повышением уровня знаний, но именно в спецификациях ЕГЭ.* Зачем обучающимся знать спецификации? Им надо уметь отвечать на вопросы, решать задачи, чем и должны заниматься на уроках.

7) *При компьютеризированной проверке частей А и В возможны ошибки распознавания ответов ученика, которые засчитываются как неправильные ответы.* Вот как раз с этим утверждением сложно не согласиться. Апелляции, к сожалению, возможны только на задания с развернутым ответом, которые проверяют эксперты. Это одна из самых слабых и уязвимых сторон ЕГЭ.

8) *ЕГЭ по русскому языку не может заменить полноценного выпускного экзаменационного сочинения: статус этого экзамена до введения ЕГЭ был самым высоким.* Но до введения ЕГЭ сочинения издавали брошюрами, переписывали от руки; звонили на Дальний Восток знакомым, чтобы перед экзаменом заранее знать темы выпускных сочинений. Словом, списывали очень многие.

9) *Интернет просто перенасыщен информацией о попытках суицида, истерий* и т.д. Ранее люди сдавали больше предметов и имели более устойчивую психику, они были готовы к этим трудностям. Истерики свойственны людям с определенными проблемами здоровья. И такие люди есть всегда, в какой бы форме экзамены они не сдавали.

10) *Против ЕГЭ настойчиво выступают жители Москвы и Санкт-Петербурга*, которые могли устраивать своих детей на обучение в лучшие ВУЗы на бюджетные места без особых материальных затрат и вне жесткой конкуренции. Про абитуриентов из провинции даже до настоящего времени говорят: «понаехали тут, а мы своих детей на коммерческий вариант обучения

вынуждены устраивать». Негативное отношение коренных жителей столиц к абитуриентам высших учебных заведений из провинции связано еще и с тем, что проходные баллы в ВУЗы стали на порядок выше, чем были раньше (естественный отбор). При этом многие считают, что получить высокие баллы на ЕГЭ в провинции значительно проще.

Таким образом, мы рассмотрели и проанализировали основные положительные и отрицательные стороны ЕГЭ, обсуждаемые последнее время в средствах массовой информации и компьютерных сетях. Очевидно, что данная форма проведения выпускающих и вступительных экзаменов еще требует усовершенствования. Авторы надеются, что у читателя сформируется собственное мнение, касающееся проведения ЕГЭ в России. Одновременно мы глубоко убеждены, что в первую очередь надо совершенствовать саму систему российского обучения, которая всегда отличалась самобытностью, оригинальностью, целостностью и строгой последовательностью. Русская земля богата талантами и самородками, а гениальность и оригинальность мышления, увлеченность саморазвивающейся личности рано или поздно все равно найдет свое применение в жизни и достойное место под солнцем, какие бы формы и виды экзаменов не вводились в образовании.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИН И ПМ

Михальков Андрей Сергеевич

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Аннотация: в статье рассматриваются основные особенности использования мультимедийных презентаций при изучении дисциплин и ПМ, дается оценка эффективности использования мультимедийных презентаций на занятиях, освещается собственный опыт применения презентаций на занятиях и их основные преимущества и недостатки

Ключевые слова: презентация, ПК, мультимедиа, современные технологии в образовательном процессе, XXI век, компьютерные технологии, современное обучение

Живя в XXI веке, нельзя не упомянуть о весьма существенной роли высоких компьютерных технологий. Современный студент живёт в мире электронной культуры. Роль современного преподавателя тоже меняется – он становится координатором всё возрастающего информационного потока. Таким образом, преподавателю необходимо владеть современными методиками и новыми образовательными технологиями, чтобы говорить на одном языке со студентами.

Мультимедийная презентация – эффективный метод организации обучения на лекциях и практических занятиях.

Мультимедийное занятие – это занятие, на котором используется представление информации с помощью технических средств (ПК, мультимедийная доска, проектор).

Данные технологии используются для усиления наглядности, для более доступного объяснения сложного материала. Например, автор использовал презентации на своих лекциях по дисциплине «Генетика человека с основами медицинской генетики», где визуализация весьма сложных для большинства студентов понятий (ДНК, РНК, хромосомы и их строение) является оправданной и заметно повышает эффективность усвоения нового материала.

Таким образом, презентации незаменимы при изучении нового материала, систематизации и обобщении знаний учащихся, итогового контроля знаний студентов.

Важным моментом является также создание презентации по «целостному» типу, где весь материал представлен «от простого к сложному» и в конечном итоге даёт учащимся представление о теме в целом, а не являет собой простой набор файлов.

Подводя итог вышесказанному, мы можем выделить следующие основные преимущества применения презентаций на лекционных и практических занятиях:

- Применение презентации упрощает процесс демонстрации рисунков, фотографий, схем, графиков, карт;
- Обеспечивает наглядность, способствует комплексному восприятию и более эффективному запоминанию материала;
- Применяя вставки видеофрагментов и анимацию, можно демонстрировать студентам сложные динамические процессы;
- Возможность проигрывания звуковых файлов;
- Реализуется интеграция наук, раскрываются межпредметные связи;
- Применение презентаций существенно экономит время для других видов образовательной деятельности во время проведения занятия.

Таким образом, можно увидеть неоспоримые преимущества использования презентаций на лекционных и практических занятиях со студентами, однако, нельзя обойти вниманием и возможные недостатки, сопровождающие данный образовательный приём:

- Очень быстрый темп смены слайдов;
- Перегруженность рисунками и подписями слайдов, обилие не несущих никакой смысловой нагрузки анимаций;
- Несоблюдение санитарно – гигиенических норм и правил, ограничивающих пребывание студентов перед экраном, несоблюдение температурного режима в помещении, где проводится занятие и т.д.

Можно заметить, что преимуществ использования мультимедийных презентаций на занятиях всё-таки больше, чем недостатков, которые, на мой взгляд, легко преодолеваются более тщательной подготовкой материала и опытом конкретного педагога в конкретной организации.

В итоге я хотел бы сделать следующие основные выводы по теме статьи:

- Во время лекционного либо практического занятия с применением мультимедийной презентации улучшается усвоение нового материала, поскольку в ходе такого обучения преобладает наглядно – образное мышление

и студенты лучше воспринимают информацию (яркие цветные рисунки и учебный материал, подвижные схемы и изображения и т.д.);

- Во время занятий у учащихся формируется пространственное и логическое мышление;
- Увеличивается активность студентов во время занятия, все задействованы в процесс усвоения и обработки нового материала;
- Появляется возможность быстрого онлайн – тестирования учащихся практически сразу после усвоения нового материала, и, таким образом, оценки эффективности педагогической деятельности конкретного преподавателя;
- Существенно экономит время и позволяет использовать традиционное лекционное или практическое занятие как платформу для одновременного использования нескольких обучающих методов, технологий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ЦИКЛАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В БПОУ ВО «ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Пополитова Ольга Анатольевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Я услышал и забыл,
Я увидел и запомнил,
Я СДЕЛАЛ И ПОНЯЛ.
Конфуций

Возрастание технологичности выполняемых диагностических и лечебных процедур, проводимых в сжатые временные промежутки, повышение требований к качеству и срокам оказания медицинской помощи требует от среднего медицинского персонала высокого уровня освоения практических навыков и их поддержания в процессе профессиональной деятельности. Кроме того, подготовка квалифицированного специалиста невозможна без контакта и общения с реальными пациентами, но все чаще безопасность пациента и егоблагополучие представляют фундаментальную этическую проблему.

Всемирным альянсом за безопасность пациентов при поддержке ВОЗ было опубликовано Руководство по обеспечению безопасности пациентов для медицинских учреждений образования, в котором отмечается, что медицинские учреждения образования должны создать безопасную и надежную образовательную среду для обучения клиническим умениям. Одним из способов достижения этих целей является симуляционное обучение, позволяющее обучающемуся достичь более высокого уровня клинической компетентности.

Симуляционное обучение во всем мире уже давно и прочно претендует на роль образовательных стандартов практической медицины, в нашей стране

оно получило свое развитие сравнительно недавно. Министерством здравоохранения разработана Концепция симуляционного обучения в системе медицинского образования в Российской Федерации. Применение этой системы призвано существенно повысить эффективность и безопасность оказываемой медицинской помощи.

В ВБМК разработаны и проводятся циклы дополнительного профессионального образования (ДПО) по системе непрерывного медицинского образования (НМО), включающие симуляционное обучение (СО). Цикл ДПО по системе НМО «Основы профессиональной деятельности медицинской сестры процедурной» рассчитан на 72 часа для специальностей «Сестринское дело» и «Сестринское дело в педиатрии».

Симуляционное обучение –обязательный компонент в дополнительной профессиональной подготовке, использующий модель профессиональной деятельности с целью предоставления возможности каждому обучающемуся выполнить профессиональную деятельность или элемент в соответствии с профессиональными стандартами и/или порядками (правилами) оказания медицинской помощи.

Согласно Концепции симуляционного обучения, в ходе подготовки специалистов СПО учебное время перераспределено таким образом, чтобы между теоретической подготовкой и участием в осуществлении медицинской деятельности появились обязательные модули СО по выполнению высокотехнологичных манипуляций и отработкой действий в имитированных клинических ситуациях. Высокотехнологические вмешательства сопряжены с нарушением целостности кожных покровов, контактом со слизистыми оболочками пациента: введение лекарственных средств инъекционным способом, осуществление инфузий и трансфузий в периферические вены, забор крови на лабораторные исследования. Высокие риски осложнений при выполнении этих манипуляций, ограничения этического и правового характера, делают симуляционное обучение важным в процессе подготовки медицинских специалистов дополнительного профессионального образования по системе непрерывного медицинского образования.

В основе симуляционной технологии лежит имитационный тренинг -это обучение, при котором обучаемый осознано выполняет действия в обстановке, моделирующей реальную, с использованием специальных средств обучения.

Синонимом имитационного обучения является «моделирование» в процессе обучения. Среди специальных средств для имитации в обучении ДПО используются следующие: фантом (модель человека или его части в натуральную величину), муляж (специально изготовленный предмет взамен настоящей вещи), манекен (фигура, на которой можно что-то демонстрировать), тренажер (устройство для искусственного создания (имитации) различных объектов и ситуаций), симулятор (элемент, позволяющий имитировать чью- либо ответную реакцию) по освоению практических навыков и умений. Формирование навыка процесс долгий. Только в рамках симуляционного тренинга, учебной игры (это прием обучения, который имитирует деятельность по определенным правилам. При

этом помещают обучающегося в ситуацию, которая включает те же ограничения, мотивацию и принуждение, какие существуют в жизни, но это не становится реальной трагедией), мастер-классов (смешанный прием обучения, где демонстрируется какая-либо деятельность и описываются ее характеристики, но участие самих обучающиеся в этой деятельности на занятии не является обязательным, они участвуют в обсуждении, в процессе которого они или узнают новую для себя информацию(лекция) или совместно вырабатывают новое знание (семинар), просмотром видеофильмов с ТьюторМЭН, многократными повторениями можно умение довести до автоматизма. Выполнение медицинской манипуляции должно соответствовать всем требованиям алгоритма и стандартной операционной процедуры (СОП) медицинской организации (МО), а также требованиям к обеспечению безопасности медицинского работника, пациента, окружающей среды и соблюдения правил этики и деонтологии. Задача преподавателя в процессе тренинга - вносить необходимые корректировки для правильного формирования умения, и только когда действие выполняется правильно, можно продолжить его повторение до выработки определенного автоматизма. И самое главное, следить, чтобы в процессе неоднократного повторения не повторялись и не закреплялись ошибки. Выработка автоматизма при выполнении определенного умения -это уже сформированный навык. Любое действие, выполняемое обучаемыми, может быть вербально ими обосновано, согласно алгоритму и СОП МО. Сохранение навыка возможно только при регулярном использовании, иначе навык утрачивается.

Кроме того, симуляционно-тренинговые занятия улучшают моторные навыки обучаемых, четкими, уверенными, профессиональными становятся их движения, сокращается количество неверных и лишних действий. А осознание того, что надо быть всегда готовым к редко встречающимся в их профессиональной каждодневной практике ситуациям, нацеливает на регулярные тренинги и ответственное отношение к выполняемым манипуляциям. Симуляционное обучение, сценарный подход к обучению позволяют многократно и точно воссоздавать типичные или нестандартные клинические ситуации, что дает возможность адаптировать ситуацию под каждого обучающегося.

Таким образом, симуляционное обучение позволяет:

- создать клиническую ситуацию максимально приближенную к реальной практике без риска для пациента и многократно самостоятельно отработать мануальные навыки с правом на ошибку, недопустимую в жизни;
- отработать алгоритмы действий и СОП каждого обучающегося и группы в целом;
- сократить количество и последствия медицинских ошибок, которые могут быть определены, обсуждены и исправлены, что увеличивает безопасность пациентов;
- создать условия для выработки и поддержания навыков профессиональных действий в редких ситуациях, необходимых каждому

специалисту (например, анафилактический шок, сердечно-легочная реанимация);

- выбрать тактику оказания неотложной помощи в различных неотложных ситуациях (обморок, коллапс, гемотрансфузионный шок) в соответствии с существующими стандартами;

- решить этические и правовые проблемы.

Необходимость качественного оказания медицинской помощи, обеспечение безопасности пациентов – основная причина повышенной востребованности симуляционного обучения, и оно действительно способно исправить многие недостатки в практической подготовке медицинского персонала.

Сообщества симуляционного обучения:

1. Европейское Общество Симуляционного обучения в медицине (Sesam).

2. Международное Общество Симуляции в здравоохранении в Миннеаполисе США.

3. Общественное объединение «Российское общество симуляционного обучения в медицине».

4. Всемирный Альянс за безопасность пациентов при ВОЗ.

Законодательная база:

1. Концепция симуляционного обучения в системе медицинского образования в Российской Федерации.

2. Письмо МЗ СР РФ от 18.04.2012 г. № 16-2/10/2-3902 «О порядке организации и проведения практической подготовки по ОПОП среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и ДПО».

3. Приказ МЗ Ср РФ от 16.04.2012 № 362н «Порядок организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского мед и фарм.образования и ДПО».

4. Приказ МЗ СР РФ от 22.08.2013 № 585н «Об утверждении порядка участия обучающихся по ОПОП и ДПП в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности».

ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ОК И ПК КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ

Рубахина Ольга Евгеньевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

В «Концепции модернизации Российского образования» говорится: «Развивающемуся обществу нужны современно образованные, нравственные, предприимчивые люди, которые могут самостоятельно принимать решения прогнозируя их возможные последствия, отличающиеся мобильностью, способные к сотрудничеству, обладающие чувством ответственности за судьбу страны, её социально-экономическое процветание». [2, с.29]

В соответствии с концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации первоочередной задачей является повышение качества жизни населения. Параметр качества жизни становится системообразующей парадигмой для развития отечественного здравоохранения на ближайшую перспективу: «Основной целью государственной политики в области здравоохранения является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки». [1, с.37]

Актуальность данного вопроса заложена в макете стандарта среднего профессионального образования, ведущим подходом которого является необходимость приобретения профессиональной компетентности как результата освоения программы подготовки специалиста.

Формирование общих и профессиональных компетенций является основой реализации федеральных государственных стандартов нового поколения для учреждений среднего профессионального образования. Медицинский работник среднего звена может реализовывать названные функции только в том случае, если он владеет большим кругом соответствующих знаний и умений.

В ФГОС нового поколения компетенция трактуется как система знаний, умений, личностных качеств, практического опыта определяющих готовность личности к успешной профессиональной деятельности в определенной области. Общие компетенции необходимы для успешной деятельности как в профессиональной, так и в непрофессиональной сферах (работа с литературой, проведение исследований, взаимодействие с людьми, здоровьесбережение). Профессиональные компетенции необходимы для реализации профессиональной деятельности. [4, с.193]

В основе компетентностного подхода к профессиональному образованию лежат принципы репродуктивного и продуктивного обучения. В связи с этим, последний приобретает особое значение, т.к. он развивает аналитическое мышление, а это уже важная составляющая сознательного творчества. Для реализации этого направления необходимо развивать творческое, клиническое мышление, профессиональную интуицию необходимую для принятия обоснованных решений и выработки алгоритма действий как в стандартных, так и в сложных непредвиденных клинических ситуациях.

Основное требование при компетентностном подходе заключается в том, что цели обучения должны формулироваться на языке деятельности, которая может быть проверена. [3, с. 45] В соответствии с современными требованиями ФГОС для каждой компетенции необходимо перечислить умения и основные знания, необходимые для формирования этих умений.

Таблица 1. Профессиональные компетенции деятельности

Компетенции	Умения	Знания
Собрать сведения о пациенте	Расспросить самого пациента и его родственников об особенностях течения заболевания. Провести осмотр и физикальное обследование пациента. Провести лабораторные исследования.	Этика и деонтология. Психология общения. Клиника и патогенез заболевания.

Реализация компетентностного подхода предполагает не только передачу студенту совокупности знаний, умений, навыков в профессиональной сфере, но и становление личности будущего специалиста в процессе обучения и достижение выпускниками общих и профессиональных компетенций. [4, с. 196] Поэтому, новые аспекты компетентностного подхода сегодня включают не только профессиональную деятельность, но и личностные компетенции специалиста, прежде всего, качества личности.

Для этого необходима целостная система воспитания, включающая перечень профессиональных и гражданских качеств специалиста и требований к поведению, через которое эти качества формируются.

Таблица 2. Личностные компетенции

Качества личности	Требования к поведению
Милосердие, терпимость к пациенту, гуманность, аккуратность, точность, ответственность, дисциплинированность, сострадание, отсутствие страха и др.	Быть опрятно одетым; расположить пациента к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей процедуры, приободрить, похвалить пациента за выдержку и терпение во время процедуры; уверенно проводить все манипуляции, точно соблюдать назначенное время для проведения процедур; помнить, что за неправильное проведение процедуры специалист несет ответственность.

Необходимость новых подходов к подготовке специалистов среднего медицинского звена, включённых в ФГОС нового поколения, заложенный в них модульно-компетентностный подход предполагает новый уровень партнерства с лечебными учреждениями, работодателями, органами управления здравоохранением. [4, с 195]

Совместная работа преподавателей средних медицинских учебных заведений и сотрудников учреждений здравоохранения способствует реализации деятельностного подхода в обучении медсестер, фельдшеров, акушерок, зубных техников, фармацевтов и других специалистов среднего звена. Такой опыт можно рассматривать на примере сотрудничества преподавателей ВБМК и многопрофильных стационаров г. Воронежа в процессе проведения практических занятий, а также – прохождения студентами колледжа производственных практик, промежуточных и итоговых аттестаций по профилю деятельности.

Администрацией различных медицинских организаций города предоставляются учебные комнаты на базах поликлиник и стационаров, возможность использования в учебных целях медицинской документации под контролем преподавателей, отработки практических навыков и манипуляций в соответствии с квалификационными требованиями. После лекций проводятся практические занятия с использованием методов обучения, развивающих профессиональные компетенции: работа в малых группах, ролевые и деловые игры, решение проблемно-ситуационных задач, составленных преподавателями. При этом делается акцент на адаптации пациента к условиям пребывания в стационаре; решаются проблемы связанные с дефицитами самообслуживания, ухудшения качества жизни в связи с развитием заболевания и ухудшением общего самочувствия; уделяется особое внимание проблемам профилактики развития осложнений и ухода за пациентом как в условиях стационара, так и на дому.

Предлагаемые студентам задачи предполагают различные пути для решения поставленных проблем. Задачи могут быть клиническими, лечебно - диагностическими, профилактическими, деонтологическими. Их можно одновременно использовать для усвоения изучаемого материала и для контроля и оценки качества усвоения знаний и умений обучающимися. В процессе решения задачи студенты учатся логически и творчески мыслить, анализировать, дифференцировать, строить и опровергать утверждения, выбирать и обосновывать варианты решения, моделировать поведение медперсонала. Разбор задач имеет и воспитательное значение, т.к. способствует развитию у обучающихся таких навыков как сообразительность, оперативность, ответственность, точность.

Особое внимание при проведении практических занятий уделяется разбору и усвоению алгоритмов диагностики и медицинской помощи при остро возникших и неотложных состояниях.

Отрабатываются практические навыки по осуществлению медицинской помощи и уходу за больными различных возрастных групп с наиболее часто встречающимися и распространенными острыми и хроническими заболеваниями. Заведующие отделениями, старшие сестры, лечащие врачи, сестринский персонал отделений оказывают большую помощь преподавателям в подборе пациентов для демонстрации и курации в соответствии с темами занятий.

На этапе проведения практики преподаватели совместно с персоналом лечебно-диагностических отделений обеспечивают условия усвоения и контроль за выполнением манипуляций в соответствии с квалификационными требованиями.

Для решения проблем повышения качества подготовки средних медицинских работников, специалистов среднего звена, необходимо максимально использовать достижения теории и практики профессиональной педагогики. Важно и, прежде всего, необходимо повысить роль самостоятельной работы студентов на практических занятиях, как фактора, стимулирующего сотрудничество и развитие познавательной активности обучающихся.

Таким образом, мы можем и должны добиться предоставления качественных услуг образования на уровне мировых стандартов, так как на современном этапе образовательного процесса стратегической целью медицинских учебных заведений является подготовка высококвалифицированных, конкурентно способных специалистов для практического здравоохранения.

Список литературы

1. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.

2. Концепция Федеральной целевой программы развития образования на 2016 — 2020 годы. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 2765-р. — URL http://2016-god.com/koncepciya-razvitiya-obrazovaniya-na-2016-2020-gody/

3. Государственная кадровая политика: концептуальные основы, приоритеты, технологии и реализации. //Под общей ред. проф. С. В. Пирогова. Москва, Изд-во РАГС, 2017. - 252с.

4. Петренко Е. А. Анализ компетентностного подхода в стандартах высшего и среднего профессионального образования [Текст] // Актуальные задачи педагогики: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2014 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2014. — С. 193-196. — URL https://moluch.ru/conf/ped/archive/102/5492/

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ДОПУСКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ СВОИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

Селеменева Светлана Ивановна, директор БПОУ ВО «ВБМК»
Плотникова Татьяна Александровна, заведующая центром аккредитации на базе БПОУ ВО «ВБМК»

В настоящее время предъявляются высокие требования к уровню теоретической и практической подготовки медицинских работников, использованию информационных технологий в профессиональной

деятельности в связи с быстрым развитием новых направлений в практическом здравоохранении.

Необходимость постоянного обновления знаний, принятия ответственных решений в условиях частой смены технологий потребовали перехода от традиционной системы последипломного обучения к системе непрерывного медицинского образования. Именно краткосрочные образовательные модульные программы создают благоприятные условия для повышения квалификации медицинских работников без отрыва от работы.

Сегодня в Российской Федерации действуют параллельно две системы допуска медицинских работников к профессиональной деятельности – сертификации и аккредитации специалистов. Система сертификации существует и применяется уже более двадцати лет. За это время она стала привычной и понятной для средних медицинских работников. После окончания медицинского колледжа выпускники получали одну из медицинских специальностей и соответствующий ей сертификат специалиста. Далее медицинский работник приступал к своей профессиональной деятельности,1 раз в 5 лет проходил повышение квалификации по дополнительной профессиональной программе, сдавал сертификационный экзамен и получал допуск к профессиональной деятельности на следующие 5 лет [1]. Внутри этой системы при необходимости можно было поменять свою специализацию через профессиональную переподготовку и получить новую медицинскую специальность и соответствующий сертификат специалиста для допуска к профессиональной деятельности по новой специальности.

Аккредитация, как новая система допуска к профессиональной деятельности впервые была упомянута в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». 69 статья этого закона вступила в силу с 1 января 2016 г. Согласно части 3 статьи 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, **аккредитация специалиста** – это процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской (или фармацевтической) деятельности по определенной специальности. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 01.01.2016 по 31.12.2025 включительно. Сертификаты, выданные до 01.01.2021, будут действовать до завершения указанного в них срока. С начала 2021 года выдача сертификатов будет полностью отменена и право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности будет подтверждаться только через процедуру аккредитации [2]. Все без исключения специалисты должны будут вступить в систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Приказом департамента здравоохранения Воронежской области от 20.03.2019 № 462 на базе БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж» создан центр аккредитации средних медицинских работников с целью реализации регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Воронежской области квалифицированными кадрами». Центр аккредитации располагается по адресу: г. Воронеж, ул. III Интернационала, дом 3.

Процедура аккредитации с 2016 года становится обязательным условием подтверждения права заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью и включает тестирование, выполнение заданий на симуляторах или оценку практических навыков, решение ситуационных задач, а с 2021 года - анализ портфолио специалиста.

Порядок прохождения аккредитации закреплен в Положении об аккредитации специалистов [3]. Действует три вида аккредитации: первичная (по окончании обучения), первичная специализированная (после профессиональной переподготовки) и периодическая аккредитация (аналог подтверждения сертификата). Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование (далее – НМФО) – это новая форма повышения квалификации всех работников здравоохранения с начислением баллов за пройденные часы обучения. Ее разработали для повышения качества оказываемой медицинской помощи. НМФО станет неотъемлемой частью прохождения процедуры периодической аккредитации. Преимуществами данного вида образования являются:

• снижение затрат на проведение обучения (аренду помещений, поездок к месту обучения как обучающихся, так и преподавателей);

• сокращение времени на обучение (сбор, время в пути);

• самостоятельное планирование времени, места и продолжительности занятий;

• возможность одновременно проводить обучение большого количества человек;

• повышение качества обучения (электронные базы данных);

• создание единой образовательной среды.

На первом этапе аккредитация коснулась выпускников медицинских высших учебных заведений: летом 2016 года впервые была проведена первичная аккредитация выпускников фармацевтических и стоматологических факультетов. В дальнейшем, летом 2017 года к первичной аккредитации присоединились выпускники лечебных и педиатрических факультетов, специалисты медико-профилактического дела, медицинской биофизики, медицинской биохимии и кибернетики.

С 2018 года началась процедура первичной аккредитации для лиц, получивших после 1 января 2018 г. среднее медицинское и фармацевтическое профессиональное образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами.

Полный переход на первичную специализированную аккредитацию должен быть осуществлен с 1 января 2021 года [4].

Периодическую аккредитацию для врачей планируется начать с 2021 г.

Что дает процедура аккредитации специалистов? Ответы очевидны:

• непрерывность профессионального образования;

• более тесная связь с регуляторными органами;

• формирование у специалистов потребности и дисциплинированности в постоянном поддержании на соответствующем уровне профессиональных знаний и совершенствовании профессионального опыта.

Таким образом, результатом реформы системы медицинского образования должно стать единое качество образования вне зависимости от провайдера образовательных услуг, в том числе, и через систему аккредитации. Полный переход к прохождению процедуры аккредитации как системы допуска медицинских работников к профессиональной деятельности должен быть произведен в 2026 году, а система сертификации - прекратить свое существование.

Список литературы и источников

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста». [Электронный ресурс]. - https://rg.ru/2013/04/12/sertifikat-dok.html

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2017 № 1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. - https://rg.ru/2018/01/23/minzdrav-prikaz1043-site-dok.html

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. - http://base.garant.ru/71423024/

4. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 04.08.2020 г. № 806н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные Приказом МЗ РФ от 22.12.2017 г. № 1043н» [Электронный ресурс]. - https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1410652/

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ КОЛЛЕДЖА

Селеменева Светлана Ивановна, директор БПОУ ВО «ВБМК»
Селивановская Екатерина Леонидовна, зам. директора по УР БПОУ ВО «ВБМК»
Еремина Надежда Александровна, к.б.н., методист БПОУ ВО «ВБМК»

Учебно-методическая работа (далее - УМР) в ВБМК – это основной вид образовательной деятельности, представляющий собой совокупность мероприятий, проводимых администрацией колледжа, педагогами с целью повышения уровня образования выпускников колледжа.

УМР колледжа представляет собой гибкую систему взаимосвязанных организационно-педагогических мероприятий, направленных на оптимизацию подготовки специалистов. УМР способствует повышению эффективности учебно-воспитательного процесса в целях улучшения качества подготовки квалифицированных специалистов по реализуемым колледжем специальностям, повышению уровня профессионального мастерства педагогических работников и обучающихся колледжа.

Содержание учебно-методической работы основывается на нормативных, правовых документах и законодательных актах Российской Федерации, Уставе колледжа, локальных нормативных актах, регламентирующих организацию и управление учебно-методической работой, деятельностью педагогических кадров.

Целью учебно-методической работы является формирование и реализация единой научно-методической и информационной среды в колледже с целью создания условий для профессионального роста педагогов и получения студентами современного качественного образования.

Задачи учебно-методической работы в колледже на 2020-2021 учебный год:

1. Корректировка рабочих программ и тематических планов учебных дисциплин и профессиональных модулей.
2. Совершенствование системы построения оценочных средств для оценки результатов освоения учебных дисциплин и профессиональных модулей.
3. Продолжение внедрения в образовательный процесс инновационных педагогических технологий, интерактивных методов обучения, проведение открытых уроков.
4. Повышение профессионального и педагогического мастерства преподавателей колледжа.
5. Оказание помощи преподавателям колледжа в процессе их подготовки к открытым урокам, публичным выступлениям, публикациям.
6. Организация работы педагогических работников в научно-практических конференциях, круглых столах, семинарах.
7. Организация работы цикловых методических комиссий.

8. Активизация деятельности педагогических работников по созданию учебно-методических пособий и методических разработок для учебных дисциплин и междисциплинарных курсов, в том числе электронных.

9. Контроль за организацией системы наставничества над молодыми преподавателями.

10. Внедрение в образовательный процесс элементов электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

Акцент в управлении научно-методической деятельностью педагогов в колледже направлен на педагога способного:

- проектировать образовательный процесс с использованием современных технологий;
- осуществлять научно-методическую деятельность на основе инновационного подхода;
- самореализоваться в научно-методической деятельности.

Управление научно-методической деятельностью на основе инновационного подхода позволяет администрации:

- усилить образовательные эффекты;
- повысить качество усвоения материала студентами;
- осуществить индивидуальный подход к студентам с разным уровнем готовности к обучению;
- наполнить учебные занятия и производственную практику актуальным содержанием;
- развивать творческий подход к профессиональной деятельности.

Таким образом, в условиях модернизации системы образования управление учебно-методической деятельностью становится продуктивной формой работы педагогов, построения инновационной системы научно-методической деятельности [1].

Важным компонентом системы среднего профессионального образования является не только традиционно существующая система обучения, но инновационные подходы, такие как:

1. Деловые, ролевые игры - позволяют развивать и закреплять у обучаемых навыки самостоятельной работы, умение профессионально мыслить, решать задачи и управлять коллективом, принимать решения и организовывать их выполнение. Во всех случаях игры в обучении выполняют познавательную, исследовательскую, воспитательную функции, а также функцию контроля. Таким образом, деловые игры, ролевые игры, игровое моделирование становятся универсальным средством воспроизведения учебной, производственной, исследовательской деятельности, обеспечивающей принятие обоснованных решений в заданных условиях.

2. Практическое занятие – это форма организации учебного процесса, при использовании которой обучающиеся по заданию и под руководством преподавателя выполняют одну или несколько практических работ. Дидактическая цель практических работ - формирование у обучаемых профессиональных умений, а также практических навыков, необходимых для изучения последующих учебных дисциплин.

С целью обеспечения качества подготовки специалистов в колледже внедряются инновационные формы и методы обучения. Одной из таких форм является разработка и внедрение учебно-методических пособий. За последние годы в нашем колледже по многим учебным дисциплинам были разработаны большое количество электронных пособий в виде мультимедийных презентаций. Мультимедийное сопровождение учебного занятия позволяет рационально организовать работу всех учащихся для усвоения большого объема материала. Разрабатываемые в колледже электронные учебные материалы позволяют проводить занятия с мультимедийным представлением информации на экране или интерактивной доске, а также использовать электронные учебные пособия при организации индивидуальных форм обучения (проведение занятий в компьютерных классах) и дистанционных форм обучения [1].

С каждым годом активизируется вовлечение студентов в научно-исследовательскую-деятельность. Студенты под руководством своих научных руководителей с большим интересом занимаются разработкой тематической проблемы в определенной предметной области и потом защищают свои проекты в виде выпускных квалификационных работ.

XXI век, несомненно, можно назвать веком информационных технологий. Информационное пространство нашего колледжа формируется в двух направлениях: планирование и организация учебного процесса, внеурочных мероприятий и управление учебным заведением.

Составляющими этих направлений являются: локальная сеть, компьютерное тестирование, электронные обучающие и контролирующие программы, электронная библиотека, научно-исследовательские работы студентов, выход в Интернет для студентов и преподавателей, официальный сайт Воронежского базового медицинского колледжа.

В распоряжении наших студентов для подготовки реферативного материала, сообщений и докладов в библиотеке колледжа установлены компьютеры с выходом в Интернет.

К 150-летнему юбилею колледжа в Интернете представлен обновленный сайт Воронежского базового медицинского колледжа с усовершенствованной структурой, который максимально полно отражает всю имеющуюся информацию по колледжу: историю нашего учебного учреждения, новости, нормативные документы, издания колледжа, деятельность коллектива по различным направлениям, расписание, трудоустройство, информацию для абитуриентов и многое другое.

Список литературы

1. Селеменева С.И., Селивановская Е.Л., Мальцева Л.Н., Жихарева Н.И., Еремина Н.А. Управление инновационной деятельностью в ВБМК по формированию профессиональных компетенций у студентов. Инновационные обучающие технологии глазами различных специальностей: от общего к частному: сборник материалов региональной очно-заочной студенческой научно-практической конференции (25 апреля 2019 г., г. Воронеж, БПОУ ВО

«Воронежский базовый медицинский колледж»)/ [Электронный ресурс]. - Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», 2019.- 252 с.

ЮБИЛЕЙНЫЙ ГОД ПРАЗДНИКА ПОБЕДЫ

Сидельникова Светлана Ивановна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель
Поливаева (Нарушевич) М.В.
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», выпускница

2020 год – юбилейный год скорбного и великого праздника Победы. Нет ни одной семьи, которую не коснулась бы война, в которой не погибли бы близкие. Люди берегут эту память.

Юбилей Победы празднуем в тот же год, что и 150-летний юбилей медицинского колледжа. 150 лет колледж (ранее училище) готовит медицинских работников для здравоохранения. Подготовка по клиническим предметам проходит в тесном контакте с практическим здравоохранением во всех лечебно-профилактических учреждениях нашего города. Занятия по педиатрии и сестринскому уходу в педиатрии проходят на базах областных детских клинических больниц №1 и №2. База проведения моих занятий – корпус №1 Воронежской областной детской клинической больницы №1 по улице Бурденко, 1. Ранее по этому адресу находилась областная клиническая больница.

Областная детская клиническая больница №1 Воронежа основана в 1932 году при институте охраны младенчества и материнства. В 1948 году учреждение было объединено с детской консультацией.

За все годы существования больница располагалась по разным адресам – на улице Никитинской, затем на улице Космонавтов, а после перемещения областной больницы в новые корпуса на Московском проспекте на улицу Бурденко была переведена областная детская клиническая больница №1.

Когда подхожу к парку на территории больницы и вижу руины Ротонды, часто у меня перед глазами всплывает пустырь, который был на этой территории в пятидесятые годы прошлого века. В моём дошкольном и младшем школьном возрасте мой папа, Иван Васильевич Сидельников, участник боёв за Воронеж, показал мне все места боёв в городе и его окрестностях. Показывал воронки от снарядов, бомб, заросшие травой и земляникой солдатские окопы. Особенно помнится огромный (на детский взгляд) пустырь в рытвинах от снарядов и бомб и одинокая разрушенная Ротонда. И следа не было от бывшей областной больницы после нашествия фашистов. После разгрома фашистов в городе не осталось ни одного уцелевшего здания, люди жили в землянках. Воронеж восстановили, в том числе, на прежнем месте построили корпус областной больницы. В настоящее время в больнице наши преподаватели проводят занятия по подготовке медицинских сестёр и фельдшеров в тесном доброжелательном контакте с сотрудниками больницы.

Наши выпускницы работают во всех отделениях больницы, многие десятилетиями, но и выпускники последних лет находят себе место в больнице. Иногда на занятиях у иногородних обучающихся возникают вопросы – что за остатки разрушенного здания в форме ротонды? Естественно, эти вопросы не остаются без ответа.

В День памяти и скорби 22 июня 2020 года в Воронеже торжественно открыли Ротонду как исторический памятник. Один из символов города – руины больницы, разбитой снарядами и бомбами в годы Великой Отечественной войны, – стал доступен для обзора после работ по консервации.

Многие наши талантливые выпускники работают в областной детской больнице, многие из них проявляют свои творческие способности. Одна из выпускниц колледжа, Мария Поливаева (Нарушевич), подготовила материал, посвящённый юбилею Победы и юбилею колледжа, представленный ниже.

В 2020 году наша страна отмечает 75-летие Победы в Великой Отечественной войне.

За всю историю наш народ подвергся немалым испытаниям. Но Великая Отечественная война по своим масштабам, разрушениям и человеческим жертвам не имела себе равных за всю историю нашего государства. Тем значимее наша Победа!

С каждым годом все меньше и меньше остаётся участников и свидетелей тех страшных событий. Очень важно, нам – нынешнему поколению, не забывать и передавать потомкам всю историю Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Рассказывать подрастающему поколению правду о войне, о ее Героях и их героических поступках, о той боли и лишениях самоотверженных жителях нашей Родины, которые через это всё прошли сохранили мужество, доброе сердце и любовь к Родине.

Создаются всевозможные проекты, направленные на развитие патриотизма, формирование национального самосознания и уважения к истории своей страны, формирование стойкой гражданской позиции у подрастающего поколения, а так же на повышение общественной активности

различных социальных групп и вовлечение их в социально значимую деятельность. После окончания войны, в наших сердцах, жива память о подвиге народа. Она увековечена в монументах и памятниках, расположенных на территории города.

Немаловажную роль в годы ВОВ сыграла военная медицина. Тысячи врачей и медицинских сестер спасали жизни наших солдат. Война коснулась и больничного городка в Воронеже, на территории которого в данный момент находится один из корпусов БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1». Здесь я работаю медицинской сестрой. Люблю свою профессию, стараюсь получить как можно больше знаний и опыта, что бы быть полезной моим маленьким пациентам. Каждый раз, проходя мимо легендарной Воронежской Ротонды, я испытываю одновременно гордость и грусть – сколько горя ты выдержала, многострадальная Русь!

История больницы началась в далеких 30-х годах XX века. В городе выстроили целый медицинский городок – комплекс областной клинической больницы. Архитектором был назначен Д. Чечулин. Парадная часть больницы с многочисленными колоннами и огромным куполом была поистине великолепна. На первом этаже – вестибюль с фонтаном по центру, на втором этаже – демонстративный зал хирургического корпуса, где проводились занятия со студентами - медиками. Врачи лечили пациентов, студенты учились… Больница была хорошо известна в городе, даже весь квартал, где она находилась, горожане прозвали «больничным городком», хотя там находились и жилые дома, и много других учреждений.

А потом началась война…

Городок областной больницы, затем стадион «Динамо», парк культуры и отдыха, Березовую рощу фашисты захватили 9 июля, когда остатки подразделений 233-го и 287-го полков НКВД после кровопролитных боёв в центральных кварталах Воронежа отступили к железнодорожным мостам у станции Отрожка. Однако двое суток спустя началось движение в обратном направлении. Теперь со стороны СХИ и Отрожки наступала наша сводная ударная группа, а фашисты были вынуждены пятиться назад.

По трамвайной линии и железнодорожному полотну успешно наступал сводный полк НКВД. За день 11 июля он выбил фашистов из оврага и железнодорожной будки, освободил большое число мирных граждан, согнанных фашистами в водосточную трубу под насыпью у железнодорожной дороги, уничтожил гитлеровцев, засевших на территории птицефермы, и вплотную подошёл к парку. Дальше продвинуться не удалось. Под жестоким огнем врага чекисты вынуждены были залечь и перейти к обороне.

Но в этот день готовились к бою соединения 60-й армии, прибывшей из резерва Ставки Верховного Главнокомандования. С утра 12 июля началось общее наступление, и чекисты пошли вперёд. Теперь рядом с ними действовал 796-й полк майора В. Я. Петренко из 141-й стрелковой дивизии. Стрелков и чекистов поддерживали танки.

Подразделения 233-го полка НКВД решительно атаковали овощехранилище, где закрепились фашисты. Первым окопов врага достигло

отделение ефрейтора Богоявленского. Тут же вырвалось вперед отделение сержанта Якова Шевцова. Его обогнала группа, возглавляемая коммунистом Ильей Ляшевым. Так, обгоняя друг друга, чекисты неудержимо продвигались вперед. За кустарником в балке была полностью разгромлена минометная батарея противника. Чекисты сразу же пустили в дело трофейное оружие, благо при нём оказался большой запас боеприпасов.

Другая группа гитлеровцев была уничтожена на картофельном поле. При этом особенно отличился пулеметный расчёт сержанта А. В. Ушакова, который первым среди чекистов был отмечен орденом Красного Знамени.

Когда от фашистов был очищен район Березовой рощи, бой переместился в парковую зону. Местность тут лесистая, пересеченная оврагами и глубокими балками, удобная для обороны. Противник с исключительным упорством держался за каждую выгодную позицию. Линия атакующих подразделений распалась на отдельные звенья. Бой носил очаговый характер. В нем участвовали мелкие подразделения, которые решали самостоятельные задачи, часто не имея локтевой связи с соседями.

К вечеру 12 июля перестрелка в парке стихла. Фашисты отступили к стадиону «Динамо».

Очистив от фашистов северные склоны парка и его низовую часть, чекисты сделали только часть дела. Надо было подниматься по крутым откосам, через густой кустарник пробиваться к стадиону «Динамо». Враг окопался на гребне высоты, вел яростный огонь из всех видов оружия.

Чекисты сводного и стрелки 796-го полков продолжали штурмовать позиции врага и в конце концов поднялись наверх, вышли к окраинам улиц Калинина и Рабочего класса, завязали бои в лабиринте переулков бывшей Троицкой слободы. К этому времени части 121-й стрелковой дивизии продвинулись к городку областной больницы. Бои развернулись в кварталах. Днём и ночью шли кровопролитные схватки на улицах Клинической, Транспортной, Рабочем проспекте, Калинина, Рабочего класса, Октябрьской революции, Ленина, Обороны революции, 8 Марта, Коммунистической молодёжи.

Усилия воюющих сторон на этом участке были сосредоточены на больничном городке с массивным зданием главного корпуса. В обширном районе, где были разрушены или сгорели почти все деревянные постройки, каменные здания больничного городка являлись наиболее надежным местом укрытия от обстрелов и бомбежек, размещения огневых средств, создания узлов обороны, накопления сил для контратак. Кто овладел больницей, тот и был хозяином положения. Поэтому шли горячие бои за каменные здания. Больничный городок в целом и отдельные его строения неоднократно переходили из рук в руки.

Первыми в главный корпус больницы в ночь на 15 июля 1942 года ворвались воины 574-го полка 121-й стрелковой дивизии при поддержке экипажей 174-й танковой бригады. Гранатный и рукопашный бой, перестрелка в упор шли в каждой комнате на всех этажах и в подвальных помещениях. В этом бою особенно отличился сержант Столбов. Руководимая им группа красноармейцев выбила фашистов из трех комнат, комсомолец Столбов лично истребил одиннадцать гитлеровцев.

Тем временем во дворе больницы успешно действовала 1-я рота, возглавляемая политруком Косыревым. Окружив большую группу фашистов, красноармейцы повалили дощатый забор и открыли огонь по гитлеровцам. В завязавшейся схватке политрук Косырев был ранен в обе ноги. Гитлеровцы попытались захватить его в плен, но на выручку командиру подоспел красноармеец Комаров и вынес раненого с поля боя. Роту возглавил парторг Кошеленко. Лишь немногим фашистам удалось спастись бегством. На месте схватки осталось 70 вражеских трупов.

Продвижению стрелковых подразделений мешали пулеметные точки. Расчет старшины Н.Т. Жуняева выкатил орудие на открытую позицию и ударил по пулеметам с близкого расстояния. Как только огневые точки противника были подавлены, наши стрелки пошли вперед.

Со стороны улицы Клинической в смотровой зал больницы проникли курсанты учебного батальона 195-й стрелковой дивизии. Выяснилось, что в

подвальных помещениях главного корпуса находится около четырёхсот женщин, стариков и детей, не успевших эвакуироваться. Сейчас же были приняты меры по их спасению. Взвод курсантов под командованием лейтенанта Александра Евдокимова блокировал два выхода из помещений, где засели фашисты, не позволил им помешать эвакуации гражданского населения.

К концу дня воины 121-й и 195-й дивизий при поддержке танкистов овладели значительной частью больничного городка. При этом были нанесены тяжелые потери частям 57-й немецкой пехотной дивизии, в том числе и её штабу. Пленный офицер показал на допросе, что утром в его роте было 120 солдат, а к вечеру осталось только шесть.

Бои на территории больничного городка проходили с переменным успехом. В разное время здесь участвовали в боях части 121, 195 и 303-й стрелковых дивизий, 17, 18 и 25-го танковых корпусов. Но основную тяжесть боев вынесли воины 121-й стрелковой дивизии под командованием генерал-майора М. П. Зыкова (с декабря 1942 года — полковник М. А. Бушина).

В боях за областную больницу советские воины показали несгибаемое мужество, упорство и массовый героизм. В них получили боевую закалку будущие Герои Советского Союза Вениамин Альбетков, Александр Зубков, Василий Кротюк, Тимофей Лобода, Николай Лопач, Степан Михляев, Моисей Усик, Василий Шабанов и многие другие воины дивизии. В наградном листе снайпера М. Т. Усика указывается, что в боях за Воронеж он истребил более 300 фашистов.

В составе 121-й стрелковой дивизии сражались с врагом за родной город сотни земляков - воронежцев, в том числе командир батареи Николай Сосин, командир стрелковой роты Константин Евдокимов, связистка Екатерина Крестникова, врач Максим Соколов. Отлично воевал артиллерийский расчет, сформированный из отрожских комсомолок- добровольцев – сестер Анны и Марии Готовцевых, Елены Гунькиной, Екатерины Дроновой.

Боевые действия на территории областной больницы продолжались в течение 203 суток. Все постройки были разрушены до основания. Под яростным натиском огня и металла устояло лишь круглое здание демонстрационного хирургического зала главного корпуса – Ротонда. Это массивное железобетонное сооружение на многочисленных опорах – всего лишь малая часть того, что осталось от корпусов, превращенных в прах. Ротонда сохранена как памятник войны и вошла составной частью в мемориал Линии Ратной Славы.

Громада Ротонды, возвышающаяся над зданиями у перекрестка улиц 45-й дивизии, Транспортной и Бурденко, – памятник уникальный. Его особенность в разительной непохожести на другие памятники истории, культуры и архитектуры города, в его впечатляющих размерах и формах, в необычности его появления, в многоплановости информации, которую несет он в себе. Если все другие памятники Воронежа созданы творческой мыслью ваятелей и зодчих, то «автором» этого является война.

Ротонда – памятник великого ратного подвига советских воинов, символ стойкости, мужества и героизма защитников Воронежа. Вместе с тем она - памятник архитектуры первых советских пятилеток, наглядный образец довоенной красоты Воронежа и монументальности его построек.

В то же время – это страница трагической судьбы Воронежа в страшное военное лихолетье, суровый укор варварству фашистских захватчиков.

Изуродованные железобетонные плиты, свисающие с купола, иссеченные осколками колонны, путаница арматуры от крыши до подвала дают представление о силе вражеского удара по незащищенному мирному городу, когда он еще находился за полторы сотни километров от линии фронта. Как свидетельствуют документы штаба МПВО Воронежа, налеты немецкой авиации на город усиливались из месяца в месяц. Если в январе-марте 1942 года в зоне Воронежа появлялось в среднем по 68 самолётов, то в апреле их было 229, а в мае уже 563. В июне над Воронежем и его окрестностями побывало 2463 самолета противника, т. е. в среднем 80 машин в сутки. В первую же декаду июля количество самолётов - вылетов противника в зоне Воронежа увеличилось до 4508.

Ротонда – единственное в Воронеже здание, к нынешнему моменту сохранившееся в виде развалин после немецкой оккупации 1942 года. Это уцелевший корпус клинической больницы, по территории которой проходила линия фронта. С 1983 года Ротонда является памятником истории и культуры местного значения.

Вопрос о сносе Ротонды возникал в ходе создания нового больничного комплекса в начале 1960-х годов. Но ветеранам и общественным организациям удалось отстоять объект. В 1965 году городские власти решили сохранить Ротонду как памятник войны.

В 1960-х, а затем в 1980-х годах проводились конкурсы по консервации и реставрации Ротонды, превращению ее в мемориальный комплекс, но идеи не были реализованы. В 1982 году вокруг руин установили ограду, которую обновили в 2005 году. К 60-летию Победы появилась надпись на граните: «Памятник Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Ротонда. Руины областной больницы, разрушенной во время боев за Воронеж в 1942-1943 гг. Навечно сохранены как воспоминание о трагическом прошлом».

В дни годовщины Победы в Великой Отечественной войне, хочется поздравить наших Ветеранов, благодаря которым мы видим чистое небо над головой и мирный сон наших детей. Низкий Вам поклон, с праздником наши дорогие!

СПЕЦИАЛИСТ XXI века

Солодилова Виктория Владимировна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Реформа здравоохранения и политика государства поставила новые задачи перед медицинскими работниками.

Государство развернуло крупномасштабную компанию, в которую вовлечены все звенья, имеющие отношение к оздоровлению нации.

Поэтому роль образования особенно актуальна для специалиста 21 века.

Современный мир настолько переменчив, что закономерным является изменение и повышение требований к обучению специалистов сестринского дела.

Динамично развивающийся рынок труда делает выбор в пользу социально активной личности.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению.

Простое выполнение своих обязанностей уже не удовлетворяет ни общество, ни самих медицинских сестер.

21 век – время настоящего расцвета движения милосердия и становления специальности «сестринское дело».

Современная медицинская сестра является творческой личностью, не боится изменяться, уверенно позиционировать себя как профессионала и в обществе, и в коллективе.

Осознание себя как компетентного специалиста предоставляет возможность быть конкурентоспособным соискателем на рынке труда.

Образование – это процесс развития и саморазвития личности.

Он связан с овладением социально значимым опытом человечества и воплощается в знаниях, умениях и творческой деятельности.

Осознанность – ключевая компетенция 21 века.

Она позволяет делать сознательный выбор, понимать особенности себя и окружающих.

Она помогает концентрироваться на настоящем и при этом видеть будущее.

Современные медицинские работники должны обладать качествами такими как:

- высокое мастерство и профессионализм;
- настойчивость;
- наличие необходимых практических и теоретических знаний;
- компетентность;
- наблюдательность;
- проницательность;
- развитое клиническое мышление.

Все это направлено и сосредоточено на сохранение жизни пациента, облегчении его страданий и как результат – восстановление здоровья. Медицинский персонал должен быть квалифицированным и готовым к новым творческим задачам.

Несмотря на активное использование биотехнологий, робототехники, исследований в области генетики, киберпротезирования, телемедицины и других достижений, пациенты, по прежнему, ждут от современного специалиста демонстрации высших моральных качеств.

Терпения и внимания, такта и честности, добросовестности и чуткости, а главное – любви к людям и своей работе.

Выбрать медицину способен далеко не каждый, ведь эта сфера требует постоянного совершенствования себя как специалиста.

А учиться на протяжении всей жизни сможет далеко не каждый.

Кроме того, работа в медицинском учреждении сильно давит на ментальную систему человека.

Медицинскому персоналу регулярно приходится наблюдать боль и смерть, многие не выдерживают подобного.

Таким образом, важными качествами для работы в качестве медбрата или медсестры можно считать следующее: эмпатия; сострадание; стрессоустойчивость; ответственность; коммуникабельность; дисциплинированность; исполнительность; пунктуальность.

Для того, чтобы в здравоохранение 21 века пришли работать специалисты, обладающие современными знаниями, и способные обеспечить экономическую и клиническую эффективность высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, кадровая политика должна быть согласованной с образовательной деятельностью.

Для медицинского работника должно быть естественным стремление посвятить себя больным и нуждающимся в помощи людям, использовать все ресурсы для восстановления и сохранения их здоровья, не причинять своими действиями и словами дополнительного ущерба.

В основе формирования качественного нового уровня сестринской помощи населению лежат совершенствование профессиональной подготовки, развитие исследований в области сестринского дела и использование их результатов в практической работе.

Подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров нужно проводить с учетом структурной перестройки здравоохранения и потребности в конкретных специалистах.

Культура сестринского дела, этические нормы поведения, уважение прав пациента есть основа профессиональной деятельности сестринского персонала.

Возрастающие современные требования диктуют необходимость совершенствовать свою профессиональную подготовку. «Образование на всю жизнь» меняется на «образование через всю жизнь».

Специалист 21 века – это высокопрофессиональная личность, способная творчески мыслить, принимать нестандартные решения и нести за них ответственность.

Поэтому дополнительным качеством специалиста этого времени является профессиональная конкурентоспособность.

Развитие экономики, науки, информационных технологий требует от медицинских работников гарантий высокой квалификации и компетенции в решении государственных задач.

Заглядывая в историю можно прочесть цитаты выдающихся людей:

- «Образование дает человеку достоинство» (Дидро);

- «В одном просвещении найдем мы спасительное противоядие для всех бедствий человечества» (Карамзин);

- «Наука – самое важное, самое прекрасное и нужное в жизни человека» (Чехов).

Подводя итог выше сказанному, надо отметить, что специалисты 21 века это люди уверенные в себе и в своих знаниях, контактные, последовательные, настойчивые, независимые и самодостаточные. Именно такие медицинские кадры могут активно реализовывать государственную политику и воспитывать население в духе древнего высказывания «Хочешь быть здоровым – будь им».

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОДПО ВБМК: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ В ПРОГРАММЕ ZOOM

Суркова Марина Викторовна, Шепелева Наталия Геннадьевна, Малеев Юрий Валентинович, Татаринова Ирина Вячеславовна, Костенко Ольга Владимировна, Колтунова Светлана Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Разработка качественного образовательного контента является важнейшим условием для обеспечения непрерывного совершенствования знаний, умений и навыков специалистов здравоохранения. В соответствии с Концепцией развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2017 года №926, компонентами непрерывного медицинского и фармацевтического образования являются:

- "формальное образование" (освоение образовательных программ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность);
- "неформальное образование" (обучение в рамках деятельности профессиональных некоммерческих организаций);
- "самообразование" (индивидуальная познавательная деятельность).

На Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России edu.rosminzdrav.ru могут размещаться образовательные элементы, соответствующие всем компонентам непрерывного образования. В настоящее время, на сентябрь 2020 года, на портале: 2102112 зарегистрированных пользователя,1087 образовательных организаций (в том числе и БПОУ ВО «ВБМК»), 36079 программ повышения квалификации, 3811 интерактивных образовательных модулей, 1433503 обучающихся специалистов здравоохранения. Цифры во истину впечатляют.

В связи с распространением эпидемии COVID-2019 и введением самоизоляции, возникла жизненная необходимость в переходе на онлайн-обучение. Не меньшей проблемой, которую «обнажил» коронавирус, стало качество работы образовательных онлайн-сервисов. Пока уже работающие интернет-платформы использовались незначительным числом пользователей, они неплохо себя зарекомендовали, но как только нагрузка возросла, сразу же «посыпались» жалобы, на регулярно «зависающий» экран. Нельзя не сказать и о том, что не каждый слушатель имеет возможность работы на компьютере,

у некоторых слушателей их нет по факту, а многие - работают крайне ограниченно в режиме пользователя. Не подготовленными к дистанционной форме обучения оказались и многие жители маленьких городов и сел в глубинке - некоторые населенные пункты до сих пор не имеют стабильного интернета, а значит и доступа к большинству онлайн-сервисов. Остается добавить, что качество образования существенно повышается при разумном и рациональном совмещении аудиторных и онлайн-занятий, что подтверждается проведенными совместными исследованиями интернет-платформы.

Проблемы высшей школы. Уровень компьютерной грамотности у преподавателей ВУЗов значительно выше, чем у школьных учителей, но оказалось, что и высшая школа не готова: прежде всего из-за отсутствия онлайн-моделей обучения и достаточного количества площадок, способных выдержать массовый переход на дистанционное обучение. Среди названных объективных проблем можно выделить следующие:

1. Бесплатные сервисы, которые оказались наиболее востребованными отнюдь не блещут качеством предоставляемых услуг. Соответственно, для проведения лекций и семинаров на платных платформах необходимы средства, которые либо студенты, либо преподаватели должны выложить из собственного кармана, так как централизованного механизма оплаты цифровых ресурсов на настоящий момент не разработано.

2. Студенты и преподаватели пришли к единодушному выводу: лабораторные работы перевести в режим «онлайн» невозможно - такой формат лишает их практического смысла. Остается только один выход: согласовать их очное проведение в составе малочисленных групп (не более 7 - 10 - 15 человек - в зависимости от площади используемого помещения).

3. Студенты жалуются, что преподаватели при переходе на дистанционную форму обучения значительно увеличили учебную нагрузку для самостоятельного изучения обучаемых: записывают и присылают лекции без дополнительных пояснений наиболее сложных моментов, а ответы студентам приходится искать самостоятельно, порою в условиях отсутствия доступа к необходимой литературе.

4. Пока до конца не разработан механизм проведения итоговых аттестаций. Выяснилось также, что еще в декабре 2018 года в Госдуме рассматривался вопрос о введении термина «интернет-образование» в законодательную базу вместе с порядком его лицензирования. В нашей стране разработкой методик дистанционного проведения лекций и семинаров уже несколько лет занимается Научно-исследовательский университет ВШЭ, но, когда будут готовы результаты, пока неизвестно.

Чтобы организовать занятия в сети можно воспользоваться программой **zoom.** Что мы делаем?

Шаг 1. Критически **оцениваем** объем учебного материала, который нужно пройти за учебный период с учетом изменившегося формата и всех передряг, сдерживаем свои амбиции: лучше меньше, да лучше. Пакуем необходимый минимум, объединяя темы в общие блоки.

Шаг 2. Формируем портфель форматов обучения:

Какова будет доля лекционного формата и обязательной самостоятельной индивидуальной работы слушателей, в том числе на электронных платформах с заданиями. По возможности минимизируем эту часть;

Какова доля совместной деятельности в сети и работы в группах – приоритетное направление;

Какова доля дополнительного углубленного изучения тем и консультаций – в сети вы можете легко предоставлять такую возможность всем желающим.

Шаг 3. Действуем. С первым элементом портфеля более-менее понятно, большинство преподавателей на нем и останавливается.

Выбираем канал информирования группы – как точку входа для слушателей, через которую они получают доступ к учебным заданиям и материалам. Это может быть социальная сеть, блог, сайт, мессенджер, закрытая группа и т.д.

Преподаватель может размещать в среде самый разный учебный контент – рисунки, видео, тесты и ситуационные задачи, полезные ссылки на внешние ресурсы и т.д. Объемные файлы для групповой работы можно передавать через Google с открытым доступом для всей группы, drive.google.com – самая популярная и простая платформа для совместной работы с документами.

Шаг 4. Выбираем платформу с учебными заданиями и интерактивными учебными материалами для самостоятельной работы слушателей.

Видео уроки можно брать на платформах «проф-обр.рф» онлайн-школ и видео порталов.

Теоретические блоки слушатели можно брать на платформах в виде текстов, видеозаписи собственных коротких лекций преподавателей, ваших личных видеозаписей (вы можете записывать и выкладывать видео).

Регистрируемся.

Шаг 5. Организуем онлайн-взаимодействие в формате совместной деятельности.

Делаем акцент не на предметных знаниях и механическом запоминании (элементарная неэффективная зубрежка, не приводящая к получению стойких знаний), а на формировании межпредметных компетенций на базе «сложных» творческих заданий. Преподаватель не просто читает лекцию и дает проверочные контрольные задания, а строит процесс обучения через совместную деятельность слушателей по получению новых знаний.

Технически Zoom позволяет делить слушателей на отдельные группы. Каждая группа будет работать в своем онлайн-кабинете, видеть и слышать друг друга, обсуждать и спорить, иметь общий чат, создавать коллективные заметки на доске для записей, каждый участник может выводить на экран презентации и видео, «расширять» свой экран. Слушатели могут подключиться к встрече через телефон с приложения zoom или через компьютер. Преподаватель может создать в расписании несколько встреч, собрав всех на свою лекцию, потом разделив слушателей на отдельные

рабочие подгруппы. Платформа позволяет бесплатно подключить до 100 участников.

Про что можно организовать совместную деятельность в рамках тематики вашего учебного предмета?

• Совместный поход в виртуальный стационар, просмотр фильма, ролика, презентации. Любой совместный опыт можно обсудить и на его основе создать медиа продукт, например, собрать коллекцию видео отзывов или сделать сиквел-продолжение.

• Пока слушатели сидят дома, они могут рассмотреть совокупность личных опытов, что дает основу для обсуждения и общего продукта. Каждый может показать свою сферу интересов или на личном опыте проводить сравнения.

• Можно привлечь их к взаимному обучению, совместно разобрать новые приложения и программы для коллективных проектов. Это все можно делать в формате видеосвязи с выводом экрана монитора в общий доступ.

• Можно провести исследование, опрос.

• Работая в онлайн-группе, можно создать совместную презентацию.

Входим в Zoom

1. Там можно запланировать конференцию (в календаре-напоминалке).
2. Демонстрация экрана-показ своего экрана всем, на котором можно демонстрировать любые свои документы и т.д..
3. Нажимаем справа настройки и тоже редактируем, основная галочка – показывать время проведения настройка видео и звука, виртуальный фон, запись занятия.
4. Настраиваем чат.
5. В значке конференция вкладки о конференции и других записанных конференциях.
6. Нажав на аватарку можно увидеть раздел˝проверить обновлениѝ (если не обновлять, то работа будет не корректна).
7. Входим в конференцию и видим внизу:

Настройка звука

Настройка видео

Пригласить участника

Управлять участниками (нажав справа увидим звук и видео участников и необходимо ставить значки одобрения и т.д.)

Демонстрация экрана (главное - поставить галочку˝совместный звуќ)

Доска сообщений - где пишут.

Все гениальное - просто! Просто пробуйте.

С помощью ресурсов программы zoom слушатели ДПО смогут продолжить изучать предмет на качественно новом, очень удобном уровне и самостоятельно осваивать медицинские манипуляции. Куратор же группы получает дополнительно в награду за свой труд автоматическую компьютерную проверку выполненных обучающимися слушателями заданий.

Список источников

1. Портал edu.rosminzdrav.ru
2. https://news.rambler.ru/education/43978808/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink
3. http://distance.mosedu.ru/
4. https://www.youtube.com/watch?v=lqvNQHZBG7I (Для телефона)
5. https://www.youtube.com/watch?v=mpDItmFpl_M(Для компьютера)

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОКАЗЫВАЮЩИХ УРГЕНТНУЮ И ПЛАНОВУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Татаринова Ирина Вячеславовна, Малеев Юрий Валентинович, Шепелева Наталия Геннадьевна, Левченко Ирина Павловна, Артемова Алла Алексеевна, Костенко Ольга Владимировна, Чернова Ольга Александровна, Шестакова Ольга Васильевна, Колтунова Светлана Николаевна, Звягина Ольга Геннадьевна, Федянина Надежда Ивановна, Сажин Борис Петрович

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Аннотация. В настоящее время в условиях экономической нестабильности, высокой конкуренции на рынке труда, постоянных социальных стрессов, совершенно объективно повышаются требования, предъявляемые к профессиональной подготовке любого специалиста, а особенно – медика. Проблема стрессоустойчивости человека в различных профессиях привлекала внимание многих исследователей. В профессиях межкоммуникационных общений типа "человек – человек" чаще всего проявляются негативные признаки профдеформации личности, что формирует у специалистов синдром эмоционального выгорания (СЭВ). В статье рассматриваются актуальные вопросы СЭВ, проведен анализ данного состояния у среднего медицинского персонала при оказании неотложной и плановой помощи.

Ключевые слова: средние медицинские работники, профессиональная деформация личности, психологическая помощь, синдром эмоционального выгорания, ургентная и плановая медицинская помощь.

Актуальность. Регулярно сталкиваясь с психо-физиологическим страданием людей, медицинские работники вынуждены создавать и выстраивать своеобразный психологический барьер защиты от пациента, становясь минимально эмпатичными. В противном случае их может посетить такой неблагоприятный синдром, как эмоциональное выгорание. К счастью или к сожалению наша психика устроена так, что невозможно оставаться равнодушными к проявлению эмоций окружающих и контактирующих с нами лиц. Мы как бы «заражаемся» ими. При этом невольно присоединяются и вторичные переживания из-за чужих проблем. А в итоге последствиями может стать не только ухудшение собственного здоровья, но и продолжительное снижение работоспособности [1, 6 – 9].

В начале двадцатого века психиатр И.А. Сикорский констатировал, что частота суицидов среди медицинских работников в 21 раз выше, чем среди людей других профессий, причем особенно драматично выглядела корреляция с возрастом. В 30−е годы С.Г. Геллерштейн, писал: «Надо постоянно помнить, что сущность профессиональной работы заключается не только в выполнении работником ряда активных и реактивных действий, но и в приспособлении организма к тем специфическим особенностям профессии, на фоне которых данные действия совершаются. При этом часто наблюдается физическая деформация не только тела, но и психики работника» [7].

В 1974 году американский психиатр и психолог H.J. Freudenberger описал феномен потери мотиваций и ответственности, ввел термин barnout (выгорание) для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, информационной и эмоциональной перегрузки, эмоциональный дистресс, синдром физического и эмоционального истощения. H. Freudenberger и G. Richelson описывали выгорание как своеобразное истощение, возникающее на пути к достижению нереальных сложных целей, возлагаемых на специалиста обществом. Согласно C. Cherniss, процесс перегорания начинается с высокого, продолжительного уровня рабочего напряжения и завершается своеобразным психологическим отдалением, появлением апатии, вплоть до цинизма и ригидности по отношению к выполняемой работе и лицам, связанным с ней [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

В 1981 году американские психологи К. Маслач, С.Е. Джексон, разработали опросник «MBI» СЭВ представляет собой: эмоциональное истощение; деперсонализацию (тенденцию развивать негативное отношение к клиентам/пациентам); редуцирование личных достижений проявляется либо в тенденции к негативному оцениванию себя в профессиональном плане, либо в редуцировании собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим, снятие с себя ответственности и перекладывание её на других [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12]Выделяют три фактора, играющих существенную роль в развитии СЭВ: личностный, ролевой и организационный.

Среди личностных особенностей, способствующих эмоциональному выгоранию, выделяют: эмпатию, гуманность, увлекаемость, идеализированность, интровертированность, фанатичность. Принято считать, что люди с низким уровнем самооценки и экстернальным локусом контроля больше подвержены эмоциональному выгоранию [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

В.В. Бойко выделяет личностные факторы, способствующие развитию СЭВ, а именно склонность: к эмоциональной холодности, к интенсивному переживанию негативных обстоятельств в профессиональной деятельности, низкая мотивация эмоциональной отдачи в профдеятельности [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Выделяют стрессы профессиональные, личностные и стрессы ответственности.

К профессиональным стрессам относится вхождение в новую профессиональную среду, различные ситуации нововведений и конфликтов в

этой сфере, ситуации изменения требований к профессии, внутренних кризисов, профессионального роста и карьеры. Так, ситуации нововведений и конфликтов в профессиональной сфере однозначно способствуют появлению у человека стрессовых проявлений: беспомощности, эмоциональной напряжённости, снижения работоспособности, уровня самокритичности [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

В преодолении стресса задействованы три важнейших фактора: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Существуют индивидуальные различия в том, какая из сфер психики окажется наиболее уязвимой при длительном напряжении. Выбор «мишени» обусловливают ситуативные факторы и личностные особенности.

При сильном стрессе возникают: навязчивые мысли или образы (когнитивная сфера); застревание, зацикленность переживаний (эмоциональная сфера); навязчивые стремления, действия, ритуалы (поведенческая сфера); нарушение социальных связей и социальная дезадаптация (социально−психологическая сфера) [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Л.И. Анциферова предлагает следующую классификацию типов поведения в стрессовых ситуациях. ***Экстерналы*** − уход от трудных ситуаций, обвинение в своих трудностях других людей, низкая мотивация достижения, стремление подчиняться другим. ***Интерналы*** − предпочитают стратегию совладения с трудностями, стараются видеть их источник прежде всего в себе, а не в окружающих людях, крайне уверены в своих силах, отличаются высокой ответственностью и стрессоустойчивостью, любое событие рассматривают прежде всего как игру, волю судьбы и своеобразный стимул для развития своих возможностей. Такой тип, как правило, формируется в детстве при наличии объекта подражания, предоставлении родителями самостоятельности в решении появляющихся жизненных проблем [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Поведение личности в соответствии с требованиями профессиональной среды способствуют укреплению психического здоровья и дальнейшему профессиональному росту. Выделяют следующие три основные сферы. ***Профессиональная активность***, выраженная в категориях субъективного значения деятельности, профессиональных притязаниях, готовности к энергетическим затратам, стремление к совершенству при выполнении заданий, а также способности сохранять дистанцию между личной и профессиональной сферами.

Стратегии преодоления проблемных ситуаций, представленные как тенденцияи отказа от дальнейшего выполнения профессиональных заданий; активность стратегии преодоления трудностей, а также внутреннего равновесия. Эти признаки отражают два различных способа поведения в трудной ситуации: активное решение проблем или их избегание.

Эмоциональный настрой на профессиональную деятельность, выражением которого является чувство социальной поддержки, профессионального успеха и жизненного удовлетворения [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Выделяют следующие типы людей, наиболее подверженных СЭВ.

Педантичный − характеризуется высокой добросовестностью, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка, симптом «отличника», излишней привязанностью к прошлому. Симптомами переутомления являются апатия и повышенная сонливость.

Демонстративный − стремление первенствовать и быть лидером во всем, высокая степень истощаемости при выполнении рутинной работы. Переутомление проявляется в излишней раздражительности, гневливости.

Эмотивный − крайняя степень чувствительности, высокая впечатлительность, склонность воспринимать чужую боль, граничащая с патологией, с саморазрушением [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].Работа среднего медицинского персонала хирургического профиля связана с определенными рисками. Высокая производственная нагрузка, круглосуточный режим работы с обязательными дежурствами, ожидание осложнений в состоянии больных, что требует высокой функциональной активности организма . Кроме того, отягчающее влияние на здоровье работающих оказывает контакт с умирающими больными, когда медицинский работник не видит положительных результатов своих усилий по спасению больного и нередко ощущает собственное бессилие. В результате развиваются неврозы, сомато−висцеральные нарушения в виде гипертонической болезни, стенокардии, язвенных поражений желудочно−кишечного тракта (ЖКТ). Профессиональная деятельность нередко оказывает неблагоприятное воздействие на личность, приводит к депрессии и психастении [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Чем выше производственная нагрузка, тем меньше медработник получает удовольствие от процесса работы. Причинами усталости и нервозности можно назвать превышение нормативного числа пациентов, большой объём канцелярско−оформительской работы, низкая техническая оснащённость рабочего места и постоянный дефицит лекарственных средств [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Происшедшие в последнее время радикальные перемены в обществе оказывают дополнительную психологическую нагрузку на медицинский персонал, так как требуют более качественной работы в значительно более короткие сроки при экономически ограниченном обеспечении учреждений здравоохранения. Инновационная деятельность лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) направлена на практическое использование научно−технического результата и интеллектуального потенциала, с целью расширения предоставляемых услуг, способов их производства, повышения качества медицинской помощи и удовлетворения потребностей пациентов в высоко качественных медицинских услугах, а в конечном итоге − на оптимизацию здоровья населения. Большинство медицинских работников, работающих в инновационных условиях, имеют ненормированный рабочий день, сверхурочную работу, связанную с совмещением должностей или дополнительной профессиональной нагрузкой (повышение квалификации, освоение новых методов диагностики и лечения) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Интенсификация профессиональной деятельности отражается на состоянии здоровья – способствует увеличению уровня общей заболеваемости и уровня распространённости хронической патологии.

Медицинский работник находится в тисках медико-экономических стандартов, тех требований к объёму медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые он должен выполнить по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объёму.

Медицинский персонал подвержен высокому профессиональному риску заражения вирусным гепатитом, ВИЧ-инфекцией, туберкулёзом. Медицинский работник находится в постоянном контакте с лекарственными и дезинфицирующими средствами, что создаёт опасность аллергических, токсико−химических поражений. Воздействие ионизирующих и неионизирующих (радиация, ультразвук, лазерное излучение) излучений является потенциальными причинами для возникновения новообразований.

Интенсивная работа в неблагоприятных условиях труда и при высокой изношенности оборудования обусловила тот факт, что у медицинских работников наблюдается высокие показатели и рост профессиональной заболеваемости [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

В связи с ухудшением криминальной обстановки в стране, увеличением количества наркоманов, мигрантов, бомжей с большей долей вероятности можно ожидать различных «разборок» в стационарах и нападений на медицинский персонал с целью похищения наркотиков. Рост насилия против персонала органов здравоохранения вызывает беспокойство, количество нападений, угроз, оскорблений, случающихся в здравоохранении, неуклонно возрастает[1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Особый интерес представляет исследование в свете теории справедливости. В соответствии с этой теорией человек оценивает свои возможности относительно других людей в зависимости от факторов вознаграждения, цены и своего вклада. Каждый человек ожидает справедливых взаимоотношений, при которых то, что он вкладывает и получает от этих отношений, пропорционально тому, что другие индивидуумы вкладывают и получают. В профессиональной деятельности взаимоотношения не всегда строятся на основе фактора справедливости. В результате устанавливаются неравноценные отношения, что может явиться причиной СЭВ [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

В качестве факторов, способствующих развитию СЭВ, ряд исследователей называет чувство социальной незащищенности, неуверенности в социально−экономической стабильности и другие негативные переживания, связанные с социальной несправедливостью и недостатком социальной поддержки [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Профессиональная деятельность среднего медицинского персонала непосредственно связана с высокой эмоциональной насыщенностью, определенным психофизическим напряжением и многими факторами, вызывающими стресс. «Выгорание» - это функциональный стереотип, который позволяет человеку дозировать и экономно расходовать его

энергетические ресурсы. При этом могут наступать и дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на непосредственном исполнении профессиональной деятельности. Поэтому то изучение этих состояний представляется высоко актуальной проблемой.

Цель работы: изучить особенностей эмоционального выгорания медицинских сестер хирургического отделения в процессе их профессиональной деятельности, оказывающих как плановую, так и неотложную медицинскую помощь.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с сентября 2018 по январь 2020 года среди слушателей отделения дополнительного профессионального образования БПОУ ВО «ВБМК». Обследовано 100 респондентов в возрасте от 23 до 47 лет с различным стажем работы. Средний возраст составил 37±7 лет. Стаж работы: от года до трех лет − 22 человека; от трех до 10−ти лет − 37; более 10 − ти лет − 41 человек. Для проведения исследования использовались следующие методы: метод наблюдения; психодиагностические методы: беседа, анкетирование, методики: Диагностика эмоционального выгорания личности − В.В. Бойко, проективные методики – восьмицветный тест Люшера); методы качественной и количественной обработки данных, в том числе методы математико−статистической обработки (корреляция Пирсона, критерий φ^*- угловое преобразование Фишера) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Результаты и обсуждение. С помощью методики «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко были выявлены уровень сформированности и фазы развития СЭВ, а также ведущие симптомы СЭВ у врачей в процессе выполнения их профессиональной деятельности. Предварительно были выделены три группы испытуемых по уровню сформированности СЭВ: 1) с отсутствием СЭВ (40 человек); 2) с формирующимся СЭВ (30 человек); 3) со сформировавшимся СЭВ (30 человек). Результаты исследования с помощью методики «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко свидетельствуют, что существуют доминирующие симптомы, сопровождающие каждую из фаз СЭВ.

1. В группе медсестер (30 человек) со сформировавшимся СЭВ выявлено, что в фазе напряжения наиболее выражен симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств» (23, 25), демонстрирующий собой ответную реакцию на факторы, способствующие формированию эмоционального выгорания; в фазе резистенция доминирующими симптомами являются «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (22, 5), «редукция профессиональных обязанностей» (22), представляющие собой приёмы психологической защиты; в фазе истощение ведущими симптомами являются «эмоциональный дефицит» (24), «личностная отстранённость» (20,16), отражающие состояние нервной системы.

Для респондентов характерно формирование СЭВ в фазе резистенции, что выражалось в сопротивлении нарастающему стрессу и сопровождалось такими симптомами, как неадекватное эмоциональное реагирование на сложную ситуацию, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение

сферы экономии эмоций, а в конечном итоге - редукция своих профессиональных обязанностей.

2. В группе медсестер с формирующимся СЭВ (30 человек) доминирующими симптомами СЭВ являются переживание психотравмирующих обстоятельств (21, 33), неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (22, 33), редукция профессиональных обязанностей (22).

3. При анализе интервьюривания 40% респондентов не было выявлено каких-либо сформированных симптомов эмоционального выгорания, что обусловлено устойчивостью психики, особенностями конституции и рационального сбалансированного питания, и определенным подсознательным отвлечением от монотонной однообразной работы в виде хорошего семейного положения, положительным отношением к юмору и любовью к пациентам и коллегам. Поэтому-то у данных респондентов отсутствует синдром эмоционального выгорания.

Таким образом, в результате исследования по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко были выделены три группы медицинских сестер по уровню сформированности СЭВ с: 1) отсутствием СЭВ; 2) формирующимся СЭВ; 3) уже сформировавшимся СЭВ.

Изложение и анализ результатов исследования по методике цветовых выборов М. Люшера. С помощью методики цветовых выборов М. Люшера было определено психоэмоциональное состояние испытуемых, а также можно выделить направленность личности как одну из ярко выраженных отличительных характеристик. Среди медсестер с отсутствием СЭВ преобладает деловая направленность: их отличает увлечённость, оптимизм, деловая активность, стремление к контактам, расширению сфер деятельности, высокая мотивация достижения, высокий уровень притязаний, потребность в самореализации и самоуважении, самостоятельность в деятельности. У них выражена потребность в обладании жизненными благами. Медсестер с формирующимся СЭВ отличает стремление к покою, всплески активности сменяются фазой пассивности, у них выражено стремление к взаимопониманию, откровенному выражению мыслей, стремление к сотрудничеству для выхода из стресса. Для медсестер со сформировавшимся СЭВ характерна направленность на интересы референтной группы, выраженное стремление к завоеванию признания и уважения со стороны значимых других, стремление к избеганию конфликта за счёт повышения самоконтроля.

Очень важной отличительной характеристикой медсестер можно назвать уровень стрессоустойчивости в профессиональной деятельности. Так среди медсестер с отсутствием СЭВ отмечается высокий уровень стрессоустойчивости, им присущи эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, целеустремлённость, целенаправленность действий, противодействие обстоятельствам, препятствующим свободной самореализации личности. Медсестры же с формирующимся СЭВ характеризуются низким уровнем стрессоустойчивости, самоуверенностью,

эмоциональной неустойчивостью, демонстративностью, поисками признания, желанием произвести впечатление, склонностью к перепадам настроения, повышенной эмотивностью, беспокойством, напряжением из-за ограничения в самостоятельных решениях, стрессовым состоянием из-за подавленности биологических потребностей. Для медсестер со сформировавшимся СЭВ характерен низкий уровень стрессоустойчивости, они отличаются эмоциональной неустойчивостью, эмоциональной напряжённостью, имеющей тенденцию к нарастанию, повышенным самоконтролем, неуверенностью, тенденцией к смене настроения, негативным отношением к запретам.

У медсестер с отсутствием СЭВ является выраженная экстравертированность – общительность, широкий спектр увлечений, обращённость в мир окружающих явлений жизни.

У медсестер с формирующимся СЭВ наблюдается проявление противоположных качеств: автономности и в то же время зависимости от мнения других, от ситуации успеха − неуспеха.

Выводы. 1. Коррекция и своевременно оказанная соответствующая психологическая помощь медицинским работникам с СЭВ неизбежно приведет к сохранению их здоровья, психической устойчивости, надёжности и профессиональному долголетию специалистов, включённых в длительные межличностные коммуникации; было установлено, что для эмоциональной сферы большинства медицинских сестер хирургического отделения не свойственна эмоциональная напряженность, отстраненность, что свидетельствует о малой вероятности формирования данного синдрома, что может быть объяснено еще и возрастом респондентов (после 33 лет) и их личностными особенностями.

2. Постоянное профессиональное совершенствование может служить одним из важных аспектов стратегии борьбы против СЭВ, возникающего в процессе выполнения профессиональной деятельности. Позитивное отношение к симптомам СЭВ поможет специалисту осознать и принять важную информацию о самом себе, которая долгое время остается во время обычной работы вне внимания.

3. Основы профилактики СЭВ заключаются в позитивном и ответственном отношении не только к своей профессии, но и к себе лично и собственной социальной и физической жизни.

Список литературы

1. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика /М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – М.: Медицина, 2003. – № 2. – С. 25 – 29.

2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.

3. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. – С. 443–463.

4. К вопросу о нервно−психических расстройствах у больных гипотиреозом / В.А. Куташов [и др.] // Саратовский научно−медицинский журнал. − 2016. − Т. 12, № 3. − С. 375 − 379

5. Куташов В.А. Остеохондроз. Современные методы диагностики и лечения. Медикаментозные блокады: уч.- метод. пособие / В.А. Куташов, О.В. Ульянова, Т.Ю. Хабарова. − Воронеж: Издательство «Элист», 2016. − 196 с.
6. Куташов В.А. Современная медицинская психология / В.А. Куташов, Л.В. Барабанова, Л.А. Куташова. − Воронеж, 2013. – 173 с.
7. Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина – В 2х − т. – Т. 1. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 312 с.
8. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская //Психологический журнал. – М.: Наука, 2002. – Т. 23. – № 3. – С. 85–95.
9. Ульянова О.В. Синдром эмоционального выгорания у врачей неврологов / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, А.П. Скороходов, А.А. Дудина // Прикладные информационные аспекты медицины. − 2016. − Т. 19, № 1. − С. 119 − 123
10. Ульянова О.В. Современный взгляд на особенности взаимодействия в семьях, где у пациента имеются неврологические или психиатрические расстройства / О.В. Ульянова, В.А. Куташов //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. − 2015. − Т. 14, № 3. − С. 663 − 665
11. Хабарова Т.Ю. Особенности личности у педагогов высших учебных заведений / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Бюллетень медицинских интернет − конференций. 2016. Т. 6, № 10. С. 1552.
12. Хабарова, Т.Ю. Организация процедуры исследования медико−социально−психологических и неврологических характеристик больных с аффективными расстройствами / Т.Ю. Хабарова, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. Т14, №3. – С. 588 − 592.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ НА ЗАНЯТИЯХ

Фесенко Нателла Герасимовна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

То, что я слышу – я забываю,
То, что я вижу – я запоминаю,
То, что я делаю сам – я понимаю.
Конфуций

Основной задачей современного образования является формирование специалиста способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности. Постепенно происходит изменение статуса студента от пассивного потребителя знаний в активного их творца, умеющего сформулировать проблему и найти пути решения.

Поэтому очень важно переходить от пассивной передачи информации преподавателем к управлению получения знаний студентами в процессе самостоятельной работы (переход от педагога - опекуна к педагогу – менеджеру). Суть изменений последних лет – переход от авторитаризма к демократизации, от обучения к образованию.

И в этом процессе самостоятельная работа студентов является не просто важной формой образовательного процесса, а становится его основой. Это предполагает ориентацию на активные методы овладения знаниями, развитие творческих способностей студентов, переход от поточного к индивидуализированному обучению с учетом потребностей и возможностей личности.

Организация активной творческой самостоятельной работы является залогом подготовки грамотного специалиста. Любые знания, полученные пассивно во время обучения постепенно забываются и (или) теряют актуальность. А знания, полученные студентом самостоятельно путём творческого поиска становятся платформой, на которой в дальнейшем будет строиться вся профессиональная деятельность молодого специалиста.

Самостоятельная работа студента определяется как учебная, научно-исследовательская деятельность, которая осуществляется без непосредственного участия преподавателя, хотя направляется и контролируется им.

Сочетание традиционных методов обучения с приёмами, основанными на использовании современных технических средств, позволяет студентам в минимальные сроки овладеть необходимым объемом научных и практических знаний. «Кто постигает новое лелея старое – тот может быть учителем» – писал Конфуций.

Важно создать в студенте «критическую массу» знаний и навыков, способную к саморазвитию в процессе дальнейшего образования и самообразования. Соответственно важно развить критический уровень интереса к предмету. Без интереса к изучаемой дисциплине студент самостоятельно работать не будет. Уровень самостоятельности и уровень интереса к предмету чаще всего совпадают.

Это предполагает ориентацию на активные методы обучения, в результате использования которых в учебном процессе повышается эмоциональный отклик студентов на процесс познания, мотивацию учебной деятельности, интерес на овладение новыми знаниями.

Активные методы обучения создают условия для формирования и закрепления профессиональных компетенций у студентов, для развития умений самостоятельно мыслить, находить свои подходы к решению проблем, устанавливать деловые контакты с аудиторией

А.М. Смолкин предлагает следующую классификацию активных форм обучения:

1. имитационные методы (происходит имитация профессиональной деятельности):

а) игровые (деловые игры, проектирование, ролевые игры, тренинги);

б) неигровые (анализ кейсов, решение задач и т.п.);

2. не имитационные методы (некоторые виды лекций, семинары, дискуссии, коллективная мыслительная деятельность).

При организации самостоятельной работы с применением активных форм обучения обязательно нужно использовать технические средства, которые позволяют выйти за рамки учебной аудитории, сделать видимым то, что невозможно увидеть невооруженным глазом, имитировать любые ситуации и работу на сложном медицинском оборудовании, повысить степень наглядности.

Наглядность названа Я.А. Коменским «золотым правилом дидактики», который требовал чтобы все, что только можно, представлялось для восприятия чувствами.

Самостоятельную работу следует рассматривать как процесс решения творческой или проблемной задачи, который включает несколько этапов.

1. На первом этапе решения любой творческой задачи - ее осознании - происходит первичное овладение знаниями**.** Наиболее высокое качество усвоения достигается при непосредственном сочетании слова и предъявляемого учащимся изображения.

Мультимедиа дает возможность представлять информацию об объектах с помощью фото, видео, графики, анимации, звука в виде презентаций. Возможности компьютерной графики и видеофайлов в сочетании со звуковым сопровождением обеспечивают подключение к процессам переработки информации механизмов образного восприятия, эмоциональную сферу личности студента.

Первичная информация обычно доносится в виде лекций. Это может быть проблемная лекция, лекция-визуализация , лекция-дискуссия, лекция-пресс-конференция, лекция с разбором конкретных ситуаций и т.д. Материал значительной новизны, содержащий исторические сведения, построенный на проблемности, на противоречиях и противоположностях вызывает интерес обучаемых. Если же лекция построена на старом, давно усвоенном материале, она не только не вызовет интереса, но может явиться причиной негативной реакции студентов. В лекциях желательно озвучивать разные трактовки изучаемой проблемы, не отдавая предпочтение ни одной из них (прививки, пересадка стволовых клеток, проблема ЭКО). Уже здесь можно привлечь студентов к диспуту. Наиболее высокое качество усвоения достигается при непосредственном сочетании слова учителя и предъявляемого учащимся изображения в процессе обучения. По данным ЮНЕСКО, когда человек слушает, он запоминает 15% речевой информации, когда смотрит - 25% видимой информации, когда видит и слушает- 65% получаемой информации. Необходимость применения ТСО, которые в качестве аудиовизуальных средств могут воздействовать на различные органы чувств, несомненна.

2. Информационный поиск. Определяя методы нахождения «неизвестного нового», студенты должны опираться на знания, полученные в процессе обучения и предшествующей деятельности (актуализируется прошлый опыт). Определяется направление поиска необходимой, но пока

отсутствующей информации, виды ее источников. При составлении рефератов желательно освещать информацию по проблеме в своём городе и области (распространение туберкулёза среди населения в Воронежской области, проблемы венерических и невенерических заболеваний, заболеваемость анемиями и лейкозами, гепатитами). При этом нужно обязательно направлять поиск студента, чтобы работа не превратилась в пассивное скачивание информации из системы Интернет.

3. Аналитико-синтетическая переработка информации. Содержанием данного этапа является восприятие, осмысление полученной информации, ее оценка, установление связей между разрозненными фактами и явлениями. На данном этапе обычно проходит подготовка видеопрезентаций по теме. В процессе просмотров подготовленных презентаций формируется проблема, которая по-разному освещена студентами. Отбор, обсуждение полученной информации способствует переводу информации в знания.

Анализ кейсов (case-stady) — метод анализа конкретных ситуаций. Он развивает способность к анализу жизненных и производственных задач. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, предложенной преподавателем, обучаемый должен определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации, возможные и наиболее эффективные, этичные пути разрешения проблемы.

Сами студенты часто испытывают желание проявить себя в подготовке дидактических средств: таблиц, аудио-видео материалов, компьютерных программ. К первому семинарскому занятию темы обычно составляется глоссарий или кроссворд. Максимальный балл получает тот студент, который подготовит большее количество терминов и наиболее лаконично расшифрует каждый из них. Этот вид работы способствует развитию стиля научной речи, обогащает словарный запас медицинских понятий и терминов, что в дальнейшем помогает в понимании специальной литературы.

4. Заключительный этап решения творческой задачи - распространение.

Происходит перевод личного знания в «экспортную модель», т.е. создание нового информационного продукта (например, письменное оформление полученного знания для его распространения среди потребителей). Различные памятки, бюллетени (памятка для больных сифилисом, туберкулёзом, СПИДом)**.**

Необходимо помнить, что главным движущим мотивом к исследовательской работе у студента является потребность в достижении успеха. Вот почему очень важно своевременно и адекватно оценить этот успех. Для этого необходимо привлекать студентов к участию в конференциях, круглых столах, выступлению перед работниками больниц, поликлиник, в школах. При определённом уровне знаний, понимании актуальности и значимости изучаемой темы появляется желание донести информацию до окружающих. Студенты очень активно участвуют в различных мероприятиях: Устный журнал «Остров СПИД», мероприятие «Туберкулёз угрожает миру», круглый стол «Счастливая старость – мечты и реальность», «Гепатиты».

Для методического обеспечения и руководства самостоятельной работой необходимо разрабатывать учебные пособия, методические рекомендации по самостоятельной подготовке к различным видам занятий с учетом дисциплины, МДК, особенностей контингента студентов и т.д.

При всех преимуществах активных форм обучения использование их сопряжено с некоторыми проблемами:

1. Сложность организации. Подготовка и использование активных форм обучения гораздо более затратны по времени и силам для преподавателя, чем классические формы занятий.

2. Необходим учет индивидуальных особенностей студента.

3. Временная ёмкость. Студенты в течение одной-двух пар сами постигают то, что можно было бы сказать за несколько минут.

Самостоятельная работа завершает задачи всех видов учебной работы. Никакие знания, не подкрепленные самостоятельной деятельностью, не могут стать подлинным достоянием человека. Кроме того, она имеет воспитательное значение: формирует самостоятельность не только как совокупность умений и навыков, но и как черту характера, играющую существенную роль в структуре личности современного специалиста высшей квалификации. При этом особенно важно применять активные методы обучения на всех этапах самостоятельной работы студентов.

Список литературы

1. Гордеева В.В. Активные и интерактивные формы организации и педагогического сопровождения самостоятельной работы студентов. Журнал Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. 2012. № 28 С. 736-738

2. Кочнева Е.М., Жарова Д.В., Костылева Е.А. Учебно-профессиональная деятельность студентов и ее специфика в контексте подготовки обучающихся вуза к проектированию своего профессионального будущего // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2017. № 3 С. 68-72.

3. Касаткина О.В. Опыт исследования самостоятельной работы студентов факультета дистанционного обучения МГППУ // Психологическая наука и образование. 2009. № 5. С. 14-18.

4. Мухина С.А., Соловьева А.А. Нетрадиционные педагогический технологии в обучении. Ростов /Д: «Феникс», 2004.

5. Мухаммедова, Ф. Р. О методах, применяемых для активизации самостоятельной работы студентов // Молодой ученый. 2014. № 10 С. 406-408.

6. Сергеева Т.А., Уварова Н.М. Проектирование учебного занятия – метод. рекомендации .М.: Интелект –центр, 2003

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Фомицкая Татьяна Евгеньевна, Высоцкая Алла Анатольевна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Проблема адаптации студентов к учебно-профессиональной деятельности является одной из ключевых в образовательном процессе. В отечественной психологии заложена методологическая и теоретическая база для изучения психологических особенностей студента как субъекта развития в период учебно-профессиональной деятельности.

В то же время трудности адаптации студентов в современных условиях требуют разработки новых методов помощи молодым людям на первом этапе их становления в профессии.

Теоретические аспекты психологической адаптации студентов

Психологи, обозначая явление адаптации, понимают его прежде всего как постоянный процесс активного приспособления к условиям социальной среды, а также результат этого процесса.

А.А. Налчаджян трактует адаптацию как социально-психологический процесс, который при благоприятном течении приводит личность к состоянию адаптированности, когда личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные социогенные потребности, соответствует тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к ней эталонная группа и переживает состояние самоутверждения.

В психолого-педагогической литературе отдельно рассматривается понятие социально-психологической адаптации, которое понимается как:

1. Равновесие с социальной средой, задача которого обеспечить выживание и личностное развитие индивида (Г.Г. Овчинникова);
2. Активное регулирование процесса взаимодействия со средой (И.А. Милославова);
3. Вхождение человека в систему внутригрупповых отношений и приспособление к этим отношениям, выработку образцов мышления и поведения, которые отражают систему ценностей и норм данного коллектива или группы, приобретение, закрепление и развитие умений и навыков межличностного общения в этом коллективе (Н.А. Свиридов).

При благоприятном течении процесс социально-психологической адаптации приводит личность к состоянию адаптивности. Состояние социально-психологической адаптивности характеризуется как оптимальная реализация личностью внутренних возможностей, способностей человека и его личностного потенциала в значимой сфере (И.К. Кряжева).

В результате исследований в области содержания и показателей адаптации выделены критерии социально-психологической адаптации, которые являются показателями успешности осуществления процесса приспособления.

К объективным критериям относятся:

1. Продуктивность, эффективность деятельности и удовлетворенность достигнутым, т.е. психофизиологические затраты на достижение результата и удовлетворенность результатами деятельности, и способность сохранять эффективность деятельности на фоне изменяющихся условий ее протекания (А.В. Сиомичев);
2. Включенность в деятельность (А.Н. Жмыриков, И.К. Кряжева);
3. Реальное положение человека в коллективе (О.И. Зотова, И.К. Кряжева).

Субъективными критериями адаптации являются:

1. Эмоциональные состояния (И.К. Кряжева, В.И. Лебедев);
2. Уверенность в себе и ясность самосознания (С.Г. Вершловский, Л.Н. Лесохина);
3. Согласование самооценки, уровня притязаний и возможностей человека с условиями реальности (Г.Г. Овчинникова);
4. Адекватность самооценки и соотношение самооценки с оценкой референтного лица (О.И. Зотова, И.К. Кряжева).

В современных условиях конкурентоспособными специалистами считаются такие специалисты, которые могут быстро и мобильно реагировать на требования рынка, воздействовать на него, адаптироваться к его запросам, внедрять новые технологии. Это предъявляет новые требования к темпам и уровню обучения и, одновременно, усложняет период адаптации студентов к учебно-профессиональной деятельности.

Адаптация в колледже – это усвоение существующих норм и правил образовательного учреждения, установление взаимодействия студентов в учебной группе, с преподавателями и сотрудниками колледжа.

Социальная адаптация студентов делится на:

а) профессиональную адаптацию, под которой понимается приспособление к характеру, содержанию, условиям и организации учебного процесса, выработка навыков самостоятельности в учебной и научной работе;

б) социально-психологическую адаптацию - приспособление индивида к группе, взаимоотношениям с ней, выработка собственного стиля поведения.

Таким образом, под адаптационной способностью понимается способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды (как социальным, так и физическим) без ощущения внутреннего дискомфорта и без конфликта со средой.

Исследователи различают три формы адаптации студентов-первокурсников к условиям колледжа:

1. Адаптация формальная, касающаяся познавательно-информационного приспособления студентов к новому окружению, к структуре колледжа, к содержанию обучения в нем и к его требованиям;
2. Общественная адаптация, т. е. процесс внутренней интеграции (объединения) групп студентов-первокурсников и интеграция этих же групп со студенческим окружением в целом;

3. Дидактическая адаптация, касающаяся подготовки студентов к новым формам и методам учебной работы в учреждении профессионального образования.

В адаптации личности студента-первокурсника к новой для него социокультурной среде колледжа можно выделить следующие стадии:

1. Начальная стадия, когда студент или группа осознают, как они должны вести себя в новой для них социальной среде, но еще не готовы признать и принять систему ценностей новой среды колледжа и стремятся придерживаться прежней системы ценностей.
2. Стадия терпимости, когда студент, группа и новая среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга.
3. Аккомодация, т.е. признание и принятие студентом основных элементов системы ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей студента, группы новой социокультурной средой.
4. Ассимиляция, т.е. полное совпадение систем ценностей студента, группы и среды.

Адаптация студентов к учебному процессу (по данным научных исследований) заканчивается в конце второго – начале третьего учебного семестра.

Особенности психологической адаптации к учебно-профессиональной деятельности студентов медицинского колледжа

На основании опыта работы со студентами Воронежского базового медицинского колледжа можно выделить следующие группы по выбору профессии:

1) «Фамильная профессия» – студенты из семей, связанных с медициной (имеющие родственников врачей, фельдшеров, медсестер);
2) Самостоятельное знакомство с профессией – студенты, принявшие решение стать медработником на основе своего собственного опыта (примеры из собственной жизни, из фильмов или книг, имеющие опыт общения с медициной «изнутри», например, проходившие лечение в стационарах от серьезных заболеваний);
3) Спонтанный выбор, не подкрепленный осознанным решением.

Соответственно и процессы адаптации студенты из разных групп проходят по-разному. Легче адаптируются студенты из первой и второй групп, сложившие представление о профессии перед поступлением в колледж, «примерившие» профессию на себя. Для таких студентов уже известные преимущества получения медицинского образования и намерение продолжить дело специалистов, послуживших для них примером, позволяют легче преодолевать трудности в обучении. Однако в первой группе студентов могут быть ситуации, когда поступление в колледж было подчинением авторитету родителей, а не самостоятельным выбором.

Сложнее проходит адаптация в третьей группе студентов, для которых в колледже фактически происходит первое знакомство с профессией фельдшера

или медсестры, на первый план выходят сложность образовательного процесса и непривычность медицинской среды.

Среди особенностей адаптации студентов-первокурсников медицинского колледжа можно выделить:

1) Изменение формата обучения на лекционно-семинарскую систему с включением практических занятий на базе больниц и поликлиник г. Воронежа;

2) Необходимость изучения дополнительного языка (латинского) и специальных предметов с терминологией на латинском языке (анатомия и физиология человека, микробиология, фармакология);

3) Необходимость соблюдения в общении между собой, преподавателями колледжа, врачами, медсестрами и пациентами в больнице принципов этики и деонтологии;

4) Быстрое погружение в профессиональную среду и высокая ответственность за здоровье и жизнь пациента;

5) Необходимость быстро принимать правильное решение для спасения жизни больного;

6) Страх участия в медицинских манипуляциях;

7) Страх вида крови, ран и др. повреждений у пациентов;

8) Страх ошибиться при понимании, что недостаток знаний и профессиональных навыков может привести к нарушению здоровья пациентов. Так, например, одинаковые симптомы могут быть проявлением разных заболеваний.

Такие трудности могут приводить к протесту, отказу получать знания, к пропускам занятий. Опыт работы куратором показал, что из 65 студентов-фельдшеров на базе 11 классов обучения в течение первого курса написали заявления об уходе по собственному желанию в связи с неверным выбором профессии 4 человека.

На современном этапе в условиях режима самоизоляции и дистанционного обучения проявились следующие трудности адаптации:

1) Отсутствие самоорганизации для формирования образовательной среды на дому;

2) Отсутствие привычки к самостоятельной работе;

3) Слабые навыки работы с источниками, с лекционным материалом, неумение вести конспект и другую документацию;

4) Проблемы социально-психологической адаптации в группах;

5) Неприятие новых условий обучения вследствие нарушения стандартов ожидания и нежелания приспосабливаться к изменениям образовательной среды.

В результате у несправляющихся студентов проявилось отставание по всем предметам, иногда возникали конфликты с преподавателями, старостами, бригадирами.

Для зарождения и поддержания интереса к выбранной профессии преподавателями колледжа и медицинскими руководителями практики в медучреждениях используются методы наставничества, основанные на

личном опыте и непосредственном обучении у постели больного, создание доброжелательной обстановки в группах и рабочих коллективах на практических занятиях, высокий профессионализм передачи знаний на лекциях, семинарах, выработка практических навыков на практических занятиях с использованием современных методов обучения, таких как специальные фантомы, интерактивные обучающие программы, видео и аудио материалы. Широко используется привлечение интернет-ресурсов.

Кроме того, для полноценной адаптации формируется и поддерживается стремление к применению полученных знаний и умений на практике, поощряется интерес к богатому опыту коллег, интерес к современным разработкам в медицине, иногда кажущимся фантастическими и одновременно вызывающим восхищение.

На основании полученных знаний и опыта нарабатываются необходимые навыки и развивается медицинская интуиция, позволяющие быстро и грамотно принимать решения в сложных ситуациях.

Список литературы

1. Овчинникова Г.Г. Социально-психологическая адаптация как фактор становления Я-концепции подростков: дис. … канд. психол. наук. М., 1997. 156 с.

2. Сиомичев А.В. Психологические особенности адаптации студентов в сфере познания и общения в ВУЗе: автореф. дис. … канд. психол. наук. Л., 1985. 23 с.

3. Адаптация организма подростков к учебной нагрузке / Под ред. Д.В. Колесова. М.: Педагогика, 1987. 152 с.

4. Земцова Е.М. Адаптация студентов младших курсов к вузу как основа будущей конкурентоспособности специалиста. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: образование. Педагогические науки. № 26, 2012.

5. Зотова О. И., Кряжева И. К. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации личности // Психологические механизмы регуляции социального поведения. М., 1979. 481 с

6. Налчаджян А.Л. Социально-психологическая адаптация личности (формы и стратегии). Ереван: Издво АН Арм. ССр, 1998. 263 с.

7. Вассерман Л.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16-25.

8. Жмыриков А.Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности в новых условиях деятельности и общения. М.: Питер, 2003. 249 с.

9. Кузнецов П.С. Адаптация как функция развития личности. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1991. 76 с.

10. Мусурманова О.М. Повышение педагогической компетенции субъектов образовательного процесса в сфере педагогического менеджмента // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2018. № 3.

11. Молодцова Т.Д. Диагностика адаптации студентов первого курса к требованиям вуза // международный журнал экспериментального образования, 2012. № 5.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Хорева Елена Александровна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

С того времени, как в повседневную жизнь каждого человека вошли компьютер, смартфон, планшет, Интернет и прочие информационно-коммуникационные технологии перевернулись все представления о деятельности человека. Открылся доступ к огромному потоку информации, появились новые средства автоматической обработки информации, расширился круг общения, изменились стиль и формы общения. Благодаря, использованию современных информационных технологий в области здравоохранения появилась возможность автоматизировать различные процессы, протекающие в лечебно-профилактических организациях. А именно: проводить на высоком уровне всевозможные диагностические исследования, вести компьютерную обработку результатов этих исследований, выполнять различного рода расчеты, осуществлять дистанционный обмен информацией, использовать современные программные средства для ведения статистической отчетности и бухгалтерского учета, управлять работой баз данных, использовать экспертные системы, организовывать дистанционное обучение.

В современных условиях оснащения рабочих мест в поликлинике, больнице, лаборатории требования к уровню подготовки средних медицинских работников повышаются. Сегодня специалист среднего звена в сфере здравоохранения должен совмещать знания и умения в области медицины и образования. Такие навыки должны постоянно совершенствоваться, так как специалисты такого рода должны располагать современными методиками оказания помощи пациентам и успешно применять их на практике.

Систематическое и своевременное повышение квалификации работников здравоохранения в условиях стремительного развития медицины – вынужденная необходимость. Благодаря регулярному посещению соответствующих курсов приобретаются новые знания и навыки, а также совершенствуются уже имеющиеся. Сегодня, учитывая, современный уровень развития информационно-коммуникативных технологий совсем необязательно ждать очередных курсов повышения квалификации. Каждый специалист имеет возможность пользоваться современными Интернет-технологиями для самообразования.

Проблему передачи данных и знаний успешно решает Интернет. Очевидно, что студент или специалист, использующий в своей работе образовательные ресурсы сети Интернет, имеет качественные преимущества

перед теми, кто не применяет подобные технологии в своей практике. Поскольку Интернет даёт возможность:

– доступа к самой современной и актуальной информации различных социальных групп населения;

– доступа к информации из различных частей нашей страны и из-за рубежа;

– реализовать профессиональное обучение в режиме удалённого доступа;

– общения с коллегами в условиях реального времени, используя при этом графическую, видео и аудио информацию.

При этом надо учесть, что скорость получения нужной информации измеряется секундами и минутами, а человек при этом делает минимум затрат на получение нужной информации.

Цель данной статьи систематизировать и классифицировать современные образовательные медицинские ресурсы Интернет. А также представить небольшую подборку полезных образовательных Интернет-ресурсов в области медицины и здравоохранения.

Условно медицинские образовательные ресурсы в Интернете можно разделить по нескольким основным направлениям:

– **образовательные каналы**. YouTube - это видеохостинг, т.е. платформа на которую можно загружать и хранить видеофайлы. Ведущие преподаватели, учёные и профессора лучших университетов мира записывают свои лекции, видеокурсы, мастер-классы для учеников и студентов, а затем выкладывают их в Интернет. Здесь Интернет становится благодатной средой и для передачи фундаментальных знаний профессионалами. Отметим, что серьезные образовательные интернет-проекты, как правило, платные;

– **слайд-лекции (презентационные материалы**). Это такая форма изложения материала, которая позволяет акцентировать внимание на значимых моментах излагаемой информации, используя наглядные эффектные образы в виде таблиц, схем, диаграмм, графиков, ранжированных рядов, рисунков, фото, видео-слайдов и т.п. Многие преподаватели охотно делятся слайд-лекциями в сети;

– **вебинары**. В переводе с английского вебинар означает онлайн-семинар. Видеоконференция в режиме реального времени в Интернете называется вебинаром. Чаще всего вебинар проводится для презентации продукта или учебных занятий. Как правило, онлайн-трансляция организована таким образом, что один основной докладчик виден всем участникам, хотя сам он не может видеть слушателей. Общение между оратором и аудиторией происходит в чате для трансляции;

– **скайп-тренинги**. Это тренинги по скайпу, которые могут быть очень полезны, так как дают возможность быстро обучить слушателей по какой-либо актуальной теме. Конечно тренинги по скайпу не заменят полноценное очное обучение, но все же, есть ситуации, когда такой формат обучения эффективнее, дешевле и безопаснее, например, в условия карантина.

С точки зрения практики и развития навыков, онлайн тренинг гораздо эффективнее вебинара. Поскольку во время тренинга по скайпу в отличии от вебинара участники выполняют практические задания, разбирают кейсы (ситуации), делают упражнения, участвуют в ролевых играх между собой и с тренером;

– **видеоконференции.** Видеоконференция — это сеанс связи между двумя пользователями или группой пользователей, независимо от их месторасположения, при этом, участники видят и слышат друг друга согласно правилам, определяемым видом видеоконференции. Видеоконференции проводятся при условии использования специальных средств, которые могут быть реализованы как на основе аппаратных решений и систем, так и в виде программного обеспечения для ПК (Zoom, Skype, Discort, Google Hangouts, Mind) мобильных устройств или браузеров. Для обеспечения участников звуком и картинкой используется различное периферийное оборудование: камеры, экраны, микрофоны, спикерфоны (для организации громкой связи), гарнитуры и проекторы. В качестве среды передачи данных может использоваться как сеть учебной организации, так и глобальная сеть Интернет;

– **онлайн тестирование.** Онлайн тестирование – это инструмент, который дает возможность с минимальными затратами времени и финансовых ресурсов объективно оценить знания и навыки большого количества студентов. Такая система необходима для слушателей, обучающихся дистанционно. Все, что нужно – это компьютер и доступ в сеть. Обычно онлайн-тестирование применяется в различных формах – это могут быть анкеты, языковые и числовые тесты, абстрактно-логические задачи. Методики всегда разные и зависят они от целей, которые ставит учебная организация. Онлайн-тесты могут проводится в общем порядке или же по индивидуальному графику, как разновидность самостоятельной работы студентов;

– **медицинские консультации**. Суть заключается в том, что на страницах Интернет-ресурса регистрируется определённое количество врачей разных специализаций. Регистрация означает, что организаторы сайта проверяют документы о профессиональной пригодности того или иного специалиста и только после этого заносят его в соответствующий список. Посетитель сайта может просматривать перечень специалистов, знакомиться с описанием их профессиональной деятельности (стаж, степень, практика в различных медицинских учреждениях и т. п.) и в зависимости от доверия тому или иному врачу задавать ему вопросы по электронной почте;

– **банк рефератов**. Это открытая коллекция студенческих работ;

– **виртуальные атласы**. Подобные атласы представлены в виде компьютерной программы, или онлайнового сервиса, которые являются альтернативным способом представления классических атласов. Виртуальный атлас в виде онлайн-сервиса реализует интерфейс с пользователем через веб-браузер;

– обучающие приложения**. Подобного рода медицинские приложение позволяет будущим медработникам проверить свои**

возможности и знания с помощью визуально имитируемых клинических случаев;

– **справочные ресурсы**. Данного рода ресурсы помогают посетителям получить информацию о различных лечебных и профилактических учреждениях (поликлиниках, стационарах и пр.), сведения о службах медико-социальной направленности (уход, реабилитация, протезирование и т. д.), данные о соответствующих фирмах и прочее;

– **профессиональные ресурсы.** Подобные ресурсы освещают вопросы медицинского образования, программы дистационного медицинского образования, содержат базы научных трудов и диссертаций, литературные обзоры для научных сотрудников, медицинские справочники и прочий материал;

– **научно-популярные онлайновые медицинские журналы.** Здесь собраны статьи, советы, рейтинги медицинских центров, отдельных направлений; даётся реклама медицинских услуг; пропагандируется здоровый образ жизни; имеется возможность для интерактивного обсуждения;

– **социально ориентированные ресурсы**. К данному классу относятся ресурсы по социальной и профилактической рекламе в Интернете, например по профилактике ВИЧ-инфекции и др. В эту группу входят также Интернет-школы (клубы, кружки и пр.) по поддержанию здоровья, адресованные в первую очередь людям с хроническими заболеваниями: бронхиальной астмой, сахарным диабетом, нарушениями опорно-двигательного аппарата и т. п.);

– **профессиональные сетевые сообщества**. Сетевые сообщества или объединение людей – это одна из форм организации профессиональной деятельности в сети. Участие в профессиональных сетевых объединениях позволяет специалистам и профессионалам, живущим в разных уголках страны и за рубежом, общаться друг с другом, решать профессиональные вопросы, реализовывать себя и повышать свой профессиональный уровень. В нашей стране давно имеется опыт профессиональных сетевых сообществ. В каждом регионе страны имеются сетевые центры, где успешно действуют региональные виртуальные объединения врачей, учителей, студентов и др. Например, в нашем регионе существует «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области». Адрес сайта - http://assomed.vrn.ru;

– **медицинские экспертные системы**. Экспертная система (ЭС) – это компьютерная система, содержащая в себе знания специалистов в конкретной предметной области, и которая на основе этих знаний способна к самостоятельному принятию решений. ЭС получили широкое распространение в области медицины в качестве помощника врача при постановке предварительного диагноза. Использование ЭС вовсе не призывает избегать врачей и заниматься самолечением, а наоборот, дает рекомендации к какому врачу нужно обратиться в первую очередь.

Ниже представлена небольшая подборка полезных сервисов, YouTube-каналов и прочих образовательных Интернет-ресурсов в области медицины и

здравоохранения. В реальности подобных ресурсов гораздо больше, проведя какое-то время в Интернет всегда можно найти полезную и актуальную для себя информацию.

- https://edu.rosminzdrav.ru - портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.
- https://fmza.ru - методический центр аккредитации специалистов.
- http://meduniver.com/Medical/Video - образовательный канал МедУнивер для всех интересующихся медициной.
- http://kingmed.info/lektsii - лекции и презентации по медицине.
- http://www.femb.ru - Федеральная электронная медицинская библиотека.
- https://rosstat.gov.ru - Федеральная служба государственной статистики.
- https://www.medvebinar.ru/srednemy-med-personaly - вебинары для медицинских работников.
- www.rusmedserv.com - медицинский сервер для профессионалов.
- http://www.medline.ru – электронный биомедицинский журнал.
- https://onlinetestpad.com/ru/tests/medicine - тесты по медицине онлайн.
- https://www.consmed.ru/ - сервер бесплатных медицинских консультаций.
- http://studentmedic.ru/referats.php - всё для студента-медика.
- https://referatbank.ru/referat/ls/37/medicina-zdorove/referaty.html - рефераты по медицине и здоровью.
- http://anatomiya-atlas.ru - атлас анатомии человека, анатомия в картинках.
- http://medikweb.ru/anatom_atlas - анатомический атлас.

В заключении хочется заметить, что нельзя слепо доверять информации, полученной из сети. Любой человек должен уметь критически оценивать добытые сведения. Никакая поисковая система не заменит хорошего врача или преподавателя, обладающих здравым смыслом. Получить системное профессиональное медицинского образование с помощью YouTube или других сервисов практически невозможно, но подобные сервисы серьезное подспорье для расширения кругозора интересующихся.

Интернет-образование продолжает развиваться и определенные вопросы еще остаются нерешенными, требуется формирование необходимого количества подобных образовательных технологий, которые постепенно перейдут в качество.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБУЧЕНИИ: АКТИВНЫЕ И ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ

Хорошева Ирина Николаевна, Комарова Ольга Николаевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Смена образовательных парадигм и новые приоритеты образования фиксируют переход от массово-репродуктивных к индивидуально-творческим формам и методам преподавания в высшей школе. С изменением социально-экономических условий возрастают требования к уровню общекультурной и

специальной подготовки выпускников вузов. Образовательные системы неизбежно переходят на гуманистические способы обучения и воспитания. Определился целый ряд проблемных вопросов, требующих комплексного решения. К их числу относятся: организационное переустройство учебного процесса с учетом психофизиологических особенностей обучаемых; совершенствование методических принципов, связанных с внедрением вариативного содержания обучения, индивидуализацией усвоения знаний, развитием познавательных интересов обучаемых, реализацией их творческого потенциала; рационализация процессуальных основ обучения и воспитания, позволяющая сделать приоритетным саморазвитие личности.

Одним из направлений разрешения названных проблем является разработка и внедрение современных педагогических технологий, основным признаком которых можно считать степень адаптивности всех элементов педагогической системы, а также степень самостоятельности обучающихся. Переход учебных заведений от авторитарной (традиционной) педагогики к адаптивной (гуманистической) предполагает реализацию 2-х позиций, тесно между собой связанных: − внедрение личностно ориентированных технологий обучения, обеспечивающих индивидуальную траекторию обучения; − перевод обучения на субъектную основу с установкой на саморазвитие личности.

Успешная реализация задач по подготовке высококвалифицированных кадров для экономики регионов основывается на использовании активных и интерактивных форм и методов обучения. В Федеральных государственных образовательных стандартах предписывается ограничить удельный вес занятий лекционного типа. Например, по направлению «Психология» такие занятия для соответствующих групп студентов не могут составлять более 50 процентов аудиторных занятий. Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью ООП, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин, и в целом в учебном процессе они должны составлять не менее 20 процентов аудиторных занятий.

К активным формам относятся такие методы работы, когда студент переходит из роли «объекта» в роль «субъекта» обучения. Методы активного обучения являются основой современных педагогических технологий и построены на принципах индивидуализации, гибкости, сотрудничества, практической ориентированности. Интерактивные методы в отличие от активных предполагают более широкое взаимодействие студентов с преподавателем и между собой. «Интерактивный» происходит от английских слов «inter» -между и «active» – действующий, активный, то есть это формы обучения, основанные на взаимодействии.

Современные трактовки интерактивного подхода в обучении отражают такие его особенности как возможность реализовать индивидуальные способности студента, формировать активно-познавательную и мыслительную деятельность; усиливать мотивацию к изучению предмета; исключать монологическое преподнесение учебного материала и

дублирование информации; развивать коммуникативные компетенции студентов.

Необходимость подготовки будущих специалистов к профессиональному компетентному вхождению в рынок труда требует постоянной работы преподавателя по профессиональному самосовершенствованию. Современный преподаватель с учетом запросов времени должен владеть умениями организации учебного процесса, располагающего к диалогу. Он способен создавать нестандартные ситуации с целью интеграции усилий студентов и преподавателя, поощряет проявления самостоятельности студентов, использует приемы общения, поддерживающие доброжелательные интонации, конструктивные вопросы, деловой обмен информацией и т.д. Использование активных и интерактивных форм не является абсолютно новым для российских ОО.

Использование активных и интерактивных форм не является абсолютно новым для российских вузов. В работе педагогов нашего колледжа из активных и интерактивных форм обучения используются:

− решение профессионально-педагогических задач в лабораторных условиях. Данный метод базируется на индивидуальных и коллективных упражнениях, представляющих собой многократное обращение в течение одного занятия к тем или иным аспектам профессиональной деятельности для выполнения все более сложных заданий;

− деловые игры, моделирующие определенные профессиональные ситуации, воссоздающие в аудиторных условиях те или иные ситуации профессиональной деятельности и ставящие участников перед необходимостью оперативного решения соответствующих задач. При этом каждая деловая игра сопровождается глубоким анализом профессионального поведения ее участников, формируя у них способность к рефлексии и самосовершенствованию;

− интенсивное обучение в условиях реальной деятельности, которое ориентировано на закрепление необходимых моделей профессионального поведения (организация экскурсий, беседы со специалистами бизнес-структур, занятия на производстве и т.д.).

внеаудиторные методы обучения (выставки, проекты, научные исследования), обсуждение сложных вопросов и проблем путем проведения заседаний «круглых столов», конференций, интеллектуальных турниров и разнообразных форм обучающих игр.

Сочетание данных методов позволяет построить работу таким образом, чтобы она давала студентам системное знание о профессиональной деятельности, естественным образом соединяла теорию и практику и была наиболее результативной. Имеющийся опыт работы каждого педагога может содержать и негативные моменты, ошибочные суждения, в частности, может иметь место превышение значимости собственного опыта, наличие у педагогов иллюзии «все уже давно известно». Среди недостатков активных форм обучения преподаватели отмечают затраты большего количества времени как для работы студентов, так и самого преподавателя при подготовке

учебных и внеаудиторных мероприятий. Пассивные формы учебных занятий позволяют за тот же период времени представить студентам больший объем материала, но уровень усвоения материала существенно повышается при активных формах работы. Ограниченность опыта самого преподавателя в отдельных случаях, вызывает потребность критически пересмотреть его. Учитывая поставленные цели и задачи, особенности дисциплины и микроклимат в группе, преподаватель имеет возможность грамотно сочетать разные формы и методы изучения материала, контролируя уровень и качество освоения.

В современных условиях преподавателю необходимо определить собственную позицию в условиях выбора педагогических концепций, вариантов, подходов, творческих поисков, выработать определенную стратегию деятельности в той или иной педагогической ситуации.

Активные методы обучения как способ повышения эффективности образовательного процесса

Современные образовательные учреждения, определяя свои основные задачи при подготовке выпускника, в приоритет над набором необходимых знаний, умений и качеств, ставят умения применять полученные знания в новых ситуациях в условиях самостоятельной жизни, а также умения нестандартно мыслить, анализировать и аргументировать свою точку зрения. Для решения поставленных задач, требуются эффективные формы организации образовательного процесса, новые педагогические технологии, активные методы обучения, так как традиционное репродуктивное обучение отводит пассивную роль ребенку и не позволяет достичь поставленных целей.

Основная деятельность педагога заключается в развитии, воспитании и обучении обучающихся и осуществляется с помощью методов и приёмов обучения.

Понятие метод происходит от греческого methodos- путь исследования.

Метод обучения является важнейшим компонентом учебного занятия, ключом «к достижению триединой цели урока,…самый подвижный и динамичный компонент учебного процесса, тесно связанный со всеми его сторонами».

Методы обучения – способы работы преподавателя, с помощью которых достигается усвоение студентами знаний, умений и навыков, а также развитие их познавательных способностей.

Методы обучения — это основные виды деятельности преподавателя и студента, обеспечивающие формирование знаний, умений и навыков, необходимых для решения учебно-воспитательных задач.

Методы обучения – совокупность путей, способов достижения целей.

И. Д. Зверев дал следующее определение методам обучения: «Методы обучения - это упорядоченные способы взаимосвязанной деятельности учителя и учащихся, направленные на достижение целей образования. Эта деятельность проявляется в использовании источников познания и способов управления познавательным процессом учителем».

Система методов — это не простой набор, а такая совокупность, в которой имеются внутренние связи между компонентами, обусловленные результативностью конкретных методов. В совокупности они представляют систему управления разными методами познания, студентами учебного материала, начиная с приобретения готовых знаний до самостоятельного решения познавательных задач.

Сущность метода заключается в организуемом способе познавательной деятельности студента, в его активности, развитии познавательных сил и способностей.

Современным методам обучения свойственны следующие особенности:

метод – это не сама деятельность, а способ её осуществления, это схематизированный и проектируемый преподавателем способ деятельности, поэтому обязательно осознан;

метод должен обязательно соответствовать цели занятия. Если этого соответствия нет, то с помощью такого метода нельзя добиться ожидаемых результатов;

метод не может быть неправильным, неправильным может быть только его применение. Если метод не отвечает возложенным на него задачам, он не является методом для достижения поставленной цели;

каждый метод имеет своё предметное содержание. Знания, включённые в метод, образуют зону его действенности;

метод всегда принадлежит действующему лицу. Нет деятельности без объекта, и нет метода без деятельности. Метод определяет движение всей совокупности средств, предназначенных для решения преподавателем учебной задачи.

Методы обучения можно подразделить на три обобщенные группы:

1. Пассивные методы;
2. Интерактивные методы.
3. Активные методы;

Пассивный метод – это форма взаимодействия студентов и преподавателей, в которой преподаватель является основным действующим лицом и управляющим ходом занятия, а студенты выступают в роли пассивных слушателей, подчиненных директивам преподавателя. Связь преподавателя с учащимися в пассивных занятиях осуществляется посредством опросов, самостоятельных, контрольных работ, тестов и т. д. С точки зрения современных педагогических технологий и эффективности усвоения учащимися учебного материала пассивный метод считается самым неэффективным, но, несмотря на это, он имеет и некоторые плюсы. Это относительно легкая подготовка к занятию со стороны преподавателя и возможность преподнести сравнительно большее количество учебного материала в ограниченных временных рамках занятия. Лекция - самый распространенный вид пассивного метода обучения. Этот вид занятия широко распространен в учебных учреждениях, где учатся взрослые, вполне сформировавшиеся люди, имеющие четкие цели глубоко изучать предмет.

Интерактивный метод. Интерактивный («Inter» - это взаимный, «act» - действовать) – означает взаимодействовать, находиться в режиме беседы, диалога с кем-либо. Другими словами, в отличие от активных методов, интерактивные ориентированы на более широкое взаимодействие студентов не только с преподавателем, но и друг с другом и на доминирование активности учащихся в процессе обучения.

Активный метод – это форма взаимодействия студентов и преподавателей, при которой студенты и преподаватели взаимодействуют друг с другом в ходе занятия и студенты здесь не пассивные слушатели, а активные участники занятия. Если в пассивном занятии основным действующим лицом и менеджером урока был учитель, то здесь учитель и учащиеся находятся на равных правах. Если пассивный метод предполагает авторитарный стиль взаимодействия, то активные методы обучения предполагают демократический стиль. Многие между активными и интерактивными методами ставят знак равенства, однако, несмотря на общность, они имеют различия. Интерактивные методы можно рассматривать как наиболее современную форму активных методов.

Активные методы обучения — это такие методы обучения, при которых деятельность обучаемого носит продуктивный, творческий, поисковый характер. К активным методам обучения относят дидактические игры, анализ конкретных ситуаций, решение проблемных задач, метод обучения студентов алгоритму, и др.

Термин «активные методы обучения» или «методы активного обучения» (АМО или МАО) появился в литературе в начале 60-х годов XX века. Ю.Н. Емельянов использует его для характеристики особой группы методов, используемых в системе социально-психологического обучения и построенных на использовании ряда социально-психологических эффектов и феноменов (эффекта группы, эффекта присутствия и ряда других). Вместе с тем активными являются не методы, активным является именно обучение. Оно перестает носить репродуктивный характер и превращается в произвольную внутренне детерминированную деятельность учащихся по наработке и преобразованию собственного опыта и компетентности.

При использовании активных методов обучения меняется роль студента – из послушного «запоминающего устройства» он превращается в активного участника образовательного процесса. Эта новая роль и свойственные ей характеристики позволяют на деле формировать активную личность, обладающую всеми необходимыми навыками и качествами современного успешного человека.

Активное обучение представляет собой такую организацию и ведение процесса обучения и воспитания, которая направлена на всемерную активизацию учебно-познавательной деятельности обучающихся посредством широкого, желательно комплексного, использования как педагогических (дидактических), так и организационно-управленческих средств. Активизация обучения может идти как посредством совершенствования форм и методов

обучения, так и посредством совершенствования организации и управления образовательным процессом в целом.

Организация образовательного процесса, использующего активные методы обучения, опирается на ряд принципов, к числу которых можно отнести принципы индивидуализации, гибкости, сотрудничества.

Принцип индивидуализации предполагает создание системы многоуровневой подготовки студентов, учитывающей индивидуальные особенности обучающихся и позволяющей избежать уравниловки и предоставляющей каждому возможность максимального раскрытия способностей для получения, соответствующего этим способностям образования. Индивидуализация обучения может осуществляться по:

- содержанию, когда обучающийся имеет возможность корректировки направленности получаемого образования;

- по объему, что позволяет способным и заинтересованным слушателям более глубоко изучать предмет в познавательных, научных или прикладных целях (для этого также могут использоваться индивидуальные планы работы, договора о целевой подготовке, элективные дисциплины),

- по времени, допуская изменение в определённых пределах регламента изучения определённого объёма учебного материала в соответствии с индивидуально-психологическими особенностями учащихся и формой их подготовки.

Принцип гибкости требует сочетания вариативной подготовки, основанной на учете запросов заказчиков и пожеланий обучающихся, с возможностью оперативного, реализуемого непосредственно в процессе обучения, изменения её направленности. Варианты подготовки должны появляться и изменяться в соответствии с изменениями в социуме, что позволяет снизить инерционность системы образования.

Принцип сотрудничества предполагает развитие отношений доверия, взаимопомощи, взаимной ответственности обучающихся и педагогов, а также развитие уважения, доверия к личности обучающегося, с предоставлением ему возможности для проявления самостоятельности, инициативы и индивидуальной ответственности за результат.

Все методы активного обучения имеют ряд отличительных особенностей или признаков. Чаще всего, выделяют следующие признаки:

Принцип проблемности: Основная задача при этом состоит в том, чтобы ввести обучаемого в проблемную ситуацию, для выхода из которой (для принятия решения или нахождения ответа) ему не хватает имеющихся знаний, и он вынужден сам активно формировать новые знания с помощью ведущего (преподавателя) и с участием других слушателей, основываясь на известном ему чужом и своем профессиональном и жизненном опыте, логике и здравом смысле.

Адекватности учебно-познавательной деятельности характеру приобретаемых практических задач и функций обучаемого. Благодаря его реализации возможно формирование эмоционально-личностного восприятия обучающимися учебного материала.

Взаимообучения. Стержневым моментом многих форм проведения занятий с применением АМО обучения является коллективная деятельность и дискуссионная форма обсуждения. Многочисленные эксперименты по развитию интеллектуальных возможностей, учащихся показали, что использование коллективных форм обучения оказывало даже большее влияние на их развитие, чем факторы чисто интеллектуального характера.

Индивидуализации. Требование организации учебно-познавательной деятельности с учетом индивидуальных способностей и возможностей обучающегося. Признак также подразумевает развитие у обучающихся механизмов самоконтроля и самообучения.

Исследования изучаемых проблем и явлений. Реализация признака позволяет обеспечить формирование отправных начальных моментов навыков, необходимых для успешного самообразования, основанного на умении анализировать, обобщать, творчески подходить к использованию знаний и опыта.

Непосредственности, самостоятельности взаимодействия обучающихся с учебной информацией. При традиционном обучении педагог (равно как и весь используемый им комплекс дидактических средств) исполняет роль «фильтра», пропускающего через себя учебную информацию. При активизации обучения – педагог отходит на уровень обучающихся и в роли помощника участвует в процессе их взаимодействия с учебным материалом, в идеале преподаватель становится руководителем их самостоятельной работы, реализуя принципы педагогики сотрудничества.

Мотивации. Активность как индивидуальной и коллективной самостоятельной и специально организованной учебно-познавательной деятельности обучающихся, развивается и поддерживается системой мотивации. При этом к числу используемых преподавателем мотивов, обучающихся выступают: творческий характер учебно-познавательной деятельности, состязательность, игровой характер проведения занятий, эмоциональная вовлеченность.

Таким образом, термин «активные методы обучения» является своеобразным родовым обозначением специфических групповых методов обучения, получивших широкое распространение во второй половине XX века и дополняющих традиционные методы, прежде всего, объяснительно иллюстративные методы обучения, посредством изменения позиции учащихся с пассивно потребительской на активно преобразующую.Количество активных методов обучения достаточно велико. Поэтому для их характеристики обратимся к вопросам классификации активных методов обучения.

Классификация активных методов обучения.

Активные методы обучения подразделяются на две большие группы: групповые и индивидуальные. Групповые методы, применимы одновременно к некоторому числу участников (группе), индивидуальные - к конкретному человеку, осуществляющему подготовку вне непосредственного контакта с другими учащимися.

Различные авторы классифицируют активные методы обучения, по разным основаниям, выделяя разное количество групп.

Можно условно объединить активные групповые методы в три основных блока:

дискуссионные методы (групповая дискуссия, разбор казусов из практики, анализ ситуаций морального выбора и др.);

игровые методы: дидактические и творческие игры, в том числе деловые (управленческие) игры, ролевые игры (поведенческое научение, игровая психотерапия, псих драматическая коррекция); контригра (метод осознания коммуникативного поведения);

сенситивный тренинг (тренировка межличностной чувствительности и восприятия себя как психофизического единства).

Можно основные методы активного обучения подразделять по основным направлениям : по характеру учебно-познавательной деятельности, по типу деятельности участников в ходе поиска решения задач, по численности участвующих.

По характеру учебно-познавательной деятельности методы активного обучения подразделяют на:

имитационные методы, базирующиеся на имитации деятельности, и не имитационные. Особенность имитационных методов — разделение их на игровые и неигровые. Методы, при реализации которых обучаемые должны играть определенные роли, относятся к игровым. При этом к неигровым относят анализ конкретных ситуаций, действия по инструкции и т. д. Особенность не имитационных методов – отсутствие модели изучаемого процесса или деятельности.

По типу деятельности участников в ходе поиска решения задач выделяют методы, построенные на: ранжировании по различным признакам предметов или действий; оптимизации процессов и структур; проектировании и конструировании объектов; выборе тактики действий в управлении, общении и конфликтных ситуациях; решении инженерно-конструкторской, исследовательской, управленческой или социально-психологической задачи; демонстрации и тренинг навыков внимания, выдумки, оригинальности, быстроты мышления и другие.

По численности участвующих выделяют: индивидуальные, групповые, коллективные методы.

Выделяются три основных типа методов активного обучения .

- Метод анализа конкретных ситуаций.

Ситуации могут быть различными по дидактической направленности и используются в соответствии с задачей, которая ставится ведущим перед группой: это может быть иллюстрация, какой-то конкретный случай, предлагаемый ведущим для демонстрации теоретического материала; упражнение, где участники должны выделить и запомнить какие-то элементы; оценка, в которой предлагаемая проблема уже решена, а участникам предлагается оценить ее; проблема, перед группой ставится ряд вопросов, которые надо проанализировать и решить.

- Социально-психологический тренинг, где тренер не осуществляет лидирующей функции, а играет роль доброжелательного наблюдателя, обеспечивает субъектно-субъектный характер общения участников.

- Игровое моделирование или имитационные игры подразделяются на деловые, где заранее задана имитационная модель, и организационные, где участники сами выбирают систему решений.

Существует также классификация АМО, предполагающая членение их на четыре группы, объединяющей групповые и индивидуальные формы занятий, при главенстве первых.

- Дискуссионные методы (свободные и направленные дискуссии, совещания специалистов, обсуждение жизненных и профессиональных казусов и т.п.), построенные на живом и непосредственном общении участников, при пассивно отстраненной позиции ведущего, выполняющего функцию организации взаимодействия, обмен мнениями, при необходимости управление процессами выработки и принятия группового решения.

- Игровые методы (деловые, организационные, имитационные, ролевые игры, психологическая драма и др.).

- Игровые методы, использующие все или несколько важнейших элементов игры (игровой ситуации, роли, активном проигрывании, реконструкции реальных событий и т.п.), они направленные на обретение нового опыта, недоступного человеку по тем или иным причинам.

- Рейтинговые методы (рейтинги эффективности, рейтинги популярности), активизирующие деятельность студентов за счет эффекта соревнования,

- Тренинговые методы (поведенческие и личностно ориентированные тренинги), направленные на оказание стимулирующего, корректирующего, развивающего воздействия на личность и поведение участников.

Каждая группа АМО предполагает специфическую организацию взаимодействия участников, пребывающих в позиции учащихся, и обладает своими специфическими особенностями. Таким образом, в настоящее время не существует единого взгляда на проблему классификации методов обучения, и любая из рассмотренных классификаций имеет как преимущества, так и недостатки.

СОБЛЮДЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТРАДИЦИЙ В ВБМК ОДПО

Чернова Ольга Александровна, Артемова Алла Алексеевна,
Звягина Ольга Геннадьевна, Федянина Надежда Ивановна,
Шестакова Ольга Васильевна, Малеев Юрий Валентинович
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Я, много думала, о чем написать статью для конференции. И решила, что мой опыт работы около 30 лет в ВБМК ОДПО, позволяет мне написать о педагогических традициях. Соблюдение педагогических традиций в обучении медиков, как и применение инноваций, обладает высокой значимостью.

Через традиции усваивается и передаётся опыт из поколения в поколение. Через традиции оценивается прошлое, отсеивается все лишнее, ненужное и формируется будущее.

Давно еще в детстве я услышала старинную притчу о строителях Шартрского собора во Франции.

Каждого из них по очереди спросили, что они делают.

-Не видите, что ли, камни везу-сказал первый.

-Кормлю семью - вздохнул второй.

-Я строю Шартрский собор. Самый красивый собор на свете-ответил третий.

Все они говорили правду. Но только третий понимал значимость своей работы. Так вот и преподаватели ОДПО, как и те строители не просто учат медицинских сестер или зарабатывают себе на хлеб. Преподаватели ОДПО сохраняя чувство причастности к своему народу, дают знания, умения, с которыми медицинские сестры придут к своим пациентам, а те им скажут: «Спасибо Вашим учителям, которые Вас учили!»

Н.А. Семашко говорил: «Сестра – не только медицинский работник. Медицинская сестра – близкий, свой, родной человек.» Эти слова всегда надо помнить, как медицинским сестрам, так и преподавателям.

Традиции ОДПО это то, что обучая слушателей мы, преподаватели, воспитываем в медицинских сестрах любовь к своей профессии, уважение, сострадание, милосердие к пациентам и их родственникам. То, без чего российское здравоохранение существовать не может.

Несмотря на то, что наши слушатели работают по специальности уже не первый год, всё равно обучение для них – важный и надежный способ получения знаний и умений.

В своей профессиональной деятельности мы применяем разные виды обучения. Я остановлюсь лишь на некоторых. Например: традиционное лекционно-семинарское обучение. Все занятия проводят преподаватели с высшим медицинским образованием и имеющие высшею категорию. На занятиях преподаватели используют материалы не только учебной литературы, но и научных публикаций, последние достижения науки и техники. Строят лекции так, что они интересны слушателям. Каждый слушатель понимает их и лекционный материал использует в своей работе.

Хочу привести один пример. В Венеции, в Падуанском университете, сенат установил правило: за каждую лекцию, на которую пришло меньше шести студентов, лектор-профессор платил штраф в десять лир. У нас таких правил нет, да они нам и не нужны. Наши слушатели посещают все лекции. Даже если бы было введено свободное посещение, я уверена, явка была бы 100%. У наших преподавателей лекции проходят на высоком уровне и изложенный материал необходим медицинским сестрам как в профессиональной деятельности так и для аттестации на категорию.

Хочу остановиться на другом традиционном методе обучения на ОДПО. Это проблемное обучение. Наши преподаватели – специалисты со стажем работы. Во время своей профессиональной деятельности они сталкиваются со

многими проблемами в медицинской практике. Преподавателю во время обучения не надо сочинять никаких проблем – примеров. За него это сделала жизнь. Жизнь сама придумала такие проблемы, что ни одни преподаватель не сможет это сделать. На занятиях разбирают причины возникновения проблем, и пути их решения. Решение проблемы может быть как самостоятельное под контролем преподавателя; может быть также под контролем преподавателя но с помощью коллег, которые столкнулись с этой проблемой; а может быть с помощью самого преподавателя или нескольких преподавателей. Всё зависит от того какая это проблема. Цель проблемного обучения на ОДПО – предотвратить в будущем появление этих проблем, а если они появились то грамотно и профессионально уметь их решать. Медицинские сестры, которые не столкнулись с этими проблемами на работе, также активно принимают участие в учебном процессе. Они конкретно учатся на чужих ошибках, учатся их не совершать.

Хочу остановиться ещё на одном традиционном методе обучения на ОДПО. Это коллективное обучение. Наши слушатели, как я уже говорила, люди которые работают. Но дело в том, что некоторые из них работали не только в России, но и за рубежом. В процессе обучения при общении друг с другом слушатели узнают методы и принципы здравоохранения как за пределами Воронежской области, так и за пределами России. Под четким контролем преподавателя слушатели берут для себя из здравоохранения других областей и других стран всё самое важное, ценное и полезное.

Хочу остановиться ещё на одном традиционном методе обучения на ОДПО. Это разноуровневое обучение. Наши слушатели имеют разный стаж работы, а, следовательно, и профессиональный опыт разный. Но профессионализм наших преподавателей даёт возможность всем слушателям овладеть учебным материалом в полном объёме и на высоком уровне.

Мы учим слушателей ,придерживаясь принципа: каждый пациент должен получить квалифицированную медицинскую помощь. И эта помощь должна быть оказана грамотно, четко и своевременно, не зависимо от того кто её оказывает или медицинская сестра без опыта работы, или медицинская сестра с большим опытом работы.

Также наши слушатели разного возраста. Это тоже хорошо. Люди старшего поколения учатся у молодых современным новшествам, а молодые учатся у старших – мудрости, опыту.

Хочу сказать о преподавателях ОДПО. Учитывая контингент обучающихся, т. е. слушатели имеющие многолетний опыт работы, имеющие высшие категории, имеющие награды за многолетний и добросовестный труд. Учитывая всё это, преподаватель должен так построить учебный процесс, чтобы слушатели всегда узнавали что- то новое и полезное. И главное, чтобы у слушателей всегда было желание вновь прийти в ВБМК ОДПО на обучение.

И в конце хочется сказать, что сохраняя педагогические традиции в медицине, не значит, что мы должны останавливаться на достигнутом и жить только прошлыми достижениями.

Педагогическое наследие в обучении медицинских сестер имеет многовековой опыт. С одной сторон: педагогические традиции- это крепкий фундамент. Но с другой стороны: применение инноваций - это строение, без которого фундамент сам по себе бесполезен. А это значит, что педагогические традиции в медицине могут жить только при условиях применения новых инноваций, а именно новых знаний, умений и технологий.

МИЛОСЕРДИЕ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛИЧНОСТИ БУДУЩИХ МЕДРАБОТНИКОВ

Чудаева Галина Борисовна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

В процессе формирования конкурентоспособного выпускника медицинского колледжа, в полном объёме обладающего общими и профессиональными компетенциями, важнейшую роль играет духовное и нравственное воспитание студентов.

Выпускник колледжа не сможет качественно трудиться в сфере медицины без сформировавшейся системы духовных ценностей, так как профессия медицинского работника - это не просто специальность, но и призвание.

Этической стороной человека данной профессии должны стать такие качества как самоотверженность, терпение, понимание другого, чуткость, отзывчивость, доброта, нетерпимость к проявлениям унижения, оскорбления, милосердие.

Особенно хочется подробнее остановиться на одном из важнейших качеств - милосердии, которое означает «милующее сердце».

Милосердие-это особый дар души, это готовность помочь кому-нибудь или простить из сострадания, гуманизма. Милосердие - это забота о людях, умение сопереживать, помогать им в несчастье.

Человек, страдающий каким-либо недугом, острее, болезненней воспринимает окружающую действительность, порой искаженно понимание сказанные ему слова или обращенный в его сторону взгляд.

Как научить студента любить того, кто в этом нуждается?

Как научить чувствовать, жалеть, понимать больного?

Любовь к избранной профессии, гуманное отношение к человеку не приходят сами собой.

Учебный процесс в медицинском колледже должен осуществляться в тесной связи с воспитательным. Одной из основных задач педагогического коллектива является воспитание неравнодушного, доброго, чуткого и отзывчивого, заботливого и внимательного, способного к состраданию специалиста.

Воспитание такого специалиста начинается со знакомства с преподавателями колледжа, с их тесного ежедневного взаимодействия. Личность преподавателя сама по себе является для студентов воспитательным

элементом, нравственным образцом. Если студенты в процессе профессиональной подготовки сотрудничают с эрудированным, духовно развитым, культурным преподавателем, они получают значительный стимул для своего дальнейшего развития.

Возможные методы и приёмы воспитания духовных ценностей: беседа, наблюдение эмоционально- нравственных ситуаций в жизни, сюжетно-ролевые игры, анализ фильмов и прочитанных книг, личный пример преподавателей, использование различных видов деятельности, направленных на заботу о младших, пожилых, одиноких людях, убеждение, внушение и др.

Для реализации успешной воспитательной работы очень значимыми могут быть следующие мероприятия:

тематические классные часы, посвященные медицине, профессии медицинского работника, проблемам нравственности, милосердия, патриотизма, гражданственности;

круглые столы на темы «Основа профессии - милосердие», «Милосердие - зеркало души человека»;

проведение традиционных мероприятий, посвящённых Дню Победы, Дню пожилого человека, Дню борьбы со СПИДом, Дню матери, Дню борьбы с туберкулёзом, Дню Красного Креста и Красного Полумесяца;

проведение выставок творческих работ студентов и преподавателей;

участие в волонтёрском движении.

Эти мероприятия помогают студентам взглянуть на выбранную ими профессию другими глазами, а иногда заставляют задуматься над тем, каково его место в медицине.

Таким образом, образовательная и воспитательная деятельность должны быть направлены на воспитание нравственных качеств личности, формирование профессиональных компетенций, развитие духовности, как неотъемлемой части профессионального облика медицинского работника. Всё это формирует у студентов определённые ценности, создаёт эмоциональную притягательность будущей профессии, формирует идеалы, даёт возможность студентам увидеть перспективу личностного роста, понять социальную значимость медсестринской деятельности, строить собственную программу профессионального становления.

ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Чуреева Наталья Юрьевна

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватель

Сестринское дело как важнейшая часть системы здравоохранения располагает значительными кадровыми ресурсами и возможностями для обеспечения населения доступными и качественными услугами.

В последние годы все более нарастают проблемы в развитии кадрового потенциала здравоохранения России, в частности, специалистов со средним

медицинским образованием. Несмотря на ежегодный выпуск медицинскими колледжами, притока медицинских работников в систему здравоохранения по последним статистическим данным не отмечается.

Несомненно, в условиях кадрового дефицита, особого внимания требуют вопросы создания организационных механизмов привлечения и закрепления молодых специалистов, ведь именно в них будущее нашей сложной и прекрасной профессии.

Одна из проблем работы с персоналом в организации - трудовая адаптация вновь принятых сотрудников. Особенно остро эта проблема стоит в медицинских организациях бюджетной сферы, когда все активнее развивается коммерческая медицина. Именно от успешности адаптации во многом зависит продолжительность и эффективность деятельности нового сотрудника. Известно, что самое большое количество увольнений среди молодых специалистов приходится именно на первый год профессиональной деятельности. Если сотрудник в скором времени после принятия на работу все же уходит из организации добровольно, это может быть сигналом того, что при приеме или в процессе адаптации были допущены ошибки. Необходимо провести анализ процесса адаптации человека в коллективе для выявления ошибок, чтобы не допустить их повторения.

Организация процесса адаптации новых сотрудников в медицинских организациях

Конкретные мероприятия по адаптации персонала можно сформировать, только зная специфику данной организации и коллектива. Именно поэтому так много зависит от руководителей организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

Первый этап – знакомство нового сотрудника с организацией, осуществляющей медицинскую деятельность.

Процесс адаптации начинается сразу после приема на работу. Предпочтение при подборе кадров отдается грамотным, профессиональным, добросовестным, умеющим и желающим работать специалистам. Специалист отдела кадров должен сделать презентацию медицинской организации.

Второй этап - знакомство нового сотрудника с непосредственным руководителем и коллективом отделения, в котором ему предстоит трудиться.

Важную роль в этом процессе играет наставничество. Развитие наставничества способствует повышению теоретической подготовки медицинских сестер, совершенствованию практических умений, повышению качества сестринской помощи и престижа профессии, укреплению корпоративного духа в коллективе.

Этапы наставничества

1.Прикрепление наставника.

Требования к наставнику:

- опыт профессиональной деятельности свыше 15 лет;
- высшая или первая квалификационная категория;
- осознание и понимание значимости наставничества;

•способность к самообучению, саморазвитию, самореализации в профессиональных отраслях;

•высокий уровень коммуникативных и организаторских способностей;

•достаточно высокий уровень аналитических умений;

•обладание определёнными лидерскими качествами;

•уважение коллег и пациентов.

2.Разработка общего плана для нескольких адаптируемых – старшая медицинская сестра проводит обучение по основным нормативным актам.

3.Разработка индивидуального плана подготовки молодого специалиста - разрабатывается совместно старшей медицинской сестрой и наставником индивидуально с учетом личностных особенностей каждого сотрудника.

Рекомендации по организации наставничества:

•подбор наставников с учётом требований, представленных выше;

•наставник и старшая медицинская сестра информируют нового сотрудника о медицинской организации (история больницы, ее организационная структура, правила внутреннего трудового распорядка, план мероприятий по обучению);

•старшая медицинская сестра представляет молодого специалиста коллективу;

•наставник знакомит нового сотрудника с должностной инструкцией, стандартами деятельности и документами, необходимыми для работы;

•наставник проводит индивидуальные беседы и консультации по профессиональным навыкам, выявляет потребности нового сотрудника в специальном обучении;

•наставник еженедельно заполняет карту, в которой отражает все проблемы, возникающие в процессе обучения;

•старшая (главная) медицинская сестра еженедельно дополнительно занимается с новым сотрудником, обращая внимание на трудности, возникшие в процессе обучения;

•введение поощрительной системы наставничества – в идеале хорошая работа наставника должна поощряться материально, но даже если такой возможности нет, как минимум требуется признание его заслуг в масштабах всего учреждения;

•периодическое проведение конкурсов «лучший наставник»;

•ознакомление с опытом наставничества как внутри медицинской организации, так и в других организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

4.Контроль процесса наставничества.

При этом необходимо выяснить:

•удовлетворен ли новый сотрудник содержанием и условиями выполнения работы, своим статусом, оплатой труда;

•сохраняется ли у него интерес к профессии, стремится ли он к профессиональному росту;

•насколько комфортны для него взаимоотношения в коллективе;

•не испытывает ли он воздействия каких-либо стрессогенных факторов.

Своевременное получение информации о проблемах поможет сгладить затруднения и в итоге сохранить специалиста.

Третий этап **-** оценка успешности адаптации нового сотрудника.

Как правило, она дается по окончании испытательного срока. Само обсуждение можно провести без присутствия новичка, чтобы избежать негативных психологических переживаний. Но с выводами он должен быть ознакомлен в обязательном порядке. Нужно раскрыть имеющиеся недостатки, остановиться на способах их устранения, а также подробно рассмотреть сильные стороны и достижения молодого специалиста.

Пути решения проблемы

Организация работы с сестринским персоналом сегодня приобретает приоритетное значение. Молодых специалистов необходимо не только привлечь, но и сохранить на рабочем месте, что невозможно, если сотрудник не доволен своей работой. А удовлетворенность персонала работой не только позволяет снизить текучесть кадров, но и оптимизирует работу, улучшая качество оказания медицинской помощи пациентам.

Работа с молодыми специалистами должна вестись по различным направлениям:

•формирование единства профессиональной и образовательной среды;

•обеспечение трудоустройства выпускников колледжей;

•более эффективное использование выпускников факультетов высшего сестринского образования в практическом здравоохранении;

•рациональная организация рабочих мест медицинских сестер;

•увеличение штатных единиц персонала для снижения нагрузки;

•решение вопроса достойной заработной платы;

•наставничество молодых специалистов;

•реализация творческих способностей каждого специалиста;

•возможность психологической поддержки;

•поощрения – благодарности, почетные грамоты, ценные подарки, создание системы премирования;

•активная общественная жизнь коллектива – выставки, конкурсы, встречи, диспуты, конференции;

•обеспечение благоприятного микроклимата на рабочих местах;

•повышение квалификации медицинских сестер;

•вовлечение молодых специалистов в выполнение научно-практических работ;

•анкетирование молодых сотрудников и работодателей с целью выявления проблем, дальнейшего их обсуждения и активного поиска путей решения и т.д.

Исследование процесса адаптации сестринского персонала на рабочем месте в медицинской организации

Привлечение молодых квалифицированных специалистов в профессию и их быстрая адаптация в трудовых коллективах – это реальный способ решения проблемы кадрового дефицита в медицинских организациях.

Для данного исследования была поставлена цель – изучение процесса адаптации сестринского персонала в медицинской организации.

Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП №1». В исследовании приняли участие медицинские сестры различных отделений больницы в количестве 20 человек. Для решения поставленной цели была разработана специальная анкета, содержание которой основывалось на проблемах, возникающих при адаптации на рабочем месте. Респондентам было предложено по каждой позиции разработанной анкеты высказать свое мнение о необходимости и качестве процесса адаптации в медицинской организации.

При анализе изучения процесса адаптации сестринского персонала на рабочем месте были получены следующие результаты.

На вопрос «Как долго Вы работаете в данном учреждении?» ответы распределились таким образом: стаж работы до 1 года имеют 25% м/с; до 2 лет – 20% м/с; до 3 лет – 20% м/с; до 4 лет – 15% м/с; до 5 лет 20% м/с.

Результаты ответов, полученные на вопрос «Как долго Вы осваивались в условиях нового места работы?» выглядят следующим образом: более половины – 60% м/с – освоились в течение 1 месяца; 10% м/с - до 2 месяцев; 25% м/с понадобилось для освоения до 3 месяцев и 5% еще не освоились.

Интерес вызвал вопрос «Какие сложности Вы испытывали в процессе адаптации?». 60% опрошенных м/с отметили недостаточность практических навыков; 40% - высокую рабочую нагрузку; недостаточность навыков коммуникации с пациентами и сложности при вхождении в коллектив не отметил никто.

Также было интересно узнать ответы на вопрос «Как Вы выбрали Ваше место работы?». 50% м/с сделали выбор осознанно и самостоятельно; 15% по совету знакомых или друзей; 25% случайно и 10% - по другим причинам, среди которых были отмечены близость к дому, а одна из м/с написала, что в данной медицинской организации была на практике и ей так понравилось, что и работать она решила здесь.

На вопрос «Совпали ли Ваши представления о деятельности медсестры с реальностью?» были получены следующие результаты: у 50% опрошенных м/с совпали полностью; 15% отметили, что в реальности оказалось больше позитивных моментов; а 35% - больше негативных моментов.

На вопрос «Испытываете ли Вы удовлетворение от профессии медицинского работника в целом?» были получены интересные ответы: 35% испытывают; 25% - в определенной степени; 25% довольны, но работать сложно и лишь 15% ответили отрицательно.

Немаловажным был вопрос «Бывают ли у Вас конфликты с руководителем или с кем-либо из коллег?». На основании полученных данных, был сделан вывод, что у 50% м/с конфликтных ситуаций не бывает; у 30% бывают, но крайне редко; у 20% время от времени.

На вопрос «Необходима ли Вам помощь в работе?» ответы распределились таким образом: 40% справляются самостоятельно; 35%

помощь нужна при выполнении сложных видов работ; 25% - при решении конфликтных ситуаций.

Далее в результате исследования было выявлено, в какой степени молодые сотрудники удовлетворены различными факторами в организации. Характером труда удовлетворены 50%, затруднились ответить и ответили отрицательно по 25%; занимаемой должностью – довольны 85%, 15% - затруднились ответить. Наличием перспектив продвижения удовлетворены 30%, не удовлетворены 20%, 50% затруднились ответить; возможностью повышения квалификации довольны 90%, остальные 10% затруднились ответить. Информированностью о делах коллектива и учреждения, а также помощью и поддержкой руководителя удовлетворены по 75%, затруднились ответить по 25%. Отношениями с коллегами удовлетворено абсолютное большинство м/с – 90%, остальные 10% затруднились ответить; отношениями с непосредственным руководителем также довольна большая часть персонала – 85%, остальные 15% затруднились ответить.

Было интересно узнать мнение анкетируемых м/с на вопрос «Необходимо ли с Вашей точки зрения закрепление наставника за новым сотрудником, если да, то на какой период?». Абсолютно все м/с отметили необходимость наставничества, большинство считают достаточным срок около 1 месяца – 40%; остальные варианты, а именно срок в 2-3 месяца, 3-6 месяцев, 6 и более месяцев – набрали по 20% каждый.

Нам было крайне важно выяснить результаты ответов, полученные на вопрос «Что, как Вам кажется, помогло бы Вам в период адаптации?». 45% опрошенных ответили, что им помогли коллеги; 20% отметили помощь руководителей; 10% считают, что могло бы помочь снижение нагрузки; 25% затруднились ответить.

Таким образом, на основе анализа данных, можно сделать вывод о том, что в целом сестринский персонал не испытывал особых трудностей в плане адаптации в коллективе. С коллегами и пациентами у м/с сложились доверительные взаимоотношения, что позволяет сократить адаптационный период. Незначительные трудности возникали в результате недостаточности практических навыков и высокой производственной нагрузки. Поэтому часть новых сотрудников нуждалась в помощи коллег и руководителей при выполнении сложных видов работ и решении конфликтных ситуаций.

В отношении наставничества мнения респондентов единогласны – все молодые специалисты считают, что закрепление наставника необходимо. Это помогает приобрести опыт коммуникации с пациентами, определенный объем практических навыков и компетенций, необходимых в профессиональной деятельности. Большинство анкетируемых считают, что закрепление наставника за новым сотрудником необходимо в среднем на 1 месяц. Это достаточный срок для адаптации сестринского персонала в медицинской организации.

На сегодняшний день создаются возможности для изменения процесса адаптации в сторону улучшения. Руководством медицинской организации разрабатываются программы и мероприятия по профессиональной и

социально-психологической адаптации молодых специалистов среднего звена, что способствует оптимизации процесса адаптации и сохранению молодых специалистов сестринского дела в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шепелева Наталия Геннадьевна, Татаринова Ирина Вячеславовна, Колтунова Светлана Николаевна, Артемова Алла Алексеевна
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», преподаватели

Современная система обучения в мире требует гибкого подхода образовательных организаций к подготовке кадров в сфере профессионального образования. Модернизация профессионального образования с использованием практико-ориентированных и гибких образовательных программ не обошла стороной и дополнительное профессиональное образование средних медицинских и фармацевтических работников. Имеющиеся потребность в квалифицированных специалистах и высоком уровне ответственности медицинских и фармацевтических работников перед обществом привели к необходимости непрерывного совершенствования профессиональных знаний и навыков.

Изменения государственного регулирования права на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности привели к непрерывности повышения квалификации.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в период с 1 января 2016 года по 31 декабря 2020 года процедура сертификации поэтапно сменяется процедурой аккредитации специалистов.

Процедура аккредитации специалиста на основании

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 года №334н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов», первый этап периодической аккредитации предусматривает оценку отчета за последние пять лет о профессиональной деятельности аккредитуемого, включающего сведения об индивидуальных профессиональных достижениях, сведения об освоении программ повышения квалификации, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширение квалификации (портфолио).

Но в условиях динамичного развития фармацевтических и медицинских технологий, подходов к диагностике, лечению, мониторингу и профилактике заболеваний даже постоянное обучение по программам повышения квалификации может оказаться недостаточным для поддержания необходимого профессионального уровня. Поэтому в соответствии с Концепцией развития непрерывного медицинского и фармацевтического

образования в Российской Федерации на период до 2021 года (далее – Концепция), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2017 года №926, вводится система непрерывного медицинского и фармацевтическое образования (далее – непрерывное образование) НМО осуществляется через:

«формальное образование» -освоение образовательных программ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

«неформальное образование»-обучение в рамках деятельности профессиональных некоммерческих организаций.

«самообразование»-индивидуальную познавательную деятельность.

Значение системы непрерывного медицинского образования заключается не только в повышении профессиональных знаний и навыков медицинских работников. Непрерывное образование даёт возможность медицинским организациям участвовать в процессе обучения своих работников здравоохранения. Всё это становится возможным благодаря предложению своих собственных форм и методов обучения, помогающим сотрудникам развиваться профессионально без отрыва от работы. Причём использовать такую организацию обучения можно во всех видах обучения: формальном, неформальном, информальном.

Дополнительное профессиональное образование можно получить разрабатывая и принимая участие в следующих видах образовательной деятельности:

- участие в научных конференциях;
- участие в мастер классах;
- участие в конкурсах;
- подготовка статей и публикаций для медицинских изданий;
- составление памяток для пациентов.
- участвовать в вебинарах и онлайн- трансляциях

Участие в данных видах деятельности может быть, как активным так и пассивным. Активное- когда медицинский работник лично сам выступает с докладом или проводит мастер-класс. Пассивное участие когда работник здравоохранения выступает в роли слушателя. Но оба эти виды участия помогают заработать дополнительные баллы. За пять лет необходимо заработать 250 баллов. Площадкой для выбора электронных модулей, учебных мероприятий и дополнительных профессиональных программ повышения квалификации непрерывного образования и регистрации на участие в них – является Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. Пользоваться данной площадкой возможно после регистрации и создания личного кабинета.

Следующее изменение в системе дополнительного образования медицинских работников это переход от сертификации к аккредитации.

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

Виды аккредитации:

- первичная

-первичная специализированная

-периодическая

Первичная аккредитация

Первичная аккредитация проводится в отношении лиц, получивших высшее медицинского образование по специальностям в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (после 1 января 2016 – 2017 гг.) и среднее профессиональное образование по специальностям в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (после 1 января 2018 г.).

Первичная специализированная аккредитация

Первичная специализированная аккредитация проводится в отношении лиц, получивших высшее медицинского образование по специальностям в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень бакалавриата, магистратуры, ординатуры) и специалисты, получившие дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки (после 1 января 2019 г.).

Периодическая (повторная) аккредитация

Периодическая (повторная) аккредитация проводится в отношении лиц, завершивших освоение программ непрерывного медицинского образования.

Качество проведения профессиональной переподготовки образовательной организацией –напрямую связано с подготовленностью медицинского работника к прохождению этапов (тестирование, демонстрация практических навыков) первичной специализированной аккредитации и допуском его к работе в сфере нового вида деятельности.

Для прохождения периодической аккредитации соискатель должен предоставить в комиссию портфолио.

Портфолио – это отчет за последние 5 лет о профессиональной деятельности аккредитуемого, включающий сведения об индивидуальных профессиональных достижениях, освоении программ повышения квалификации, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширение квалификации.

Портфолио формируется аккредитуемым самостоятельно. Указанные в нем сведения об освоении образовательных программ должны подтверждаться соответствующими документами об образовании и (или) о квалификации. Поэтому в течении пяти лет медицинские работники должны активно учиться по системе НМО.

Данные изменения в системе дополнительного профессионального образования медицинских работников направлены на улучшение качества дополнительного образования. В рамках стремительно развивающихся технического прогресса, информационных технологий специалисты здравоохранения обязаны постоянно обновлять свои знания и быть в курсе инноваций в сфере медицины.

Список источников: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 года №334н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов»

https://mirk.msk.ru/, https://edu.rosminzdrav.ru/

Научное издание

Педагогические традиции и инновации в работе Воронежского базового медицинского колледжа:
сборник материалов очно-заочной региональной научно-практической конференции (02 ноября 2020 г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»)

Печатается в авторской редакции

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
«ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
Адрес колледжа: 394055, г. Воронеж, ул. Космонавтов, д. 46