

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. Р.ГАМЗАТОВА»

На правах рукописи

УРСИЛОВА Лейла Закаевна

**ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
СРЕДСТВАМИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

5.8.7. Методология и технология профессионального образования

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Научный руководитель –
доктор педагогических наук,
профессор **Маллаев Д.М.**

Махачкала – 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	17
1.1. Современные требования к профессиональной готовности среднего медицинского персонала как важнейшего ресурса реформирования здравоохранения	17
1.2. Сущность и содержание готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала	33
1.3. Основные компоненты и уровни готовности среднего медицинского персонала как важнейшего ресурса реформирования здравоохранения	45
1.4. Модель процесса готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала	68
Выводы по первой главе	80
ГЛАВА II. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СРЕДСТВАМИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	83
2.1. Программа и методика опытно-экспериментальной работы по формированию готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала	91
2.2. Внедрение и верификация технологического комплекса «Осуществляй служенье без отдачи» в целях повышения уровня готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности средствами инновационных технологий	100
2.3. Содержательная динамика процесса формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала	122
Выводы по второй главе	137
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	142
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	150

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы профессиональной подготовки среднего медицинского персонала обусловлена современными требованиями, предъявляемыми к выпускникам средних медицинских учреждений, обозначенными в Указе Президента Российской Федерации, направленном на определение вектора развития государства до 2030 года в стратегическом и национальном аспектах¹, где одними из основных целей обозначены обеспечение устойчивого естественного роста численности населения РФ и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет.

В «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период до 2030 гг.»² также обозначены задачи повышения качества медицинского обслуживания населения. Система здравоохранения сегодня не способна удовлетворить население общедоступной, высокопрофессиональной, компетентной помощью, если не развита профессиональная сеть среднего медицинского персонала. Требуется решения проблема формирования актуальных компетенций и качеств медицинской сестры, что обозначено в «Квалификационных требованиях к медицинским работникам со средним образованием», утвержденных приказом Минздрава от 10.02.2016 № 83н³.

Реформирование здравоохранения, модернизация медицинского образования и профессиональной подготовки будущих медиков среднего звена предусматривают прежде всего развитие первичной медико-санитарной помощи населению. Согласно Федеральному проекту «Развитие системы оказания

¹ Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://zainsk.tatarstan.ru/file/pub/pub_3275115.pdf.

² Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gigabaza.ru/doc/153687.html>.

³ Квалификационные требования к средним медработникам. Квалификационные требования к медицинским работникам со средним образованием утвердили приказом Минздрава от 10.02.2016 № 83н. <https://www.kdelo.ru/art/386601-kvalifikatsionnye-trebovaniya-k-meditsinskim-rabotnikam?ysclid=m3xjv9Ilg10492527>

первичной медико-санитарной помощи»⁴, во многих регионах нашей страны ощущается нехватка среднего медицинского персонала. Для исправления ситуации и усиленной профессиональной подготовки⁵ медицинских медсестер, фельдшеров общей врачебной практики Минздравом России сегодня разработан Проект модели сестринского обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации, предполагающий решение ряда проблем:

- нормативно-правовое обеспечение системы;
- эффективное использование медицинских кадров в практическом здравоохранении;
- устранение ситуации выполнения медсёстрами несвойственных для младшего медицинского персонала функций;
- устранение дисбаланса в обеспечении городов и районов специалистами сестринского дела в соотношении врач/медицинская сестра.

В связи с вышеперечисленным возникает необходимость модернизации системы профессиональной подготовки среднего медицинского персонала, приведение ее в соответствие с требованиями Государственного заказа на специалиста (ФГОС СПО). Введённое в последнее время значительное сокращение длительности пребывания пациентов в стационарном отделении также потребовало от среднего медицинского персонала интенсификации профессиональных действий, умений ведения планов сестринского ухода, электронных дневников, электронного документирования лечебных дел пациентов, автоматизирования регистрирования и др. В рамках повышения качества профессиональной подготовки среднего медицинского персонала планируется особо уделить внимание формированию управленческих компетенций.

4 Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» 09 августа 2019 г., обновлен 03 июля 2023/ <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/pervichka>

5 Усиленная профессиональная подготовка медсестер – это профессиональная переподготовка, которая предполагает повышение квалификации специалистов в области сестринского дела, направленная на то, чтобы подготовить специалистов, обладающих сформированной системой профессиональных знаний, умений, навыков и компетенций, необходимых для их эффективного применения на практике.

Выявленные в профессиональной подготовке среднего медицинского персонала проблемы связаны также с их слабой научной освещенностью, недостаточным количеством диссертационных исследований по данной тематике, что значительно актуализирует проблему формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала.

Степень разработанности проблемы. Проблема формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала не нова. На сегодняшний день в научной литературе есть исследования, в которых освещаются теоретико-методологические и практические аспекты подготовки и переподготовки среднего медицинского персонала для оказания медицинской помощи населению: В. А. Подгаева (проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров среднего медицинского персонала). Существует ряд работ, уделяющих внимание технологической подготовке медицинской сестры: Л. И. Валентович (организационные аспекты и инновационные технологии подготовки и деятельности специалистов с высшим сестринским образованием); Б. С. Каспрук (некоторые элементы использования инновационных технологий в практике средних медицинских работников). Также необходимо отметить исследования, раскрывающие важность наличия управленческих компетенций у медицинской сестры: В. Н. Кормакова (коучинг как средство профессионального самоопределения выпускников медицинского колледжа); Т.Х. Хабиева (инновационный менеджмент в сестринском деле); М.В. Чайковская, И.И. Чайковская, Д.С. Гаврилова, Л.Н. Альберт (менеджмент в образовании медицинских сестер и его роль для клинической практики); Н.А. Селичева, К.А. Страхов и др. (медсестра-руководитель: способность к деловому общению - управленческие особенности медицинской сестры). Профессиональному самоопределению медицинской сестры посвящены работы И. Ф. Филатова (профессиональное самоопределение среднего медицинского персонала) и другие исследования.

В связи с тем, что в крупных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) вводится новая должность – сестра-преподаватель, появились работы,

посвященные педагогическим компетенциям и способностям среднего медицинского персонала: Е.В. Мензул (необходимость формирования психолого-педагогических компетенций у медицинской сестры); И.С. Балякова (формирование педагогической компетенции будущего специалиста со средним медицинским образованием).

Понять структуру профессиональной медицинской деятельности помогают работы Н.В. Кузьминой (методы исследования педагогической деятельности). Описывая структуру педагогической деятельности, ученый, наряду с гностическим, конструктивным, коммуникативным компонентами и т.д., выделяет и организаторский компонент, актуальный для деятельности медицинской в роли сестры-преподавателя.

Актуальным для нашего исследования являются выводы и умозаключения ученых относительно готовности личности к будущей профессиональной деятельности, где готовность выпускников средних медицинских образовательных учреждений анализируется как способность к коммуникации, как внутренняя потребность личности в определённых действиях и профессиональном поведении: Б. Д. Парыгин (коммуникация как общение: тенденции и возможности); И. Л. Новоселов (социально-психологические условия преодоления коммуникативных барьеров) и др.

Несмотря на имеющиеся научные работы по исследуемой теме, мы констатируем, что проблема формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала средствами инновационных технологий с целью повышения качества профессиональной готовности все еще недостаточно освещена и является актуальной для педагогической науки.

Анализ научных работ по проблеме формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала выявил ряд **противоречий**, разрешение которых будет способствовать эффективной подготовке среднего медицинского персонала к будущей профессиональной деятельности:

– на научно-теоретическом уровне – между необходимостью поиска новых теоретико-методологических обоснований эффективности процесса профессиональной готовности среднего медицинского персонала и недостаточной теоретической разработанностью данного вопроса в исследовательской литературе;

– на социально-педагогическом уровне – между требованиями ФГОС СПО к формированию у медицинской сестры способности удовлетворить население компетентной помощью⁶ и недостаточной разработанностью психолого-педагогических условий по данной проблематике в педагогической теории и практике;

– на логико-проектном уровне – между необходимостью конструирования психолого-педагогических условий эффективной подготовки среднего медицинского персонала и отсутствием моделирования, визуализации данного процесса;

– на дидактико-методическом уровне – между необходимостью готовности современных специалистов среднего медицинского звена обеспечивать население высокопрофессиональной, общедоступной помощью и недостаточной методической, технологической и дидактической оснащённостью данного процесса в рамках профессиональной подготовки в среднем медицинском образовательном учреждении.

Выявленные противоречия дали возможность сформулировать **проблему настоящего** исследования: каков комплекс эффективных технологических⁷ и инновационных разработок, методов и средств формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала?

⁶ Компетентная помощь медицинской сестры — это качественная медицинская помощь, отвечающая принципам гуманности и профессиональным стандартам ФГОС СПО по специальности 34.02.01 «Сестринское дело», где дан перечень ОК и ПК. Компетентная помощь медицинской сестры – совокупный ряд компетенций.

⁷ Эффективные технологии в педагогике — это системы способов, приёмов, шагов, которые обеспечивают решение задач воспитания, обучения и развития личности. Термин «эффективность» в педагогике исследовался М.И. Махмутовым, Ю.К. Бабанским, В.П. Беспалько, В.М. Блиновым и др.

Объект исследования – профессиональная готовность среднего медицинского персонала.

Предмет исследования – готовность к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала средствами инновационных технологий.

Цель исследования – теоретически обосновать и экспериментально верифицировать модель процесса готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

в условиях медицинского учреждения.

Гипотеза исследования: процесс формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала будет эффективным, если:

– готовность среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности будет раскрыта с позиций социально-психологической и педагогической наук;

– будут определены суть и содержание профессиональной готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности в соответствии с современными требованиями ФГОС СПО и разработанными требованиями «Доктрины среднего медицинского и фармацевтического образования в РФ»;

– будет смоделирован процесс формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала;

– будут разработаны и внедрены инновационные технологии и диагностический комплекс, повышающие эффективность готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности.

Объект, предмет, цель и гипотеза исследования определили его **задачи:**

1. Определить современные требования к профессиональной подготовке среднего медицинского персонала как важнейшего ресурса реформирования здравоохранения.

2. Выявить сущность и содержание готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности как социально-психологической и педагогической проблемы.

3. Определить главный компонентный состав готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности в соответствии с современными требованиями ФГОС СПО и разработанными требованиями «Доктрины среднего медицинского и фармацевтического образования в РФ».

4. На основе *гуманистического, структурно-функционального, компетентностного, уровневого, технологического* подходов смоделировать процесс формирования готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности в условиях медицинского учреждения СПО.

5. Разработать и внедрить в опытно-экспериментальную работу диагностический и технологический комплекс «Осуществляй служенье без отдачи»⁸, как условие эффективного формирования готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности.

Методологическая основа диссертационного исследования. Методология исследования опиралась на идеи известных отечественных философов (М. М. Бахтин, Н. А. Бердяев, М. С. Каган и др.) и труды психологов-гуманистов о важности гуманизации профессиональной подготовки будущих медиков (В. П. Зинченко, Д. А. Леонтьев, В. И. Слободчиков и др.).

Основой диссертационного исследования стали ключевые положения теоретических подходов: гуманистического (Я. А. Коменский, Ж. Ж. Руссо, Л. Н. Толстой, А. С. Макаренко, В. А. Сухомлинский, Ш. А. Амонашвили, Б. Т. Лихачев и др.); структурно-функционального (Г. Е. Зборовский, И. И. Каинаев, Г. М. Пономарева, Э. В. Соколов, П. А. Сорокин, Е. А. Шуклина и др.); компетентностного (В. А. Болотов, А. А. Гетманская, Э. Ф. Зеер, И. В. Ирихина, О. Е. Лебедев, А. М. Павлова, В. В. Сериков и др.); уровневого (Ф. Н. Алипханова, Д. М. Абдуразакова, Д. М. Маллаев, В. П. Беспалько, И. Я. Лернер, Э. Г. Патрикеева, Г. К. Селевко, И. Ю. Троицкая, Е. Н. Трухманова и др.); технологического в трудах отечественных (М. Е. Бершадский, И. П. Волков, В. В. Гузеев, Т. А. Ильин, Н. Д. Никандров, А. И. Уман и др.) и зарубежных авторов (Л. Андерсон, Дж. Блок, Б. Блум, Т. Гилберт, Н. Гронлунд, Р. Мейджер, А. Ромишовски и др.).

⁸ Служение без отдачи – это бескорыстное служение людям на медицинском поприще

Для решения поставленных исследовательских задач в работе были использованы следующие **научные методы**: *теоретические* (анализ психолого-педагогической и учебно-методической литературы, синтез, обобщение, анализ; *прикладные* (анкетирование, тесты, наблюдение, включенное наблюдение, диагностические методики, педагогический эксперимент, математические методы⁹).

Теоретические основы исследования. Выпускники медицинского колледжа профессионального направления «Сестринское дело» (34.02.01) должны быть готовы обеспечивать население высокопрофессиональной, общедоступной помощью в осуществлении реабилитационных программ, в том числе хоспис-паллиативной, уметь вести электронные дневники, документировать лечебные дела пациентов в электронном виде и др. Важными для понимания данного процесса и достижения его высокой эффективности стали следующие теории, идеи и концепции: теория целостного педагогического процесса (Ю. К. Бабанский, В. П. Беспалько, В. В. Краевский, В. А. Сластенин); теоретические аспекты подготовки среднего медперсонала для оказания медицинской помощи населению разных категорий (С. О. Семисынова, Т. А. Тихонова, В. В. Чунакова, С. В. Шарина и др.); концепции, раскрывающие профессиональную коммуникацию медицинских сестер с пациентами (И. Л. Новоселов, Б. Д. Парыгин); в разработку идеи конструирования компетентностных моделей модернизации среднего медицинского образования легли положения компетентностной модели педагогического образования¹⁰ (А. В. Болотов, А. М. Павлова, В. В. Сериков, Э. Э. Сыманюк).

База исследования. Базой исследования стали 2 медицинских колледжа Северного Кавказа: ГБПОУ РД «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р. П. Аскерханова» и ГБПОУ «Чеченский базовый медицинский колледж». Оба колледжа осуществляют профессиональную подготовку медиков среднего звена на базе среднего специального и профессионального образования по следующим

⁹ среднее арифметическое – это математический способ найти «среднее» значение группы чисел

¹⁰ Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе В.А. Болотов, В.В. Сериков/
<https://infourok.ru/kompetentnostnaya-model-ot-idei-k-obrazovatelnoy-programme-vabolotov-vvserikov-2094090.html>

специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело», «Фармация», «Стоматология». Для проведения исследования были отобраны 2 группы студентов: экспериментальная группа – студенты направления «Сестринское дело» (34.02.01), 40 человек, контрольная группа – студенты направления «Сестринское дело», 40 человек.¹¹ В экспериментальной работе также приняли участие педагоги медицинских колледжей (16 человек). Всего в эксперименте участвовало 96 человек.

На подготовительном этапе (2018-2019 гг.) проводился анализ и отбор научно-педагогической, психологической, медицинской литературы, отражающей тематику диссертации, изучалось современное состояние проблемы поиска эффективных технологий для повышения качества профессиональной готовности среднего медицинского персонала, ориентированных на управленческую, педагогическую деятельность и профессиональное, гуманистическое взаимодействие с разными категориями граждан; была определена методология, логика исследования, шла разработка категориально-понятийного аппарата диссертации, формулировались основные блоки научного аппарата - актуальность, степень разработанности проблемы, противоречия, объект, предмет, цель и задачи, значимость выбранной проблематики.

На преобразующем (2019 - 2020 гг.) этапе осуществлялся поиск путей и условий эффективности профессиональной подготовки среднего медицинского персонала; разработана программа опытно-экспериментальной работы, включающая констатирующий, формирующий и заключительный этапы, каждый из которых имел свои задачи: на *констатирующем* отбирались студенческие группы (ЭГ и КГ) 2-х медицинских колледжей Северного Кавказа (ГБОУ СПО Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р. П. Аскерханова» и ГБОУ СПО «Чеченский базовый медицинский колледж»), подбирались диагностический инструментарий и определялся первоначальный

¹¹ ГБПОУ РД «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р. П. Аскерханова» и ГБПОУ «Чеченский базовый медицинский колледж» осуществляют профессиональную подготовку медиков среднего звена на базе среднего специального и профессионального образования по одному ФГОС СПО

уровень профессиональной готовности студентов; шел отбор педагогов, задействованных в опытно-экспериментальной работе; задачами *формирующего* этапа стали разработка и внедрение инновационных технологий и авторского элективного курса «Осуществляй служенье без отдачи», повышающих готовность медицинских сестер к профессиональной деятельности; *заключительный* этап раскрывал динамику профессиональной подготовки среднего медицинского персонала в 2-х колледжах в рамках сравнительного анализа результатов исследования.

На итоговом этапе (2020–2021 гг.) осуществлялось обобщение полученных результатов, были подведены итоги и проведен содержательный анализ диссертационного исследования; уточнялись теоретические и прикладные выводы; подтверждались положения выдвинутой гипотезы исследования.

Научная новизна исследования:

- уточнено понятие «готовность среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности», отличающееся от предыдущих дефиниций - выделением двух сторон подготовки будущего специалиста: *психологической*, отвечающей за развитие у студентов медицинского колледжа воли, самообладания, стрессоустойчивости, стремления к преодолению трудностей, заинтересованности и мотивации к профессии, становления профессионального самоопределения и *педагогической*, предполагающей воспитание у будущих медиков ценностных установок, ориентированных на профессию медицинского работника среднего звена, становление медика-педагога, развитие педагогических способностей, определяемых высокой ответственностью, долгом перед пациентами, добротой, жертвенностью, полной отдачей профессии;

- разработана и экспериментально внедрена модель, определившая целостность процесса формирования готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности в условиях медицинского учреждения;

- обоснованы основные компоненты готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала, представляющие важные ее

составляющие в контексте психолого-педагогической подготовки: профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический.

Теоретическая значимость исследования. Теоретико-методологическое исследование проблемы формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала значительно расширило понятийно-категориальный аппарат педагогики средней профессиональной школы за счет уточнения понятия «готовность среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности»; структуризации готовности в виде профессионально-самоопределяющего, коммуникативно-педагогического, организационно-управленческого и информационно-технологического компонентов.

Разработанные теоретико-методологические и прикладные основы процесса формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала повысили уровни профессионального самоопределения студенчества, коммуникативных и педагогических качеств, сделали возможным эффективное взаимодействие среднего медицинского персонала с будущими пациентами; улучшили организационные и управленческие компетенции и информационную грамотность.

Практическая значимость исследования состоит в том, что в процессе формирующего этапа были разработаны и внедрены: авторский опросник «Твоя будущая профессия – медик, и готовность к ней»; авторский технологический комплекс «Осуществляй служенье без отдачи», включающий следующие компоненты: авторский тренинг «Твоя профессия - медсестра»; упражнение «Профессиональное предвидение медицинской сестры»; деловая игра «Комплимент»; упражнение «Темное слушание»; техники активного слушания (эхо, перефразирование, интеграция); упражнение «Политика гашения конфликта»; аутотренинг «Профилактика эмоционального выгорания или как сохранить психологическое здоровье»; игра-викторина «Хорошо ли ты знаешь лечебно-профилактические учреждения России?»; упражнения по тайм-

менеджменту «Клубок ниток»; «Я и время». Внедрение технологического комплекса в практику лечебных учреждений способствовало улучшению качества медицинского обслуживания в лечебных учреждениях и профессиональной готовности среднего медицинского персонала.

Достоверность полученных результатов исследования обоснована их воспроизводимостью при наличии аналогичных условий для студентов экспериментальной и контрольной групп в медицинском колледже Республики Дагестан и медицинском колледже Чеченской Республики: студенты представляли собой гомогенные группы по возрасту, статусу, полу, общему виду деятельности, объединенные одной учебной целью - получение профессии; обследованием студентов ЭГ и КГ на констатирующем этапе в рамках выявления уровня готовности к профессиональной деятельности и повторным обследованием студентов экспериментальной и контрольной групп на заключительном этапе; сопоставительным анализом уровней сформированности профессиональной готовности медицинской сестры в ЭГ и КГ на констатирующем и заключительном этапах - количество студентов, обладающих высоким уровнем профессиональной готовности в ЭГ увеличилось на 50%, тогда как в КГ эта цифра увеличилась на 20,5%; число студентов в ЭГ, относящихся к низкому уровню профессиональной готовности медицинской сестры, уменьшилось и составило 33,5% по сравнению со студентами КГ, где эта цифра составила 12,5%. Полученные данные продемонстрировали высокую эффективность технологического комплекса «Осуществляй служенье без отдачи» в деле профессиональной готовности медицинской сестры.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялись через практическую работу диссертанта в качестве преподавателя ГБОУ СПО Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р. П. Аскерханова», посредством участия в международных конференциях: «Современные педагогические технологии профессионального образования» (Москва, 2019 г.), «Профессионально-педагогическое образование: состояние и перспективы» (Москва, 2020 г.), «Conduct of modern science – 2020» (Sheffield,

2020 г.), «Наука и образование: состояние, проблемы и перспективы развития» (Махачкала, 2020 г.), «Актуальные вопросы современной науки и образования» (Махачкала, 2020 г.), Всероссийская научно-практическая конференция «Инновационные технологии в профессиональном развитии специалистов со средним медицинским образованием: проблемы и перспективы развития» (Самара, 2021 г.).

Положения, выносимые на защиту:

1. Готовность среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности представляет собой интегративный показатель профессионального становления, включающий психологическую и педагогическую специфику, а также ряд характеристик и компонентов для выполнения профессиональной направленности: *психологический* уровень готовности – развитие у студентов медицинского колледжа собственной воли, стрессоустойчивости, самообладания, стремления к преодолению трудностей, заинтересованности и мотивации к профессии, становления профессионального самоопределения; *педагогический* уровень готовности – воспитание у будущих медиков ценностных установок, ориентированных на профессию медика среднего звена, развитие его педагогических способностей, определяемых высокой ответственностью, долгом перед пациентами, добротой, жертвенностью, полной отдачей профессии.

2. Компоненты готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала обусловлены системой профессионально-личностных качеств будущего медика среднего звена, способного к эффективной профессиональной деятельности – *профессионально-самоопределяющий* (наличие сформированных интересов, мотивов и устремлений личности студента, опирающееся на формирующееся мировоззрение); *коммуникативно-педагогический* (наличие качеств управленческого порядка, которые основаны на сформированных целях и умении находиться в доверительной коммуникации с людьми, принадлежащими к дифференциальным возрастным категориям); *организационно-управленческий* (осознание задачи медицинского менеджмента или управления, главных догматов управления в

здравоохранении); *информационно-технологический* (умение вести электронные дневники, проводить профилактические мероприятия онлайн, осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ-наблюдение специфики течения заболевания).

3. Разработанная модель формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в условиях медицинского учреждения СПО, которая включает совокупность блоков: *ценностно-целевой* (ожидаемая подготовка медицинского персонала среднего звена в сфере оказания помощи пациентам, вектор усиленной подготовки профессиональной направленности будущих специалистов, в том числе грамотного распределения выпускников медицинских училищ по трудовым секторам), *теоретико-методологический* (гуманистический подход, компетентностный подход, структурно-функциональный подход, уровневый подход, технологический подход); *диагностико-технологический блок* (диагностические методы, технологический комплекс «Осуществляй служение без отдачи»), *компонентно-критериальный* (уровни сформированной готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в условиях медицинского учреждения и каждого из ее компонентов); *итогово-результативный* (повышение уровня готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в условиях медицинского учреждения).

4. Эффективность формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в условиях медицинского колледжа обусловлена разработкой и внедрением комплекса «Осуществляй служение без отдачи» в авторской интерпретации: тренинг «Твоя профессия - медсестра»; упражнение «Профессиональное предвидение медицинской сестры»; деловая игра «Комплимент»; упражнение «Темное слушание»; техники активного слушания (эхо, перефразирование, интеграция); упражнение «Политика гашения конфликта»; аутотренинг «Профилактика эмоционального выгорания или как сохранить психологическое здоровье»; игра-викторина «Хорошо ли ты знаешь лечебно-профилактические учреждения России?»; упражнения по тайм-

менеджменту «Клубок ниток»; «Я и время».

Структура диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1.1. Современные требования к профессиональной готовности среднего медицинского персонала как важнейшего ресурса реформирования здравоохранения

Ранее было отмечено, что реформирование системы здравоохранения невозможно без учета специфики подготовки рассматриваемых специалистов в аспекте качества обучения. В «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.» говорится, что «образовательные задачи учебных заведений системы СПО должны быть обоснованы с точки зрения применимости профессиональных знаний в системе здравоохранения [123]. Осуществлены первичные меры при введении штатной единицы главного специалиста, в функции которого входят вопросы сестринского дела. Дополнительно предусмотрена должность заместителя главного врача, специализирующегося на работе с медицинскими сестрами. В наиболее крупных лечебных учреждениях внедряются несколько штатных единиц главных медицинских сестер. Одной из важных новшеств, отмечает А.А. Хусаенова, можно считать «введение такой единицы, как сестра-преподаватель, сестра-педагог» [135, с. 57-59].

Согласно упомянутой стратегии, отмечено, что цель обозначенного документа состоит в фундаментальной адаптации существующей образовательной системы посредством обеспечения благополучия человека в социуме и обеспечения условий, при которых обозначенный человек может рассчитывать на профессиональный подход к своим обязанностям со стороны специалиста среднего звена лечебного учреждения. Кроме того, стратегия акцентирует ключевую важность компетенций медицинской сестры с точки зрения ее взаимосвязи со спецификой общественного развития и экономически взаимосвязанных коммуникаций [123].

Другой документ также обращает внимание на повышение профессиональной готовности среднего медицинского персонала. В стратегии, посвященной вопросам совершенствования исследуемой системы, рассчитанной до 2030 года, нацелена на формирование Национальной системы здравоохранения Российской Федерации, было сказано, что уровень обеспеченности населения качественным средним медицинским персоналом сильно занижен [123]. Обозначенный документ нацелен на продуктивную активность медицинских сестер на фоне подчас нестабильных трудовых условий. Новации конструктивного порядка также предусмотрены в документе, а именно предполагается полное сопровождение медицинской сестры с момента завершения образования в учебном заведении и вплоть до выхода на пенсию в соответствии с законодательством и выслугой лет. Документ также определяет дополнительную нагрузку для медицинских сестер в виде ответственности за реализацию профессиональных знаний. Кроме того, «актуализируется, по словам Н.Ю. Щербаковой, важность функционирования профессиональных некоммерческих объединений» [144, с. 173]. Некоммерческими организациями называются организации, которые не ставят перед собой цель – получение прибыли. Основная цель деятельности ПНО в медицинской сфере — это содействие всем проводимым научно-практическим исследованиям; обсуждение и решение разнообразных задач, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников; защита прав и свобод медицинских работников и др.

В процессе обучения будущих медицинских сестер следует акцентировать внимание на развитие в них компетенций управленческого порядка. Профессиональная активность рассматриваемых специалистов состоит в перманентном принятии разнообразных решений. Несмотря на то, что многие действия медицинской сестры достаточно типичны и шаблонны, необходимо учитывать возможные побочные последствия от укола или капельницы. «Стандартные действия медицинской сестры в действительности не совсем стандартны, ввиду того что медицинская практика регулярно сопровождается

непрогнозируемыми событиями, связанные с жизнью и здоровьем пациентов» [134, с. 12].

А.Н. Шишлов отмечает, что «на медицинскую сестру распространяется обязанность оказания первой или экстренной медицинской помощи, в рамках которой медицинская сестра вынуждена принимать управленческие решения, влияющие непосредственно на исход ситуации» [142, с. 100]. Проявление наблюдательности и проницательности медицинской сестрой также являются частью управленческих решений, так как результат наблюдений может привести к необходимости изменения элементов ухода за пациентами. Перманентные коммуникации с разными пациентами предполагают гибкий подход со стороны медицинской сестры, которая вербально влияет на эмоциональное состояние пациентов.

И.Х. Аббясов пишет, что «медицинская сестра принимает участие на всех этапах сопровождения пациента, что усиливает ее роль при принятии управленческих решений другими сотрудниками лечебного учреждения» [1, с. 71]. Как сотрудник она взаимодействует с коллективом, пациентами, окружением пациентов, что приводит к необходимости соблюдения всеми участниками терапии определенных стационарных правил поведения с обязательным учетом функции рассматриваемого специалиста.

Управление процессами и результатом терапии не означает, что медицинская сестра руководит обозначенными клиническими событиями. Тем не менее, от нее зависит качество процесса, его завершенность, благополучный исход, во многом осознанное поведение со стороны пациента. «Практика такова, пишет Г.А. Агафонова, что медицинская сестра не относится к звеньям, без которых может функционировать лечебное учреждение. Дефицит медицинских сестер может привести к приостановке деятельности стационара ввиду того, что от медицинской сестры зависит содержательная часть функционирования лечебного учреждения» [5, с. 11-18].

Обозначенным аспектам необходимо уделять внимание в учебных заведениях системы СПО, так как понимание важности своей роли способствует

усилению мотивации среди студентов. Упомянутые аспекты могут быть предусмотрены в рамках каждой дисциплины, изучаемой будущими медицинскими работниками в колледже. Кроме того, в наглядной форме студенты могут убедиться в собственной незаменимости в процессе прохождения практики.

Осознанное отношение к общественной полезности функции будущей медицинской сестры относится к психологическим процессам ввиду того, что восприятие собственной значимости требует от студентов адаптационного периода. Указанный период начинается с момента самоопределения и завершается принятым студентом решением относительно траектории профессионального развития. Соответственно, медицинский колледж должен создать условия для формирования обозначенного представления о собственном предназначении студентами как потенциальными медицинскими работниками лечебных учреждений. Результатом предоставленных условий будет служить выраженная заинтересованность со стороны будущих медицинских сестер в профессиональной траектории, затрагивающей активное участие в жизни и здоровье пациентов. «Определяя принципиальную важность профессионального развития среднего медицинского персонала, необходимо также обозначить ключевой аспект личностной характеристики будущей медицинской сестры» [6, с. 29-33].

От медицинской сестры требуется набор специфических качеств, который позволяет ей выполнять функции как в стандартном режиме, так и при оказании экстренной медицинской помощи. В действительности медицинская сестра должна являться личностью особого склада характера и типа мышления, которые в совокупности образуют уникальный тип личности, обладающий чувством сопереживания и равнодушия к другим людям. Одним из обязательных характерных качеств медицинской сестры выступают коммуникативные качества, без которых результативность деятельности медицинской сестры может быть недостаточной.

В работе Р.И. Айзмана мы читаем, что «медицинская сестра взаимодействует в течение смены со множеством людей, выполняющих различную функцию. Если, к примеру, рассматривать операционную сестру, то нередко ее называют хозяйкой

операционного блока ввиду того, что она, в сущности, организует операционный процесс и выполняет расширенные вспомогательные функции» [8, с. 10]. Из этого следует, что коммуникативные качества являются главенствующим ориентиром, определяющим качество деятельности медицинской сестры как в процессе оказания медицинской помощи больному, так и в отношении ухода за ним надлежащего качества.

Медицинская сестра взаимодействует с оперирующим врачом, врачом-анестезиологом, лечащим врачом, узконаправленным специалистом, младшим медицинским персоналом и др. Специфика выполнения профессиональных функций предполагает, что с течением времени у медицинской сестры будет формироваться собственная системная поведенческая реакция в различных ситуациях. В ее действиях главенствующим фактором является своевременная реакция на нестандартные прецеденты, связанные с состоянием здоровья пациента.

«Обозначенная реакция может быть сформирована исключительно высокой адаптацией медицинской сестры к происходящему в лечебном учреждении и типом мышления» [10, с. 36]. Пригодный для выполнения рассматриваемых функций тип мышления начинает формироваться еще на этапе обучения в медицинском колледже. Несмотря на активную практику и высокую загруженность медицинской сестры, результативность ее работы во многом зависит от способности к самообразованию.

В широком смысле самообразование является лишь частью самосовершенствования личности медицинской сестры. Другие компоненты процесса самосовершенствования затрагивают умение медицинской сестры применять информационные технологии как в процессе оказания медицинской помощи, так и при ведении электронной документации на каждого пациента. Ввиду того, что в настоящее время государственная политика нацелена на активную цифровизацию сферы здравоохранения, медицинская сестра должна в обязательном порядке ориентироваться в медицинском оборудовании и цифровых технологиях, обеспечивающих и ускоряющих оказание качественной медицинской помощи,

в том числе экстренного характера.

Обозначенный навык в высокой степени важен на фоне усилий «каждого лечебного учреждения по сокращению срока пребывания пациента в стационаре. Указанная тенденция, утверждает О.В. Андреева, способствует тому, что от медицинской сестры требуется не только знание о том, какая помощь нужна пациенту в данный момент времени, но также понимание того, как привести текущее состояние здоровья пациента к этапу выздоровления в ускоренном режиме» [11, с. 29].

На фоне напряженности при выполнении множества действий, связанных с оказанием медицинской помощи, медицинская сестра должна обладать специальными личностными качествами, базирующимися на высокой нравственности и глубокой эмпатии по отношению к больным. Под эмпатией в медицинской сфере понимается профессионально-направленное принятие человека и его боли в качестве задачи, требующей ускоренного разрешения.

«Медицинская сестра должна уметь различать подходы, которые необходимы для решения задач по устранению признаков и симптомов заболевания в пределах ее компетенции» [15, с. 18]. Для этого необходимо ориентироваться в специфике заболеваний, целевом назначении препаратов, логике курса лечения и предписаниях лечащего врача. Ввиду того, что в медицинской практике не существует идентичного развития заболевания у двух разных пациентов, медицинская сестра должна индивидуализировать профессиональный подход без учета этнической и религиозной принадлежности пациента.

«Взаимодействие с пациентами, которые в отношении медицинской сестры прослеживается кратно чаще, чем у лечащего врача, предполагает, что именно медицинской сестре следует в большей степени обладать педагогической одаренностью» [18, с. 10]. Задача лечебного учреждения по снижению числа больных и предупреждению уровня заболеваемости в том или ином направлении предполагает, что его сотрудники, преимущественно медицинская сестра, будут вести беседы с больными и их окружением по вопросу корректного поведения,

обеспечивающего устойчивое состояние здоровье и самочувствие человека. Медицинская сестра может вести беседы в ненавязчивой форме, проводить разъяснительную работу, инициировать по согласованию с руководством лечебного учреждения мероприятия профилактического характера.

Таким образом, медицинская сестра в качестве педагога может проводить профилактическую работу и влиять на сознание посетителей медицинского учреждения, расширяя познания пациентов и близких относительно здорового образа жизни.

Другим немаловажным качеством для медицинской сестры, пишет являются управленческие и организационные качества. От медицинской сестры во многом зависит, как будет функционировать подразделение лечебного учреждения, а также качество коммуникации пациента с медицинским персоналом. В действительности, пишет Т.В. Бородулина, «медицинская сестра сопровождает каждого пациента, одновременно организуя его пребывание в лечебном учреждении» [31, с. 434]. Исходя из этого делаем вывод о том, что управленческие и организаторские качества существенно влияют на непрерывность курса лечения и его результат для каждого пациента.

Обобщая упомянутые качества, следует отметить, что конструкция деятельности медицинской сестры во многом строится на принципе человек-человек. Указанный принцип означает, что для медицинской сестры приоритетом выступает качество коммуникации с пациентами и медицинским персоналом, обеспечение результативной коммуникации между пациентами и медицинским персоналом, а также применение навыков общения для достижения ожидаемого результата по состоянию здоровья, находящегося в стационаре больного.

В настоящее время реализация принципа человек-человек в медицинских колледжах уделяется незначительное внимание, хотя в федеральном стандарте обозначенной проблеме отведено отдельное положение. Примером реализации принципа человек-человек служит деятельность медицинской сестры при осуществлении профилактических функций. Согласно Н.А. Семашко, «профилактическая составляющая изначально базируется и завершается

элементами просвещения, что соотносится с профилактическим компонентом работы медицинской сестры» [120, с. 188]. Другим примером служит деятельность медицинской сестры в санаторно-курортном учреждении, в котором медицинской сестре приходится взаимодействовать с пациентами разной возрастной категории.

Учитывая дифференциальный подход к восприятию окружающей действительности посетителями таких учреждений, медицинской сестре следует опираться на профилактическую работу, которая более существенно, чем курс лечения. Обозначенные требования и ожидания предусмотрены в Федеральном государственном образовательном стандарте СПО, предусмотренным для обучения студентов направления сестринского дела.

ФГОС СПО по направлению «Сестринское дело» содержит в себе требования обязательного порядка, которые относятся к профильной образовательной организации соответствующего уровня образования. Данный документ имеет юридическую силу для всех профильных учебных заведений, функционирующих на территории Российской Федерации [113].

Обозначенный документ строго распределяет тематическую и ресурсную приоритетность подготовки будущих медицинских сестер. Учебным заведениям предлагаются формы подготовки, которые соответствуют конечной образовательной цели и учитывают текущий уровень подготовки студентов. Кроме того, в документе предусмотрена специфика применения образовательных ресурсов, обеспечивающая качество подготовки будущих медицинских сестер.

Предметом рассматриваемого документа выступает подготовка исследуемых специалистов в системе СПО. Объектом являются будущие медицинские работники, осваивающие образовательную программу в трех компонентах, а именно путем получения профессионально-направленных знаний, совершенствование получаемых конкретизированных навыков и расширение представлений о происходящем в отрасли. Если рассматривать объект деятельности медицинского персонала среднего звена, то таковым является общение медицинской сестры с пациентом.

В рамках ФГОС предусмотрено, что будущая медицинская сестра по завершении учебного заведения должна быть в состоянии оказывать необходимую медицинскую помощь в пределах собственной компетенции, принимать участие в терапевтических и профилактических мероприятиях, быть в состоянии организовать профилактическое мероприятие. В аспекте требований, предусмотренных документом, предполагается, что медицинская сестра проявляет постоянный интерес к своей сфере деятельности, может самостоятельно организовать активность в рамках профессиональных обязанностей, готова нести ответственность за все принимаемые самостоятельные решения [113].

Обозначенные компетенции относятся к таким сокращенным наименованиям, как ОК-1, ОК – 2, а также ОК – 3. В рамках профессионально-направленных компетенций будущая медицинская сестра обязана вести профилактическую работу, осуществлять необходимые действия для сохранения здоровья пациента, а также принимать участие в предупреждении различных заболеваний. Указанные профессиональные компетенции относятся к сокращенным наименованиям, в частности, ПК – 1, ПК – 2, а также ПК – 3. Выпускники СПО медицинского профиля должны уметь участвовать в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах [113]. В рамках данной деятельности выпускники должны уметь результативно взаимодействовать с больными и их родственниками на предмет сущности предполагаемых манипуляций или хирургического вмешательства, целевое назначение которых остается вне поля осведомленности пациентов, что отражается на степени доверительных коммуникаций между пациентом и медицинским персоналом. Выпускник должен понимать причина необходимости выполнения действий медицинского характера, как входящих в перечень их непосредственных функций, так и планируемых врачами в процессе хирургического вмешательства дифференциальной сложности.

Дополнительным видом компетенции выступает осведомленность выпускника относительно целесообразности и возможности комбинирования медикаментозных препаратов, в том числе с учетом фармакогенетики. На фоне

цифровизации системы учреждений медицинского назначения выпускник должен свободно ориентироваться в специфике эксплуатации медицинского оборудования, а также в применении разрабатываемых для медицинских целей технологий, способствующих оптимизации состояния больных и организационной структуры функционирующих лечебных учреждений.

Актуальная в настоящий момент времени образовательная программа подразделена на формы обучения, в совокупности обеспечивающие комплексную медицинскую подготовку и ориентирующая будущего работника среднего звена в специфике функционирования национального здравоохранения. В частности, обозначенная программа подразделяется на дифференциальные с точки зрения общей и профильной ориентации дисциплины и узконаправленные, но в то же время комплексно сформированные, модули. В содержательную и компонентную структуру одного модуля может быть включено от одного до нескольких единиц профессионально-направленных курсов. В качестве промежуточной стадии закрепления медицинских знаний программой предусмотрено профильная практика преимущественно в лечебных учреждениях региона.

«Четкое выполнение государственного заказа на выпускника среднего медицинского персонала потребовало пересмотра сути и содержания профессионального образования в последние годы» [115, с. 441]. А именно, сегодня стал важным переход от формирования основных ЗУНов к формированию профессиональными концепциями. К примеру, такая компетенция, сопряженная с принятием на себя ответственности и умением принимать решения любой сложности (ОК-3). В практике медицинских сестер могут прослеживаться различные по степени сложности прецеденты, которые представляется возможным урегулировать лишь посредством технологий инновационного характера, демонстрирующих выраженную результативность, чем любыми другими средствами или техниками. Особое место среди врачебных задачных ситуаций занимает задача снижения числа врачебных ошибок, являющихся важной составляющей в структуре оценок качества медицинской помощи. Позитивный опыт клинического использования ИКТ позволил перевести медицину в России и

за рубежом на более качественный и новый уровень, именно ИКТ способствуют снижению количества госпитализаций больных, частых осложнений, неблагоприятных исходов, и, в целом, способствуют улучшению качества жизни населения. Многочисленными материалами и научными публикациями. При этом установлено, что усиление результативности в отношении лечебной реабилитационной активности достигается за счет постоянного мониторинга здоровья пациентов через постоянное и долговременное наблюдение, систематическую коррекцию всего, что затрагивает функционирование организма каждого человека.

С помощью ИТ медики среднего звена могут не только вести электронные дневники, но и проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, обеспечить безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных. Именно электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ можно наблюдать специфику течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений. Делаем краткий вывод о том, что среди профессиональных компетенций, которыми должен овладеть медицинская сестра (медбрат) – это основы не только компьютерной грамотности, но и специфическими компьютерными программами, обеспечивающими качество и поддержку здоровья населения. И.Ф. Филатов пишет, что «принципиально важным компонентом реализации функции медицинской сестры выступает ее умение находиться в состоянии оптимальной коммуникации с людьми с инвалидностью, находящимися в стационаре и испытывающими пространственные и иные препятствия в процессе перемещения» [129, с. 102].

Очередная ключевая компетенция нацелена на умения организации профессионально направленной активности с учетом необходимости выбора способа и инструмента для выполнения актуальной задачи (ОК-2). Соответственно, медицинская сестра должна уметь: подготовить рабочее место, разумно организовать свой труд в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Она (он, медбрат) должна уметь планировать работу и анализировать полученные показатели, которые свидетельствуют о результативности собственной

деятельности, а также уметь обеспечить безопасную среду для пациента и персонала. В случае если, больной инфицирован, то медсестра обязана обеспечить инфекционную безопасность пациента и персонала, соблюсти санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим.

Среди типовых методов и способов медсестра использует стандартизированные сестринские технологии — это профилактические, лечебные и диагностические манипуляции и мероприятия. В ходе повседневной жизнедеятельности, болезни и реабилитации пациента медсестра должна уметь осуществлять все этапы сестринского процесса: осуществлять консультирование и обучение больных в палатах, пациентов, их родственников и членов его семьи. «Медицинская сестра должна научиться и быть настроенной в оказании больным и пострадавшим неотложную доврачебную медицинскую помощь, если человек попал в катастрофу в соответствии с разработанными государственными стандартами» [119, с. 140]. В плюсе с этими компетенциями добавляется, и умение сестры вести учет и умение анализировать демографию населения на своем участке и осуществлять постоянный медико-социальный патронаж.

Медицинской сестре надлежит систематически и регулярно осуществлять действия, нацеленные на сохранение и укрепление здоровья пациента. Обозначенная обязанность распространяется также на окружение пациента (ПК-1). Известно, что обеспечение качества жизни, сохранение и достижение ожидаемого уровня состояния здоровья находятся в компетенции преимущественно и непосредственно человека, но при этом важно учитывать окружение человека, которое способствует формированию позитивному отношению к здоровью. Медицинский работник, медсестра, организующая уход за пациентом, должна помнить, что окружение пациента формирует его микросоциальную среду, оказывающую определенное влияние на общее состояние. Количество членов семьи (многодетная, малодетная), ее материальное состояние, психологическое благополучие, образ жизни, кулинарные традиции, режим питания влияют на усиление или минимизацию отдельных заболеваний. Кроме членов семьи, в ближайшее окружение человека и потенциального пациента, входят медицинские

работники, и, в частности, средний медицинский сестринский персонал, оказывающий влияние на состояние здоровья, способствующий повышению качества жизни человека. «Именно медицинские работники, деятельность которых базируется в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в целом обеспечивают сохранение ожидаемого состояния здоровья пациента» [130, с. 32] На сегодняшний день более 80 % людей, которые обратились к врачу, начинают и заканчивают консультации с врачом, чаще всего, в условиях поликлиники. На профилактическом этапе очень важно у населения сформировать навыки и умения сохранности здоровья и потребности его поддержания, дальнейшего укрепления.

Медицинская сестра, работающая в поликлинике или стационаре, рекомендует по вопросам здоровья, его сохранности и преумножения, а также консультирует по вопросам труда, заболеваемости (если она есть). Профилактическая деятельность медицинских сестер сегодня особенно актуальна и заметна в силу повышенной заботы родителей о здоровье детей, роста одиноких пожилых людей. Профилактическая роль медицинской сестры способствует усилению здоровой нации как общественного потенциала. Взаимодействуя со здоровыми и больными людьми, рассматриваемый медицинский работник зачастую проявляет творческий и нестандартный подход. Рациональные действия медицинской сестры призваны существенно и наглядно повышать престиж профессии и авторитет среди пациентов.

Трудно переоценить еще одну компетенцию, которую необходимо сформировать у выпускника медицинского учреждения – это *участие медицинской сестры (медбрата) в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах*. Безусловно, в обязанности медсестры входят обязанности подготовить пациента ко всем видам лабораторного и инструментального исследования. Данной компетенции готовят специалиста еще в ходе профессиональной подготовки в медицинском училище или колледже. В исполнении процедуры взятия общего анализа крови из вены медсестра, кроме манипуляторных действий, опять же активно общается с пациентом, она объясняет, что кровь берется только утром натощак, пациент не должен есть и пить. Для сбора общего анализа мочи медсестра

также готовит пациента, и рассказывает о правилах выполняемой процедуры. Медсестра накануне анализа беседует с пациентом и рассказывает, какие лучше употреблять овощи и фрукты, а какие не нужно. Многие овощи и фрукты могут изменить цвет мочи (арбуз, свекла, морковь, цитрусовые), о чем могут не знать или не догадываться больные в палате. Подготовка пациента к сбору кала на исследование скрытой крови включать несколько этапов, про которые должна знать медсестра и ввести в курс дела пациента. Зная определенные индивидуальные особенности каждого из пациентов, медицинская сестра должна найти подход и подробно, доступно разъяснить о важности проводимых диагностических процедур.

Не менее важно является профессиональная компетентность медицинской сестры – это ее *способность и умение результативно взаимодействовать с медицинским оборудованием, в том числе с объектами инфраструктурной модернизации лечебного учреждения, нацеленными на интенсификацию терапевтического и диагностического фактора в процессе стабилизации состояния здоровья конкретизированного пациента* (ПК - 2.5.). «Сегодня на современном этапе, когда появляется новейшая медицинская техника и медицинское оборудование, позволяющие облегчить профессиональную деятельность медработника, сделать диагностику еще более достоверной, выпускникам важно владеть основными правилами эксплуатации медицинской техники» [81, с. 38].

Современная медтехника является технически довольно сложным оборудованием и, как и у других технических приборов, существуют определенные риски для здоровья и жизни, если ее неправильно использовать. В целях корректного применения медицинского оборудования в лечебных и профилактических действиях медицинская сестра обязана быть осведомленной относительно правил безопасной эксплуатации обозначенных устройств и уметь их использовать с обеспечением собственной безопасности и безопасности конкретизированного пациента. Для функционирования данной компетенции

медицинской сестре нужны такие качества как ответственность, внимательность, оперативность, сноровка, чуткость, техничность и др.

По каждой единице медицинской техники медицинская сестра обязательно заводит журнал обслуживания, который помогает контролировать работу аппарата на время всего срока его службы, необходимого периодического. В ходе использования медтехники все, кто находится рядом с ним, подвержены определенным воздействиям, поэтому внимательность и хорошее знание аппарата очень важны для выпускника медицинского колледжа.

Современные образовательная и государственная системы перманентно предусматривают новации, способствующие результативной деятельности будущих медицинских сестер, в том числе нестабильных территориальных, климатических, эпидемиологических и иных условий. Обозначенные обстоятельства усиливают необходимость сопровождения медицинского работника среднего звена, начиная на этапе получения образования профессиональной направленности и завершая накопленным опытом, а также выходом на заслуженный отдых.

«В настоящее время, пишет Л.В. Малкина существует выраженная необходимость реформирования системы подготовки рассматриваемых специалистов-медиков по многим причинам» [94, с.356]. Одна из главенствующих причин состоит в том, что функционал медицинской сестры значительно расширен и подразделен на дополнительные узконаправленные действия. В действительности современный медицинский работник среднего звена перестает быть исполнителем ввиду того, что нынешняя ситуация в отрасли способствует его активному участию в оптимизации терапевтического и профилактического процессов.

Многие вызовы, сформированные ожиданиями системы здравоохранения, означает, что медицинская сестра должна уметь обеспечить такой уход за пациентом, который позволил бы ему в сжатые сроки вернуться к активной жизни. Цифровизация системы здравоохранения приводит к естественной необходимости в умении медицинской сестрой взаимодействовать с оборудованием последнего

поколения и актуальными отраслевыми технологиями для дифференциальных целей.

Обозначенные умения подразделяются на обязательные компетенции, предусмотренные образовательными стандартами и программами подготовки профильной направленности. Упомянутая необходимость в активном участии медицинской сестры в стационарных процессах во многом определяет компетентностный подход и позволяет значительно оптимизировать как систему подготовки исследуемых специалистов, так и инфраструктуру профессиональных взаимоотношений в лечебном учреждении.

Под инфраструктурой взаимоотношений подразумеваются коммуникации, в которых непосредственно принимает участие медицинская сестра. В частности, инфраструктура предполагает иерархию и прозрачную подчиненность в целях обеспечения ожидаемого уровня ухода за пациентами. Упомянутый ожидаемый уход за пациентами предусматривает не только аргументированные и обоснованные практически направленные действия со стороны непосредственно медицинской сестры, но также результативные коммуникации, позволяющие медицинскому персоналу сообща принимать своевременные решения для спасения жизни и оптимизации состояния здоровья пациента.

Итак, совокупность приведенных компонентов базируется на компетенциях общей и профессиональной направленности.

1.2. Сущность и содержание готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

Актуальность сущности и содержания готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в деле повышения профессиональных качеств в ходе подготовки будущих специалистов обусловлена современными требованиями, предъявляемыми к выпускникам средних медицинских учреждений, обозначенных в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», где одной из

основных целей обозначена цель - обеспечить устойчивый естественный рост численности населения Российской Федерации и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. В «Плане деятельности Министерства здравоохранения РФ на период 2019 - 2024 год (утв. Министерством здравоохранения РФ 28 января 2019 г.)» также обозначены задачи повышения качества медицинского обслуживания населения.

Если недостаточно развита составляющая медицинской отрасли, отражающая профессиональные кадры, включая медицинский персонал среднего звена, то следует ожидать заметные недостатки в системе здравоохранения в целом. Среди обозначенных недостатков преимущественно выделяется отсутствие возможности обеспечивать больных ожидаемой медицинской помощью высокого уровня. В настоящее время создаются предпосылки для возникновения новых узконаправленных услуг, оказываемых преимущественно медицинской сестрой. Кроме того, регистрируются и иницируются профессиональные некоммерческие организации. Важность обозначенных тенденций состоит в том, что медицинская сестра непосредственно взаимодействует с людьми, что определяется целесообразность модернизации системы здравоохранения. Причина состоит в том, что в стационарных условиях пациент проводит строго определенное регламентированное время. Задача каждого лечебного учреждения состоит в сокращении времени пребывания пациента, что требует от медицинской сестры выраженных усилий и умений сестринского ухода. В обязанности медицинской сестры также входят элементы цифровизации системы, а именно ведение документооборота в электронном формате в отношении дел лечебного характера пациентов, электронных дневников и др.

Следует выделить компетенции управленческой направленности, которые актуальны для будущих медицинских сестер. Источником обозначенной актуальности выступает доктрина, определяющая сферу деятельности и компетентности медицинского и фармацевтического персонала среднего звена, утвержденная в 2002 году профильным ведомством.

Предпосылкой к обозначенной доктрине служит изменение структуры

оказания первой медицинской помощи, для которой в других странах в настоящее время не предусматривается какого-либо вспомогательного персонала. В то же время на территории государства прослеживается проблема, когда в существующих региональных пунктах отсутствуют медицинские сестры. Данная проблема способствует стремлению профильного ведомства к реформированию системы медицинского персонала среднего звена.

Таким образом, в настоящее время дискутируется проект, направленный на формирование системы обеспечения медицинскими сестрами различных лечебных учреждений на территории Российской Федерации. Предполагается, что в рамках формируемой системы будут решены такие сопутствующие проблемы, как высокая нагрузка медицинских сестер, дисбаланс между штатом медицинского персонала среднего звена в городских и сельских лечебных учреждениях, а также недостаточное нормативное обеспечение в сфере сестринского дела. *Социальный аспект профессионально направленной подготовки будущего среднего медицинского персонала.*

В настоящий период времени приоритетными задачами медицинских колледжей и медицинских училищ стала информационная и компьютерная подготовка и систематическое повышение собственных компьютерных навыков.

Социальный характер подготовки будущих представителей медицинских работников, относящихся к среднему медицинскому персоналу связан с современным реформированием и преобразованием сестринского дела, которые были обозначены в конце XX столетия. Получив профессию и статус медицинского работника среднего звена, выпускники уходят в частные сектора медицинского обслуживания, объясняя это достаточным материальным обеспечением в сравнении с государственным сектором. В российском здравоохранении наблюдается дисбаланс в слабо разрешаемой проблеме по подготовке среднего медицинского персонала. А именно: если за последние годы в РФ абсолютный дефицит врачей с высшим медицинским образованием составил около 40 тыс. человек, то число вакансий среднего медицинского персонала напротив увеличилось до 270 тыс., что демонстрирует явный перекоп в приеме абитуриентов

в СПО и ВО медицинский профиль и превалярованием интереса выпускников школ (специализированных медицинских классов) к получению сразу высшего медицинского образования. Сюда же можно добавить, что число выпускников средних медицинских учреждений – медицинских училищ и колледжей – желающих продолжить медицинское образование в институтах также растет.

Все перечисленные социальные проблемы привели к высокой недостаточности кадров медицинских сестер, поэтому данная проблема находится сегодня в центре профильных государственных структур значительного количества стран. По данным той же М.А. Мурашко, каждый год средние медицинские учреждения РФ готовят к трудовой деятельности более 63 тыс. выпускников. Однако, найдя работу, устроившись в медицинское учреждение по специальности, спустя год, подавляющее большинство, к сожалению, уходят из медицины. Закрепляются же на местах всего – 20%-30% специалистов [108]. Данный факт объясняется существующими социально-экономическими проблемами. К примеру, многие из выпускников готовят себя к семейной жизни, поэтому желают более высокий семейный бюджет. Наравне с этим, многие выпускники из оставшихся 70% даже после завершения обучения в профильном учреждении, так и не определились с выбором профессии, меняя ее на иную профессиональную деятельность.

Перечисленные факты и обстоятельства, сложившиеся в области здравоохранения и распределения кадров среднего медицинского персонала после окончания медицинских колледжей и училищ, указывает на проблему *психолого-педагогического профиля*.

Психолого-педагогический аспект подготовки профессиональной направленности в отношении среднего медицинского персонала.

Процесс самоопределения относится к формирующимся состояниям личностного порядка, которое ориентируется на действительные склонности, задачи и способности определенного человека. Человек, который выбирает для себя процесс совершенствования путем обучения в системе среднего профессионального образования, зачастую относится к юношеской возрастной

категории. Обозначенная категория варьируется в пределах 15 – 19 лет и предполагает, что человек будет задаваться жизненно важными вопросами в результате активного формирования критического мышления и поиска себя в обществе.

Таким образом, студент заведения рассматриваемого уровня образования может задумываться о том, сможет ли он справиться с возлагаемыми на него в будущем обязанностями профессионального характера. Для него становится важной его способность справляться с трудностями профессионального характера. Студенту также немаловажна его роль в медицинском коллективе, соответственно, отношение коллег к нему в будущем. Стоит отметить, что ответы на обозначенный вопросы базируются в плоскости профессионального самоопределения, которое не начинается в момент поступления в учебное заведение и не завершается вместе с обретением профессии. При этом в рамках и в целях самоопределения целесообразно сопровождение студента непосредственно педагогом [109, с. 110].

По мнению педагога А.Н. Шишлова, результативное самоопределение может быть достигнуто в случае, если в учебном заведении будет создана система, нацеленная на взаимодействие всех подразделений и направлений обучения. В рамках обозначенной системы должно одновременно осуществляться теоретическое обучение, воспитательная работа и приобщение к профессиональной активности [142, с.156]. В дополнение совершенствованию в избранной отрасли студента могут помочь различные развивающие программы, динамика результатов которых в действительности означает личностное развитие студента как будущего медицинского работника. Немаловажна для самоопределения студентов также организация практики в лечебных учреждениях, в том числе в поликлинических отделениях и подразделениях местных клиник, а также на станциях скорой помощи. Кроме того, результативному самоопределению значительно помогает свободное получение студентом представлений и впечатлений о будущей профессии, с которой он добровольно может постепенно связывать собственную жизнь.

Потребность в выборе профессии во многом определена спецификой выбора

человека. Если рассматривать выбор в качестве профессии сестринское дело, то в указанном случае с высокой вероятностью подразумевается склонность девушки к подобной деятельности. Право выбора гарантировано законодательством, однако в образовательном процессе рассматриваемое право должно выступать как слияние необходимости быть полезным обществу, способности оказывать обществу актуальные услуги, а также желание со стороны человека взаимодействовать с обществом на профессиональном уровне. На примере профессии медицинской сестры три обозначенных компонента аккумулируются в фактор мотивации. Таким образом, с точки зрения мотивации девушка понимает, что общество от нее ожидает знаний и навыков, которые она изъявляет желание реализовать на практике.

Мотивация приводит к конкретизированным результатам, что для медицинской сестры означает оптимизацию качества жизни пациентов. К примеру, уровень квалификации и уровень компетенции начинающей медицинской сестры во многом зависят от ее профессиональной мотивации и интереса к профессии. Если обратиться к профессиональной подготовке направления «Сестринское дело», то сегодня оно претерпевает глубокие реформы и новшества, связанные с оптимизацией и повышением качества медицинской помощи и направлением профессиональной активности медицинской сестры на удовлетворение пациентов.

Н.И. Чернецкая и О.И. Комолкина отмечают диссонанс между истинными мотивированными причинами выбора профессии со стороны подростков и целевым назначением с точки зрения личностных качеств профессии медицинской сестры. Не уверенность, присущая многим подросткам в обозначенном возрасте, способствует некоторому вуалированию истинной мотивации непосредственно для самого будущего студента медицинского колледжа. Однако ожидания от медицинской сестры противоречат подростковому психоэмоциональному состоянию ввиду того, что рассматриваемый специалист лечебного учреждения среднего звена обязан проявлять активно-выраженную жизненную позицию и уверенность в собственных действиях. Для подростков в наибольшей степени характерна неустойчивость жизненной позиции, вызванная первичным

знакомством с явлениями окружающей действительности и сложностью межличностных коммуникаций с людьми из дифференциальных возрастных категорий.

В обозначенный период будущие студенты не выработали для себя приемлимый способ коммуникации с окружением, в том числе подразумевающим дифференциацию в социальных ролях. Ожидания социума от подростка, изъявляющего желание адаптироваться в существующую систему посредством собственной полезности, рассматриваются как преждевременные в некотором смысле. Характеризующийся диссонанс во многом определяет целесообразность длительного обучения в рамках соответствующего избранного профиля и всеохватывающего подхода с учетом новаций отрасли и общественного развития [138, с.145].

Мотив выбора профессии определяется целевым назначением будущего специалиста, что на примере медицинской сестры выражается в форме способности снижения страданий больного и болевых ощущений. Исследование О.И. Комолкиной и Н.И. Чернецкой показывает, что факторами выбора среди девушек, которые выбрали профессию медицинской сестры являются ответственность и самоотдача. Их отношение к будущей профессии во многом объясняется их стремлением к общественной полезности, что для медицинской сферы выступает естественным критерием. Кроме того, представляется важным понимание будущими медицинскими сестрами, что пациенты потенциально будут их воспринимать, как людей, качественно осведомленных относительно специфики заболеваний и способов снижения боли. На фоне раскрытия сущности заболеваний и иных детализированных аспектов, а также меняющегося курса лечения для каждого заболевания степень осведомленности медицинских сестер должна оставаться высокой [138, с. 143-144].

Стоит отметить, что на выбор последующего поколения в пользу профессии медицинского работника может значительно повлиять семья или отдельные представители семьи. В истории и современности встречаются множество примеров, когда врачебная династия длится более века, что прослеживается на

русской практике, так и в региональной. Примером врачебной династии может служить семья Барановых, которая в совокупности посвятила медицинской отрасли 196 лет. Главный врач одной из больниц города Тамбова А.В. Баранов является представителем указанной династии. В Республике Дагестан примером врачебной династии выступает семья Аскерахановых, основателем которой стал хирург и доктор медицинских наук Р.П. Аскерханов. Под научным и управленческим началом Р.П. Аскерханова вышла плеяда других дагестанских хирургов. Другим примером выступает династия Эсетовых. В частности, А.М. Эсетов на данный момент времени является главным акушером-гинекологом Республики Дагестан, его сын также посвятил жизнь медицине и в настоящее время осуществляет практику в качестве ультразвуковых исследователей.

У А.М. Эсетова шесть внуков и один правнук. Внучка стала врачом, и это значит, что династия врачей Эсетовых успешно продолжается. Медицинские династии и косвенное влияние на потомков своей семьи – важный фактор интереса и развития мотивации в профессии медика, потому что дети в семье врачей в психологическом аспекте адаптируются более интенсивно за счет выраженного информационного пространства, в котором они выступают соучастниками отраслевых событий. Такие дети осведомлены об узконаправленных аспектах медицинской профессии, понимают проблемы медицины как системы, на интуитивном уровне ощущают пути решения нестандартных клинических случаев, формируют в себе волю к реализации масштабных задач медицинского характера.

Зачастую информационный фон создает предпосылки некоторой неизбежности выбора медицины как профессии ввиду того, что дети привыкают к образу жизни, на который имеет воздействие исследуемая отрасль, пациенты, родители, коллеги, включая авторитетных врачей и других медицинских работников, чей пример может приводить к выраженному стремлению совершать героические поступки при оказании помощи людям. Примером обозначенного стремления служат биографии медицинских работников, которые целенаправленно выбирают полевые условия для оказания экстренной помощи

отдельным категориям больных.

Формирование личности в соответствующей профессионально направленной атмосфере зачастую выступает решающим фактором при выборе последующим поколением будущей профессии. Семейная атмосфера является платформой, которая способствует интенсификации самоопределения путем аккумуляции физических возможностей человека и его способностей, склонностей к профессии [53, с.12].

Соответственно, профессиональному становлению, начиная с выбора медицинской профессии, достаточно часто способствует рекомендация авторитетного представителя семьи или его жизненный выбор, а также исторически закрепленный образ медицинской сестры в системе профилирующего лечебного учреждения. Проявленная кем-либо другим эмпатия способствует идентичному стремлению со стороны представителей последующего поколения. Образ медицинской сестры и распорядок ее дня также становятся предметом подражания со стороны девушек, стремящихся к самоопределению в медицинской сфере. Установлено, что таким образом человек осознает свое желание принадлежать определенной референтной группе с характерными признаками и способом жизни [83, с.4].

В то же время развитие личности посредством освоения основ профессиональной активности, предусмотренной для медицинской сестры, также может быть вызвана характерной составляющей в рамках специфики восприятия исследуемого специалиста среднего звена непосредственно со стороны общества, взаимодействующего с sobозначенной медицинской сестрой. Уважительное отношение должно культивироваться в процессе санитарно направленной просветительской работы, в рамках которой общество начинает воспринимать позитивный образ медицинской сестры как человека, находящегося в постоянной готовности своевременно оказать помощь. В целях достижения заявленного образа медицинской сестры предусмотрены отдельные компоненты специальной программы федерального значения, рассчитанной на имплементацию на территории государства до 2024 года [43, с.18].

Если сравнить публикации педагогов и психологов по проблематике общего подхода к профессиональному самоопределению юношества, с публикациями, которые посвящены конкретному профессиональному самоопределению именно в медицинской профессии, то мы заключим, что таких публикаций гораздо меньше. Данное обстоятельство также сказывается на эффективности профессионального выбора выпускниками средних медицинских учреждений. Отметим публикации самарского врача-практика, отдающего много времени профессиональному самоопределению будущих врачей и медицинских сестер – это К.А. Адыширинзаде. Согласно обозначенному специалисту, ориентация на подход, отличающейся профессиональной направленностью, должна фундаментально опираться на общность нравственных компонентов, психологической устойчивости и практической направленности в рамках формирования будущего медицинского работника. Рассматриваемая общность относится лишь к первичному этапу базовой целостной подготовке кадров среднего звена для актуализации функционирования лечебного учреждения [7, с.8]. Далее автором выделены три главных требования, на его взгляд, которые удовлетворяют выбранной профессии медицинского работника:

1. Это желание, мотив и интересы личности, что можно обозначить простым словом «Что я хочу».
2. Возможности, интеллектуальные способности личности, выбравшего профессию медика.
3. Угадать, что сегодня востребовано на рынке профессий и специальностей на рынке труда.

Среди авторов, которые акцентируют внимание на подготовке будущих медицинских сестер и проблеме самоопределения, следует выделить О.В. Конову и В.Н. Кормакову.

Выбор абитуриентом того или иного медицинского учреждения – медицинский институт, средний фармацевтический колледж или медицинское училище, профессиональная подготовка которого направлена на выпуск высокопрофессиональных медицинских сестер и медбратьев – зависит от рынка

труда и востребованности, о чем в своем докладе отмечала М.А. Мурашко [108]. Зачастую в профильный вуз поступают абитуриенты, которые накануне проходили предварительную подготовку в рамках специализированных классов с углубленным изучением школьных предметов, пригодных для совершенствования в медицинской сфере в последующем. Общеобразовательные учреждения, которые предусматривают такие классы, в обязательном порядке обеспечивают будущих студентов медицинских вузов необходимой материальной базой, что в результате усиливает намерение учащегося продолжить свое образование в соответствующей отрасли. Указанная специальная подготовка в рамках общеобразовательной программы предусмотрена с восьмого класса, при этом для зачисления в класс медицинского профиля потенциальные желающие должны пройти соответствующее вступительное испытание. Практика показывает, что для такого учащегося предварительная подготовка и общее количество баллов по профильным школьным предметам впоследствии становятся ключевыми ресурсами для поступления в профильные учебные заведения.

В частности, на территории Республики Дагестан проект «Медицинский класс» на данный период времени является пилотным и реализуется в тестовом режиме ввиду того, что для распространения практики профильного обучения необходимо провести организационную работу в целях масштабирования подобного опыта в общеобразовательных организациях региона. Тем не менее, в настоящее время проект позволяет сформировать методическую базу для создания системы привития учащимся профильных знаний, необходимых навыков и конкретизированных умений базового уровня (ЗУН).

Учебные заведения системы СПО позволяют профилировать обучение после окончания учащимся 9 или 11 класса общеобразовательной организации. Отличие от специализированного класса состоит в том, что в медицинском колледже подготовка не носит базовый характер, а нацелена на профессиональную активность в лечебных учреждениях. Учащиеся проходят практику при взаимодействии с пациентами и приближаются непосредственно к профессиональной действительности с учетом сложности ситуаций, требующих

безотлагательного вмешательства медицинского персонала. По итогам обучения в системе СПО выпускник уже в состоянии осуществлять деятельность в лечебном учреждении и выполнять обязанности наравне с коллективом. При этом профессиональное совершенствование продолжается в последующей жизни путем обретения новых навыков и продолжения обучения по узкоспециализированной образовательной программе.

Итак, проанализировав внушительный массив научных исследований и работ, мы пришли к выводу, предложения исследователей по составу компонентного состава готовности среднего медицинского персонала в целом позволяет подготовить будущих специалистов. При этом большинство авторов говорят о необходимости длительной подготовки и осознанным выбором профессии медика. Образовательная система может выступить системообразующим фактором и источником для комплексного формирования личности медицинской сестры с учетом возрастной и психологической специфики, а также характерных особенностей выполнения таким специалистом обязанностей профессиональной направленности.

Итак, исходя из вышеизложенного, готовность медицинской сестры к профессиональной деятельности представляет собой интегративный показатель профессионального становления личности, включающее длительную подготовку и осознанный выбор профессии как части жизни. Комплексный характер формирования личности медицинского персонала обусловлен учетом возрастной и психологической специфики, а также характерными особенностями выполнения специалистом обязанностей профессиональной направленности. Готовность среднего медицинского персонала базируется на общности нравственных компонентов, психологической устойчивости и практической направленности в рамках формирования обязанностей. Профессиональная направленность будущего медика должна фундаментально опираться на общность нравственных компонентов, психологической устойчивости, педагогической ориентации и практической направленности.

Обстоятельства, сложившиеся в области здравоохранения и распределения

кадров среднего медицинского персонала после окончания медицинских колледжей и училищ, указывает на проблему *психолого-педагогического профиля*. В настоящий период времени приоритетными задачами медицинских колледжей и медицинских училищ стала информационная и компьютерная подготовка и систематическое повышение собственных компьютерных навыков.

В нашем понимании, готовность среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности представляет собой интегративный показатель профессионального становления, включающий психологическую и педагогическую специфику, а также ряд характеристик и компонентов для выполнения профессиональной направленности: *психологический* уровень готовности - развитие у студентов медицинского колледжа собственной воли, стрессоустойчивости, самообладания, стремление к преодолению трудностей, заинтересованности и мотивации к профессии, становления профессионального самоопределения; *педагогический* уровень готовности - воспитание у будущих медиков ценностных установок, ориентированных на профессию медика среднего звена, развитие его педагогических способностей, определяемых высокой ответственностью, долгом перед пациентами, добротой, жертвенностью, полной отдачей профессии.

1.3. Основные компоненты и уровни готовности среднего медицинского персонала как важнейшего ресурса реформирования здравоохранения

В вышеизложенных материалах было отмечено, что существующая в настоящее время система здравоохранения может испытывать дефицит в профессиональных кадрах в случае, если будет отсутствовать обновленная образовательная система принципиально иной подготовки медицинских сестер и других специалистов обозначенной системы среднего звена. Современные требования к выпускникам медицинских СПО возросли. Медицинская сестра непосредственно осуществляет свою работу с одним пациентом, либо группой больных, что требует изменений в системе ее профессиональной подготовки и приведения ее соответствия с современными запросами населения. Анализ

позволил сделать вывод, что к современным требованиям профессиональной подготовки медицинской сестры относится требование в повышении качества ее организационно-управленческих компетенций.

Итак, современную медицинскую сестру нельзя сегодня представить без умений организовать ту или иную процедуру, управлять процессами, за которые она отвечает, то или иное профилактическое мероприятие с отдельным больным или группой пациентов, или среди населения. Другими словами, в рамках современной профессиональной подготовки медицинского персонала важен менеджмент, тем более что сегодня достаточно подробно представлены функции медсестры-менеджера. Управленческие функции или менеджмента определяются совокупностью использования медиками разнообразных методов и организационных рычагов. Функции медсестры-менеджера представляют собой скоординированное управление процессом предоставления различных медицинских услуг населению с целью систематического усиления вырезанной результативности продуцирования и репродуцирования услуг, а также обеспечения ожидаемого качества их оказания. Кроме того, обоснованности и скорости выполнения управленческих задач. Реализация управленческих функций в аспекте иерархии лечебного учреждения может рассматриваться с точки зрения степени выраженности профессионального уровня, которым обладает каждая медицинская сестра. Обозначенный уровень аккумулирует в себе актуальность и узконаправленность образования профессионального назначения, имеющейся в лечебных учреждениях опыт, сформированные за годы активной деятельности личностные качества как фактор индивидуализации конкретизированной медицинской сестры. Иерархия медицинских сестер, начиная со штатной единицы главной медицинской сестры, подвержена конструированию за счет обязательного учета приведенных компонентов профессиональных ресурсов специалиста среднего звена [56, с.317].

Организационно-управленческий компонент.

Функции медсестры-менеджера будут эффективными в медицинской организации в случае, если еще в учебном заведении студент будет *знать и*

осознавать задачи медицинского менеджмента или управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, хорошо знать все существующие типы учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры-менеджера. Все функции менеджмента в медицинской практике органически между собой взаимосвязаны и представляют собой единый, непрерывный цикл управления медицинским учреждением или организацией. Инструкция по ведению грамотного менеджмента медицинской сестры была создана и ратифицирована, согласно Положению «Трудового кодекса РФ». Медицинская сестра-руководитель также повинуется какой-либо должности и рекомендуется на эту должность или по окончании срока договора, освобождается от нее. Из данного положения можно сделать вывод, что на должность медицинской сестры-менеджера может претендовать только человек с высшим медицинским образованием, окончивший медицинский институт по специальности «Сестринское дело» квалификация «Менеджер». Встает вопрос – А как же сестринский средний медицинский персонал? Разве медицинская сестра среднего звена не должна иметь организаторские и управленческие качества? Ответ следующий: конечно же, медицинская сестра среднего звена, на которую возлагается огромное количество организационных мероприятий (профилактическая и просветительская работа с больными, родственниками пациентов, с населением и др.), непременно должна обладать элементарным менеджментом, а в некоторых случаях и сетевым менеджментом с использованием информационно-коммуникационных технологий.

Сегодня, когда идет ускоренными темпами реформирование здравоохранения, возрастает значимость задачи медицинских сестер как хороших организаторов собственной профессиональной деятельности в соответствии с новыми сложными проблемами, которые возникают при реформировании учреждений здравоохранения. Медсестра/ медбрат) — это специалист, получивший среднее специальное медицинское образование, оказывающий помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, выполняющий много и разнообразных задач, важных для лечебного учреждения. Медицинская сестра

выполняет разные вспомогательные функции в зависимости от того, к какому специалисту и врачу она прикреплена. Это может быть выполнение инъекционных назначений, подготовка инструментария, организация лечебного питания, установка больным капельниц, сбор анализов, смена белья, заполнение медицинских документов и многое другое. Вместе с тем, медсестра/медбрат выполняет лечебные процедуры, отслеживает самочувствие больных, производит раздачу лекарственных препаратов, соблюдая при этом строгую дозировку, которую назначил врач, постоянно отслеживает учет медицинского инвентаря в учреждении, контролирует сроки его технического осмотра, вслед за распоряжением врача подает документы на вписку пациента.

Таким образом, именно медицинская сестра облегчает работу врача, освобождает время для приема большего числа больных, выполнения многочисленных профессиональных обязанностей. Качество работы сестринской помощи во многом зависит не только от профессионализма, дисциплинированности, добросовестности, но и от умения организовать свой труд, мероприятия, их планирование и проведение. Организаторские способности медицинской сестры среднего звена выражается в четкой, рациональной организации собственного рабочего места, а также общая и частная согласованность в работе с другими коллегами, хорошее знание психологии общения с пациентами, их родственниками и близкими людьми. Если медицинская сестра обладает современными теориями лидерства, менеджмента, механизмами, технологиями, то она понимает пути их решения, в большей степени может обеспечить эффективную работу отдельно взятого процедурного кабинета и медицинского учреждения в целом.

Медицинская сестра как эффективный управленец собственной деятельности, способна решать важные стратегические вопросы, принимать решения в нестабильных ситуациях, в условиях постоянного дефицита различных видов ресурсов. Для успешного выполнения многочисленных задач медицинской сестрой в современных условиях уже недостаточно лишь знаний в области узкой профессиональной компетенции. Набирает обороты ее значимость как хорошего

организатора. То есть, важнейшим критерием ценности современной медицинской сестры становится её управленческая компетентность, лидерские и организаторские качества, коммуникативные способности. В связи с этим, повышение качества и эффективности организаторских и управленческих качеств, инициативности возможно только на основе использования современной науки об управлении, современного менеджмента.

Уровень организационных навыков медицинской сестры влияет на успешность профессиональной деятельности и включает не только скорость, оперативность, но и умение выслушать данное врачом задание и быстро, качественно его организовать и выполнить. Именно организационные и управленческие навыки могут служить оценкой профессиональных навыков в общении и организации работы медицинского персонала, стать основой для улучшения качества общей коллективной работы высшего начальства. Чтобы эффективно руководить и организовывать свою собственную активность, каждая медицинская сестра должна иметь представление об основополагающих аспектах менеджмента, которые могут быть пригодны для ее профессиональной деятельности. Кроме того, каждая медицинская сестра должна понимать терминологию, сопряженную с менеджментом, а также ориентироваться в организационной структуре лечебного учреждения. Каждый работник ЛПУ и медицинская сестра должны знать, что еще в 70-80-е годы XX столетия учеными-управленцами были разработаны новые управленческие подходы к развитию теории управления, суть которых состоял в том, что сама организация представляет собой открытую систему, приспособливающаяся к внутренней среде организации, а также зависящая от внешней среды и окружения данной организации. Имея ввиду данный подход, постепенно становились тесные взаимосвязи между всеми типами сред и различными моделями управления. Именно в это время, появляются управленческие термины: Г. Саланчика - «конкретная стратегия», «конкурентоспособность», «качество продукции и ресурсов», а также термин «стратегический менеджмент» И. Ансоффа.

Для того, чтобы иметь возможность результативного применения

инструментов менеджмента, медицинская сестра должна о них узнать из книг, курсов повышения квалификации и путем самообразования. Е.А. Ободкова склонна структурированно подразделять функцию управленческой направленности с точки зрения целевых компонентов, реализуемых в медицинской практике. В частности, универсальные функции управленческой направленности в некоторой степени объединяют медицинскую сестру с лечащим врачом, которые имеют общую цель стабилизации состояния здоровья одного больного или всех пребывающих в стационаре пациентов. Непосредственно главная функция управленческой направленности выделяет социальную роль медицинской сестры в лечебном учреждении за счет уникальности действий, систематически продуцируемых ею в течение смены, а также на фоне общего функционирования лечебного учреждения в целом [103, с.142].

Профессионально-самоопределяющий.

Процесс самоопределения постепенно формируется по мере взросления индивида и получения им общего представления об окружающей действительности. В подростковом периоде прослеживается развитие критического мышления как предпосылки к равнодушному отношению к предметам и явлениям повседневной жизни. На этапе профессионального самоопределения, которое наблюдается преимущественно в подростковом возрасте до 19 лет, прослеживается критическое отношение к профессионально направленному будущему. Самоопределение в данный период носит более выраженный характер, что нередко приводит к желанию со стороны человека из обозначенной возрастной категории продолжить обучение в системе СПО и получить общественно-полезную и востребованную профессию.

Профессиональному совершенствованию медицинского работника среднего звена могут способствовать дифференциальные программы обучения и развития, которые позволяют расширять профессиональный потенциал на основе заинтересованности будущего такого специалиста. Степень заинтересованности во многом определяется ценностной ориентацией, которой обладает будущая медицинская сестра. В упомянутом исследовании Н.И. Чернецкой

и О.И. Комолкиной показано, что ценностными ориентирами для будущих медицинских сестер выступает проявление доброты и чувство долга, которые в совокупности определяют равнодушное отношение к пациентам.

Подобное отношение характеризует установку будущей медицинской сестры на предполагаемую профессиональную активность. Соответственно, в медицинском учреждении должна формироваться система, в рамках которой будет создан ожидаемый подход со стороны будущих медицинских сестер к избранной профессии. В рамках такого подхода обучающиеся получают корректное представление о будущей профессии, испытывают внутреннюю готовность к выполнению непосредственных обязанностей, а также утрачивают чувство страха перед ответственностью за жизнь пациента. Таким образом, будущая медицинская сестра начинает относиться к каждому пациенту, как к отдельной задаче профессиональной направленности, сохраняя при этом чувство эмпатии и сопереживание по отношению к боли другого человека.

Подготовка в медицинском учебном заведении должна подразумевать комплексные мероприятия, которые позволяют будущей медицинской сестре быть осведомленной относительно специфике хирургического вмешательства, оказания экстренной помощи, в том числе в отсутствии лечащего врача или по его указанию. Будущая медицинская сестра должна также ориентироваться в медикаментозной специфике лечения пациента, определяющей дополнительный набор действий и мероприятий со стороны персонала лечебного учреждения среднего звена.

Учитывая общий подход к подготовке рассматриваемых специалистов для медицинского учреждения, представляется целесообразным обеспечить будущим медицинским сестрам условия для профильной подготовки ввиду возможности деятельности выпускников колледжа, как в операционном блоке, так и в онкологическом диспансере или санатории. Представляется важным обладание будущей медицинской сестрой объемом знаний, пригодным для осуществления деятельности в соответствии с профилем лечебного учреждения.

Обозначенный профиль во многом выступает предметом самоопределения будущих медицинских сестер. Соответственно, в течение двух-трех лет обучения

по заданному профилю подготовки предполагается, что будущая медицинская сестра сумеет самоопределиваться согласно с наклонностями и способностями, позволяющими усилить ее профессиональные качества для предполагаемой деятельности. Мероприятиями и предпосылками для самоопределения должны выступать компоненты образовательного процесса, превращающие процесс самоопределения в естественное развитие и формирование личности будущего специалиста лечебного учреждения среднего звена.

Как и ранее было сказано, на самоопределение и профессиональный выбор будущего медицинского работника среднего звена значительно влияет семья, родственное окружение, семейные медицинские династии. О.Ю. Посухова отмечает существование профессионально-направленных династий в различных прикладных отраслях, что характеризует выраженные закономерности присущие для формирования специалистов, исходя из обобщенных факторов и идентичных подходов со стороны родителей [111, с.66-74].

Отметим, что тема медицинских династий слабо описана в литературе. В большинстве случаев известны и хорошо описаны педагогические, инженерные, военные династии. Но именно в медицинской династии можно понять причины, особенности передачи профессиональных знаний, профессиональных интересов своим потомкам, вспомнить события, которые предшествовали выбору профессии медика и почему. Если обратиться к истории, то увидим, известным врачом древней Греции Гиппократ, был потомком известных врачей. Отец Гиппократа занимался врачеванием, а мать также занималась медициной и практиковала в качестве акушерки. Представителем другой медицинской династии был известный Аристотель, и его отец - Никомах - также занимался врачеванием и был врачом при дворе правителя Македонии.

В настоящее время вопрос формирования династий остается актуальным в виду того, что династия медицинских работников во многом определяет принцип преемственности. Множественные примеры указывают на целесообразность поддержки династии медицинских работников в комплексном выражении, так как такие представители профессии показывают пример возможности

профессиональной реализации из поколения в поколение. В частности, кардиохирург Н.М. Амосов выступает классическим примером, когда человек, получив изначально иное образование, осознал свое предназначение в медицине. Впоследствии его дело продолжила дочь. Таким образом, целесообразность поддержки и культивирования династии медицинских работников позволяет обеспечивать систему здравоохранения осознанными специалистами, которые перманентно совершенствуют свои знания и имеющиеся навыки.

Медицинские династии и косвенное влияние на потомков своей семьи – важный фактор интереса и развития мотивации в профессии медика, потому что дети в семье врачей формируют в себе привыкание к физическим страданиям и боли пациентов, которые впоследствии воспринимаются ими в качестве объекта профессионального интереса. В медицинской практике нередки случаи, когда один представитель семьи выступал основоположником метода лечения, а последующие поколения развивали обозначенный метод путем осуществления сопутствующих медицинских открытий. В совокупности вклад в медицину отдельной семьи систематизировался и структурировался в качестве самостоятельной научной школы.

Коммуникативно-педагогический компонент в профессиональной подготовке медицинской сестры занимает одно из важнейших мест ввиду того, что путем развития качества педагогической направленности, представители рассматриваемого уровня персонала могут достаточно успешно выполнять некоторые функции менеджера и большинство управленческих функций организатора сестринского дела. Педагогические качества способствуют реализации таким персоналом возможности вести беседы профилактической направленности. Соответственно, на основе корректных ценностей медицинская сестра должна совершенствоваться в себе коммуникативные качества, которые впоследствии позволят ей осуществлять коммуникацию с людьми дифференциальной возрастной категории.

Педагогические функции для медицинского работника выступают оптимальным инструментом в целях обеспечения доверительной коммуникации с пациентами, их родственниками и населением в целом. Примером

целесообразности применения педагогических инструментов выступает разъяснительная работа медицинской сестры при непосредственном взаимодействии с населением на территории повышенной эпидемиологической опасности. Другим примером педагогических действий медицинской сестры служит предупреждение населения в процессе разъяснительной работы от проникновения на территорию, отличающуюся радиационной опасностью. Различные угрозы, которые становятся впоследствии причинами заболеваний, представляется возможным предупредить исключительно профилактическими мерами, результативность которых во многом зависит от способности медицинской сестры и уместности применения педагогических приемов, увеличивающих степень убеждения при достижении ожидаемого общественного поведения [68, с.67].

Педагогические интересы медицинской сестры ориентированы, прежде всего, на: пациента, его родственников, близких знакомых. Когда в медицинском училище начинается медицинская практика, то медсестра подключается к обучению студентов, выступая в роли педагога, старшего наставника, оказывает педагогическое воздействие на практикантов, организуя занятия, ассистируя врачу на лекциях и практических занятиях. Медсестра напрямую, своим примером, с помощью метода воспитания – пример – воздействует на студентов и формирует у них интерес к будущей профессии. Воздействуя педагогически на окружающих, медсестра выполняет определенные функции: *воспитательную*, направленную на формирование у окружающих людей ответственности за свое собственное здоровье и состояние. Во многих случаях медицинской сестре удается воздействовать на окружающих и, возможно, по-новому взглянуть на свою жизнь, на свои привычки, отказаться от вредных привычек. Однако, отмечают многие исследователи, медицинской сестре очень важно самой пересмотреть свой образ жизни, свой внешний вид, свой имидж. Потому что, странно будет говорить и популяризировать здоровый образ жизни, а самой при этом курить или принимать алкоголь. Осуществляя воспитательную функцию, в тесном взаимодействии с ней, медсестра осуществляет и *информационную* функцию.

Информация, с которой взаимодействует медсестра, подразделяется на два типа. К первому типу относится такая информация, которая затрагивает конфиденциальный характер развития болезней конкретизированного пациента. Комплексно обозначенный тип относится к элементам врачебной тайны. Второй тип информации затрагивает мотивацию больных способствовать действиям медицинского персонала при обеспечении стабилизации состояния здоровья. В некотором смысле медицинская сестра выполняет координирующую функцию, позволяя пациенту лучше ориентироваться в структуре лечебного учреждения и специфике курса терапии, требующей от больного, к примеру, строгого распорядка дня или повышенной дисциплинированности. Ввиду того, что одной из компетенций медицинской сестры является достаточно высокая осведомленность о характере медикаментозного лечения, в качестве одной из ее функций профессиональной направленности входит консультационная часть, относящаяся к коррекции действий пациента в процессе приема назначенных врачом препаратов. С этой целью, медсестра готовит интересные материалы о людях, которые поправили свое здоровье, выполняя все указания врачей и медсестер – это могут быть видеозаписи, фотодокументы, аудиозаписи и др. Среди мотивационных приемов может быть прием в передаче знаний по обучению больных введению инсулина в случае диагностирования у больного сахарного диабета, применению ингалятора в домашних условиях, измерению артериального давления при выраженных симптомах его колебания, профилактике запоров, устранению дифференциальных пролежней лежащих больных, профилактике бессонницы, осуществлению полезной для стабилизации здоровья дыхательной гимнастике и др.

Педагогическая деятельность медсестры, при выполнении всех ее функций, делает ее труд эффективным, вызывает доверие со стороны больных и коллег, формирует правильный, притягательный образ медицинского служащего среднего звена и формирует у населения правильное отношение к здоровью, к медицине в целом и к медицинским работникам в частности.

Существующая практика медицинской направленности способствует

значительному расширению задач образовательного характера, которые перманентно реализуются медицинскими колледжами. Среди таких задач обозначена целенаправленная подготовка комплексного порядка, которая предусмотрена для результативной длительной деятельности будущей медицинской сестры в системе лечебном учреждении.

Ввиду того, что задачей лечебного учреждения является существенное снижение времени пребывания пациента в условиях стационара, от медицинской сестры требуется умение обеспечивать посредством собственных действий и усилий интенсивное улучшение состояния здоровья пациента, пригодного к выписке из лечебного учреждения. Для того, чтобы грамотно и эффективно вести электронные дневники, медицинские карты, студенту медицинского колледжа важно владеть современными ИКТ и компьютерными программами.

Сложно профессионально подготовить медицинскую медсестру, сделать ее труд на практике более эффективным, если в систему профессиональной подготовки не ввести *информационно-технологический компонент*. С помощью информационных технологий медики среднего звена могут не только вести электронные дневники, но и проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, обеспечить безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных. Именно электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ можно наблюдать специфику течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений. Делаем краткий вывод о том, что среди профессиональных компетенций, которыми должен овладеть медицинская сестра (медбрат) – это основы не только компьютерной грамотности, но и специфическими компьютерными программами, обеспечивающими качество и поддержку здоровья населения. Обозначенный компонент также нацелен на способность медицинской сестры обеспечивать беспрепятственный доступ людей с инвалидностью к инфраструктуре лечебного учреждения, что относится к устранению пространственных препятствий между пациентами и представителями медицинского персонала.

Несмотря на то, что информационные технологии сегодня достаточно

распространены в разных областях и сферах, тем не менее в медицине применение компьютеров и компьютерных программ все еще мало освещены. Данное обстоятельство можно пояснить тем, что компьютерная техника и программы пришли в медицину ни так давно. ИТ сегодня можно увидеть в кабинетах ультразвуковой диагностики (УЗИ), в рамках компьютерной томографии (КТ), а также в палатах интенсивной терапии. ИКТ-технологиями сегодня также активно могут пользоваться медсестры при составлении электронного дневника, взаимодействия с больными, находящимися дома и др. В профессиональной активности медицинской сестры, как и других сотрудников лечебного учреждения, принципиальную важность представляет достоверность и защищенность информации. В медицинской практике рассматриваемый профиль информации затрагивает дифференциальные аспекты, начиная с технической детализированной документацией эксплуатации медицинских устройств и завершая аналитической составляющей, образуемой в результате осмотра пациентов на электронных носителях [67, с.78].

Итак, обосновав весь компонентный состав эффективной профессиональной подготовки медицинской сестры, мы можем подвести итоги и вычленить основные компоненты ее подготовки в рамках медицинского колледжа. Это - *профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический*. Для более компактного представления составляющих элементов эффективной профессиональной подготовки медицинской сестры, создадим таблицу (Таблица 1), где представлены основные составляющие.

Таблица 1

Структуризация готовности медицинского персонала среднего звена к профессиональной деятельности

№	Составляющие компоненты	Показатели, критерии, суть и содержание компонентов
1	<i>профессионально-самоопределяющий</i>	- наличие сформированных интересов, мотивов и устремлений личности студента, опирающееся на формирующемся мировоззрении; умение

		<p>задумываться над вопросами стратегической смысловой нагрузки, затрагивающей аспекты конструирования разнообразных коммуникаций с людьми различной социальной роли в лечебном учреждении, а также собственного восприятия на фоне коллективных взаимодействий как с коллегами, так и с пациентами в соответствии с ценностями нравственного начала среди представителей медицинского персонала среднего звена;</p> <p>- ценности нравственного порядка формируются преимущественно и зачастую под воздействием свойственных медицинскому работнику личностных качеств, в том числе в результате формирования студента в потенциального сотрудника лечебного учреждения</p>
2	<p><i>коммуникативно-педагогический компонент</i></p>	<p>выраженные качества управленческого порядка, которые основаны на сформированных целях и умении находиться в доверительных коммуникациях с людьми, принадлежащими к дифференциальным возрастным категориям. Средний медицинский персонал должен уметь научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; средний медицинский персонал также активно и тесно работает со своими коллегами, организуя занятия, ассистируя врачу на лекциях и практических занятиях; педагогически воздействует на студентов и формирует у них интерес к будущей профессии; уметь выполнять определенные функции: <i>воспитательную</i>, направленную на формирование у окружающих людей ответственности за свое собственное здоровье и состояние. Во многих случаях среднему медицинскому персоналу удастся воздействовать на окружающих и, возможно, по-новому взглянуть на свою жизнь, на свои привычки, отказаться от</p>

		<p>вредных привычек. Однако, отмечают многие исследователи, среднему медицинскому персоналу очень важно самой пересмотреть свой образ жизни, свой внешний вид, свой имидж. Потому что, странно будет говорить и популяризировать здоровый образ жизни, а самой при этом курить или принимать алкоголь. Осуществляя воспитательную функцию, в тесном взаимодействии с ней</p>
3	<p><i>организационно-управленческий компонент</i></p>	<p>должна <i>знать и осознавать задачи медицинского менеджмента</i> или управления, главные догматы управления в здравоохранении, хорошо знать все существующие категории институтов здравоохранения, их организационную структуру, системный состав сестринских служб, а также непосредственные предназначение медицинской сестры-управленца; быть способна оказать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, выполняющий много и разнообразных задач, важных для лечебного учреждения; выполнять разные вспомогательные функции в зависимости от того, к какому специалисту и врачу она прикреплена; выполнение инъекционных назначений, подготовка инструментария, организация лечебного питания, установка больным капельниц, сбор анализов, смена белья, заполнение медицинских документов и многое другое; организация и выполнение лечебных процедур, отслеживание самочувствия больных, раздача лекарственных препаратов, соблюдая при этом строгую дозировку, которую назначил врач, постоянно отслеживает учет медицинского инвентаря в учреждении, контролирует сроки его технического осмотра, вслед за распоряжением врача подает документы на вписку пациента; высокая дисциплинированность, добросовестность, умение организовать свой труд, мероприятия, их планирование и проведение; организаторские</p>

		<p>способности среднего медицинского персонала выражается в четкой, рациональной организации собственного рабочего места, а также общая и частная согласованность в работе с другими коллегами, хорошее знание психологии общения с пациентами, их родственниками и близкими людьми; знание современных теорий лидерства, менеджмента, механизмов, технологий, уметь решать важные стратегические вопросы, принимать решения в нестабильных ситуациях, в условиях постоянного дефицита различных видов ресурсов; управленческая компетентность, лидерские и организаторские качества, коммуникативные способности, инициативности; скорость, оперативность, умение выслушать данное врачом задание и быстро, качественно его организовать и выполнить; уметь применять ключевые инструменты менеджмента в профессиональной деятельности, понимать и осознавать терминологию, связанную с аспектами менеджмента, а также иметь наглядное представление относительно структуры лечебного учреждения</p>
4	<p><i>информационно-технологический компонент</i></p>	<p>уметь вести электронные дневники, проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений. Знать основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения; уметь проводить профилактические осмотры с помощью ИТ; знать компьютерные технологии (медицинский прибор</p>

		кошка-сканер), что является наиболее безболезненных и точных методов изучения внутренних органов человека; быть в курсе современных научно-практических достижений; КП как способ самообразования; умение пользоваться КП, когда компьютеры «играют роль больного»
--	--	--

Определив основные компоненты в сфере специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена, которая может быть результативной и эффективной, мы перешли к тому, чтобы определить – а каковы уровни профессиональной готовности каждой медицинской сестры в медколледже? Известно, что наравне с групповыми формами обучения в колледже используются и индивидуальные формы обучения, что дает утверждать, что каждый обучающийся, занимаясь со всеми вместе в группе, тем не менее приобретает собственный уровень профессиональной готовности, имея собственный индивидуальный старт, способности, мотивы, интересы, влияние извне и др. Поэтому, согласно уровневому подходу, попробуем определить, кто же из воспитанников медколледжа будет обладать высоким уровнем профессиональной готовности, кто средним, а кто низким. Итак, что касается первого компонента профессиональной готовности – это *профессионально-самоопределяющий компонент* и уровни его сформированной.

Высокий уровень предполагает, что у выпускницы наблюдается наличие сформированных профессиональных интересов, мотивов и устремлений, опирающееся на формирующемся мировоззрении; умеет задавать себе актуальные жизненные вопросы, которые должны быть связаны с профессиональным самоопределением: Каковы мои потенциальные возможности в избранной профессии? Имеются ли у меня ресурсы для преодоления сложностей профессионального и образовательного характера? Буду ли я пользоваться уважением в профессиональном сообществе? Будут ли мои коллеги ценить меня за мою профессиональную компетентность? Сформированы на высоком уровне

ценности и ценностные установки, ориентированных на профессию среднего медицинского персонала; совпадение личностных установок с ценностями нравственного порядка; соотнесение будущим специалистам себя с предполагаемой деятельностью в лечебном учреждении; проявление эмпатии и стремления к установлению доверительных коммуникаций с окружающими людьми, в том числе единомышленниками и коллегами; стремление к самосовершенствованию путем познавательной деятельности и наблюдения за отраслевыми изменениями в сфере терапии различных заболеваний.

Средний уровень предполагает, что у выпускника проявляются профессиональные интересы, мотивы и устремления, опирающиеся на формирующееся мировоззрение; иногда задумывается над вопросами профессионального значения, затрагивающие целесообразность и рациональность выбора профессии; оценивает собственные силы с учетом вызовов и сложностей, связанных с непрогнозируемыми событиями профессионального характера; соотносит себя в критическом смысле с избранной отраслью и направлениям; испытывает колебания при проявлении заинтересованности в собственном углубленном познании специфики избранной профессии; присутствуют ценности и ценностные установки, ориентированные на профессию среднего медицинского персонала; проявление ответственности и долг, доброта и жертвенность; наличие у студента определенной установки профессиональной направленности; готовность проявить собственные наилучшие качества как специалист; заинтересованность в установлении доверительных коммуникаций с окружающими людьми; восприятие как естественного чувства параметра самоотверженности и готовности помочь в случае необходимости; время от времени занимается самообразованием.

Низкий уровень предполагает, что у выпускника редко и слабо профессиональные интересы, мотивы и устремления, опирающиеся на формирующееся мировоззрение; не задумывается и не задается вопросами философского и профессионального назначения, которые затрагивают степень соответствия будущего специалиста предполагаемой профессиональной

активности. Кроме того, такой выпускник не задумывается относительно собственной профессиональной репутации в коллективе и не беспокоится в отношении доверительных и уважительных коммуникаций со стороны потенциального коллектива. Проявляется достаточно незначительная активность и средняя степень заинтересованности в познании узконаправленных аспектов избранной профессии; отсутствуют ценности и ценностные установки, ориентированные на профессию среднего медицинского персонала; проявляет низкую ответственность, доброту; нет у студента определенной предрасположенности к самореализации в профессии; отсутствует желание проявлять готовность к оказанию своевременной помощи и установлению доверительных коммуникаций, как с коллегами, так и с пациентами; нет желания заниматься самообразованием.

Высокий уровень сформированного коммуникативно-педагогического компонента. Студент демонстрирует ярко выраженную заинтересованность, что совпадает с его личностными установками и стратегическими целями в отношении профессионального будущего; обладает высокими способностями к установлению ожидаемых коммуникаций в соответствии с принципом человек-человек вне зависимости от возрастной категории людей; средний медицинский персонал должен уметь научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; средний медицинский персонал также активно и тесно работает со своими коллегами, организуя занятия, ассистируя врачу на лекциях и практических занятиях; педагогически воздействует на студентов и формирует у них интерес к будущей профессии; уметь выполнять определенные функции: *воспитательную*, направленную на формирование у окружающих людей ответственности за свое собственное здоровье и состояние. Во многих случаях медицинской сестре удается воздействовать на окружающих и, возможно, по-новому взглянуть на свою жизнь, на свои привычки, отказаться от вредных привычек. Однако, отмечают многие исследователи, медицинской сестре очень важно самой пересмотреть свой образ жизни, свой внешний вид, свой имидж. Потому что, странно будет говорить и

популяризировать здоровый образ жизни, а самой при этом курить или принимать алкоголь. Осуществляя воспитательную функцию, в тесном взаимодействии с ней, средний медицинский персонал осуществляет и *информационную* функцию. Информация, с которой непосредственно взаимодействует в своей деятельности рассматриваемый специалист среднего звена, в действительности охватывает широкий перечень стратегически и тактически определяющих сведений. К приведенным сведениям может быть отнесена специфика приема лекарственных препаратов в соответствии с рецептом лечащего врача или ориентация в структуре территории лечебного корпуса или учреждения. В некоторых случаях медицинская сестра может трансформировать имеющуюся информацию в целях усиления мотивации пациента действовать в отношении стабилизации состояния здоровья.

Средний уровень сформированного коммуникативно-педагогического компонента. Студент иногда активен, не всегда убедителен в процессе взаимодействия с людьми дифференциального возраста ввиду того, что среди пациентов могут встречаться как взрослые, так и дети; показывает ценности личностного характера и главенствующие цели; медсестра должна уметь научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; студент тесно работает со своими одноклассниками, в ходе медицинской практики, проявляет интерес к будущей профессии; умеет выполнять определенные функции: *воспитательную*, направленную на формирование у окружающих людей ответственности за свое собственное здоровье и состояние. Во многих случаях медицинской сестре удается воздействовать на окружающих и, возможно, по-новому взглянуть на свою жизнь, на свои привычки, отказаться от вредных привычек. Однако, отмечают многие исследователи, медицинской сестре очень важно самой пересмотреть свой образ жизни, свой внешний вид, свой имидж. Потому что, странно будет говорить и популяризировать здоровый образ жизни, а самой при этом курить или принимать алкоголь.

Осуществляя воспитательную функцию, в тесном взаимодействии с ней, средний медицинский персонал должен обладать и информационно-

коммуникационной способностью. Средний медицинский персонал обязан быть способна передавать разную информацию о том, какими правами и обязанностями обладает поступивший больной в стационар, о том, как он должен подчиняться многим требованиям. Это касается грамотного оформления документов, времени, которое отводится на завтрак, обед, полдник и ужин. Средний медицинский персонал говорит больному о разных способах поддержания здоровья и выздоровления, реабилитации. Именно от среднего медицинского персонала пациенты узнают, какие процедуры ему важно пройти, находясь в лечебно-профилактическом учреждении. То есть, медсестры и медбратья должны замотивировать пациента к скорейшему выздоровлению, а именно - *мотивационная способность должна возникнуть у больного, благодаря действиям среднего медицинского персонала.*

*Низкий уровень сформированного коммуникативно-педагогического компонента определяется тем, что студент не активен, не показывает главенствующие цели и ценности, относящиеся к личностным аспектам; не всегда убедителен в процессе коммуникации с людьми дифференциального возраста; не умеет научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; студент не проявляет желание работать со своими одноклассниками, в ходе медицинской практики не желает работать вместе с врачом, если обнаружен слабый интерес к будущей профессии; не умеет выполнять определенные функции: *воспитательную, информационную и мотивационную.**

Организационно-управленческий компонент.

Высокий уровень сформированных качеств. Обучающийся хорошо знает и осознает задачи медицинского менеджмента и управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, владеет типами учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции среднего медицинского персонала; демонстрирует блестящее умение и готовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, готов выполнять много и разнообразных задач, важных для

лечебного учреждения; умеет хорошо выполнять разные вспомогательные функции в зависимости от того, к какому специалисту и врачу она прикреплена; выполняет инъекционные назначения, организует лечебное питание, установка больным капельниц, сбор анализов, смена белья, заполнение медицинских документов и многое другое; организация и выполнение лечебных процедур, отслеживание самочувствия больных, раздача лекарственных препаратов, соблюдая при этом строгую дозировку, которую назначил врач, постоянно отслеживает учет медицинского инвентаря в учреждении, контролирует сроки его технического осмотра, вслед за распоряжением врача подает документы на выписку пациента; демонстрирует высокую дисциплинированность, добросовестность, умение организовать свой труд, мероприятия, их планирование и проведение; организаторские способности среднего медицинского персонала выражается в четкой, рациональной организации собственного рабочего места, а также общая и частная согласованность в работе с другими коллегами, хорошее знание психологии общения с пациентами, их родственниками и близкими людьми; показывает хорошее знание современных теорий лидерства, менеджмента, механизмов, технологий, умеет решать важные стратегические вопросы, принимает решения в нестабильных ситуациях, в условиях постоянного дефицита различных видов ресурсов; обладает высокой управленческой компетентностью, лидерскими и организаторскими качествами.

Средний уровень сформированных качеств. Обучающийся средне знает и осознает задачи медицинского менеджмента и управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, иногда демонстрирует знание типов учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции среднего медицинского персонала; демонстрирует среднее умение и готовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, готов выполнять задачи, важные для лечебного учреждения; выполняет разные вспомогательные функции в зависимости от того, к какому специалисту и врачу прикреплена; выполняет инъекционные назначения, организует лечебное питание, установка больным капельниц, сбор анализов, смена

белья, заполнение медицинских документов и многое другое; демонстрирует среднюю организацию и выполнение лечебных процедур, отслеживание самочувствия больных, раздачу лекарственных препаратов, соблюдая при этом строгую дозировку, которую назначил врач, постоянно отслеживает учет медицинского инвентаря в учреждении, контролирует сроки его технического осмотра, вслед за распоряжением врача подает документы на выписку пациента; демонстрирует хорошую дисциплинированность, добросовестность, умение организовать свой труд, мероприятия, их планирование и проведение; показывает четкую, рациональную организацию собственного рабочего места, а также общую и частную согласованность в работе с другими коллегами, хорошее знание психологии общения с пациентами, их родственниками и близкими людьми; показывает хорошее знание современных теорий лидерства, менеджмента, механизмов, технологий, умеет решать важные стратегические вопросы, принимает решения в нестабильных ситуациях, в условиях постоянного дефицита различных видов ресурсов; обладает высокой управленческой компетентностью, лидерскими и организаторскими качествами.

Низкий уровень сформированных качеств. Обучающийся слабо знает и осознает задачи медицинского менеджмента и управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, не знает типологию учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции среднего медицинского персонала; демонстрирует неумение и неготовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, не готов выполнять задачи, важные для лечебного учреждения; не выполняет вспомогательные функции в зависимости от того, к какому специалисту и врачу прикреплен; знает как выполнять инъекционные назначения, организовать лечебное питание, установку больным капельниц, сбор анализов, смена белья, заполнение медицинских документов и многое другое; демонстрирует слабую организацию и выполнение лечебных процедур, отслеживание самочувствия больных, раздачу лекарственных препаратов, соблюдая при этом строгую дозировку, которую назначил врач, не

готов к отслеживанию учета медицинского инвентаря в учреждении, не готов контролировать сроки его технического осмотра, вслед за распоряжением врача подает документы на выписку пациента; демонстрирует хорошую дисциплинированность, добросовестность, умение организовать свой труд, мероприятия, их планирование и проведение; показывает четкую, рациональную организацию собственного рабочего места, а также общую и частную согласованность в работе с другими коллегами, слабое знание психологии общения с пациентами, их родственниками и близкими людьми; не владеет знанием современных теорий лидерства, менеджмента, механизмов, технологий, не способен решать управленческие задачи в нестабильных ситуациях, в условиях постоянного дефицита различных видов ресурсов; не обладает высокой управленческой компетентностью, лидерскими и организаторскими качествами.

Сформированность *высокого уровня* информационно-технологического компонента показывает: готовность студента вести электронные дневники, проводить в рамках он-лайн профилактические мероприятия с населением, умение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений; обучающийся очень хорошо знает основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения; с помощью ИКТ способен повышать простоту обслуживания в рамках медицинского оснащения больных с ограниченными возможностями, возможность не замечать далекие расстояния между медиками и пациентами и населением удаленных регионов; хорошо знает и готов применять научные подходы и методы, применяемые в исследованиях; умеет проводить профилактические осмотры с помощью ИТ; знает компьютерные технологии (медицинский прибор кошка-сканер), что является наиболее безболезненным и точным методом изучения внутренних органов человека; он в курсе современных научно-практических достижений; активно пользуется компьютерными сетями,

КП как способом самообразования.

Сформированность *среднего уровня* информационно-технологического компонента показывает: не полную готовность студента вести электронные дневники, проводить в рамках он-лайн профилактические мероприятия с населением, слабое умение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; среднее умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно снижает эффективность и безопасность принимаемых решений; обучающийся средне знает основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения. Кроме того, такой студент не всегда осведомлен о текущей ситуации в отрасли и в лечебных учреждениях, не всегда интересуется новациями в сфере медицины. Избирательно владеет прикладными технологиями и не является активным сторонником проводить осмотры профилактического назначения при помощи элементов цифровизации.

Сформированность *низкого уровня* информационно-технологического компонента показывает: неготовность студента вести электронные дневники, проводить в рамках он-лайн профилактические мероприятия с населением, неумение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; слабое умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно снижает эффективность и безопасность принимаемых решений; обучающийся слабо знает основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения. Дополнительно такой студент проявляет характеристики, свойственные сформированности среднего уровня.

Осуществив теоретико-методологический анализ проблемы специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена, определив ее уровни и показатели, важно смоделировать данный процесс, прежде чем приступить к реализации опытно-экспериментальной работы.

1.4. Модель процесса готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

Использование метода моделирования в педагогических процессах сложно переоценить, так как моделирование, как метод познания, позволяет исследователю узнать о логическом построении определенного процесса, спроектировать, интересующие экспериментатора, качества исследуемого объекта. Моделирование позволяет визуализировать предполагаемый результат обучающей деятельности и определить специфику ожидаемого результата. Моделирование активно используется в разных типах образовательного учреждения, что соотносит рассматриваемый метод к необходимости всесторонней оценки целесообразности его применения. При моделировании процесса подготовки необходимо учитывать все возможные последствия, которые отражаются на качестве подготовки исследуемых будущих специалистов.

Обозначенные проблемы – визуализация наглядность, действительно, достаточно взаимосвязаны между собой, так как метод моделирования и метод визуализации имеют одну общую цель научного исследования – это утверждение и выделение главного, основного в изучаемых объектах и предметах. Процесс макетирования позволяет визуализировать в динамике предполагаемый обучающий процесс и своевременно выявить неблагоприятные или неочевидные последствия, который в действительности могут обеспечить дополнительные преимущества будущим работникам лечебного учреждения.

В ходе моделирования процесса специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена и его эффективности, мы учитывали обозначенный процесс обладает теоретико-прикладным аспектом. В частности, теоретический подход позволяет выявлять содержательные составляющие элементы, которые затрагивают сущность профессиональных знаний медицинской направленности. Обозначенный подход к подготовке исследуемых специалистов одновременно выступает в качестве социально-психологической и педагогической проблемы, определения современных требований к готовности вести медицинскими сестрами специализированную деятельность, являющуюся главной

составляющей модернизации медицинского обслуживания российских граждан, определения компонентных составляющих и уровней готовности к профессии рассматриваемых медицинских сестер. В частности, прикладной этап конструирования выявляемой модели подразумевает целевое определение сущности обучающего процесса, а также специфику опытно-экспериментальной работы по эффективной специализированной подготовке медицинского персонала среднего звена средствами эффективных технологий, внедрения и верификации технологического комплекса «Осуществляй служенье без отдачи» в целях повышения уровня специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена и подведения итогов. Использование в диссертационном исследовании метода моделирования создаёт благоприятные условия для развития у студентов эффективных приёмов умственной деятельности. Среди них: умение абстрагироваться от практики и перейти к теоретическому анализу проблемы, способность классифицировать, синтезировать и обобщать итоговые результаты исследования. Результативность применяемого метода состоит из особенности в оценке, обобщении и реализации в практическом аспекте предметные, метапредметные и личностные предпосылки по отношению к итогам специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена.

Моделирование — это еще и способ анализа реальной деятельности в образовательном учреждении медицинского профиля СПО, позволяет сформировать и развить исследовательские навыки, которую сложно получить иным путем (Рисунок 1).



Рисунок 1 - Модель процесса готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

Целеполагающий блок предполагает ожидаемую подготовку медицинского персонала среднего звена в сфере оказания помощи пациентам. Медицинское учреждение должно определиться с целями и задачами, которые представляется возможным реализовать в образовательном процессе с участием будущих медицинских сестер. Лекционные занятия и практические компоненты образовательного процесса должны быть объединены в единую систему, отличающуюся самодостаточностью и взаимодополняемостью с учетом характерных особенностей профессии. Соответствующее учебное заведение должно стать центральным звеном в системе медицинских учреждений, образующих в совокупности инфраструктуру подготовки будущих медицинских сестер.

Образовательный процесс должен учитывать, что каждая сторонняя организация должна отвечать образовательным задачам и практической направленности рассматриваемой подготовки. В то же время подготовка в сфере сестринского дела должна предполагать иерархию соподчиненности существующей инфраструктуры, затрагивающей деятельность медицинского колледжа. В рамках данной инфраструктуры каждая будущая медицинская сестра должна получить возможность расширения собственных знаний профильного характера за счет сети информационно-библиотечной системы и профильных платформ, а также совершенствовать получаемые навыки в соответствии с процессом самоопределения.

Обозначенный подход подразумевает, что медицинский колледж должен иметь партнерские отношения с лечебными учреждениями различного профиля в целях обеспечения права выбора учащихся на самоопределение. Кроме того, образовательный процесс должен подразумевать возможность будущих медицинских сестер участия в профильных мероприятиях с целью ознакомления текущей ситуации в сестринском деле на данный момент времени. Примером могут служить различные тематические мероприятия публичного и исключительно профессионального характера. Указанные мероприятия позволят существенно усилить степень осведомленности в таких аспектах как новые вызовы заболеваний,

научные открытия в сфере медикаментов и методов лечения, обмен мнениями в профессиональном сообществе. Главенствующим направлением в образовательной политике медицинских колледжей является обеспечение студентов такими навыками, которые пригодятся им в длительной перспективе при оказании медицинской помощи пациентам. Второй немаловажной целью учебных заведений профильного характера выступает создание условий для изъявления студентами желания совершенствоваться в медицинской отрасли на постоянной основе.

Государственный и социальный заказ

Адекватность в пожеланиях населения в государственном, но не частного медицинского обслуживания специалистами среднего звена потребовал сегодня выполнения заказа на медицинское обслуживание, что определяет вектор усиленной подготовки профессиональной направленности будущих исследуемых специалистов, в том числе грамотного распределения выпускников медицинских училищ по трудовым секторам. Однако многочисленные примеры показывают, что не всегда грамотно разрешаются проблемы нехватки медицинских кадров в селах, отдаленных сельских районах.

Разрешение указанных вопросов в сфере медицинского обслуживания имеет четко социальный аспект. Поскольку трудоустройство внушительного процента выпускников медицинских средних заведений в немедицинские области труда, совсем несвязанные медициной. Очередной вопрос, заключающийся в реализации предстоящих задач в области здравоохранения и профессиональной подготовки медицинского персонала среднего звена — это явная кадровая диспропорция и дисбаланс в распределении специалистов высшей и средней подготовки. Дисбаланс наблюдается и слабо разрешаемой проблеме по подготовке среднего медицинского персонала. А именно: если за последние годы в РФ абсолютный дефицит врачей с высшим медицинским образованием составил около 40 тыс. человек, то количество вакантных мест в отношении медицинских сестер увеличилось до 270 тыс., что указывает на целесообразность обеспечения системы здравоохранения качественными кадрами за счет увеличения бюджетных мест в

профильных учреждениях СПО. В настоящее время наблюдается преимущественно стремление выпускников общеобразовательных организаций к получению высшего медицинского образования. Сюда же можно добавить, что число выпускников средних медицинских учреждений – медицинских училищ и колледжей - желающих продолжить медицинское образование в институтах также растет.

Основные подходы к формированию готовности к специализированной деятельности медицинского персонала среднего звена

Гуманистический подход (Я.А. Коменский, Ж.Ж. Руссо, Л.Н. Толстой, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, Ш.А. Амонашвили, Б.Т. Лихачев и др.). Сегодня российское общество, российская система образования находится на переломном этапе, который характеризуется всеобщей переоценкой ценностей. Здесь важное значение имеет гуманизация образования, которое в современных условиях становится одним из приоритетных направлений в педагогике и главным методологическим подходом. Относительно того, что профессия медика, медицинской сестры имеет более чем гуманистический характер, высказался известный австрийский врач - Анжерс. Он сказал, что «... хорошим врачом может быть только хороший человек» [146, с.28]. Относительно профессии врача и врачевания людей можно привести пример высказывания нашего великого Льва Николаевича Толстого, сказавшего о профессии педагога и его главных качествах. – «Сначала любить, потом - учить». Данное выражение имеет прямое отношение и к профессии медика: «Сначала любить, потом - лечить». То есть, без гуманного отношения к людям, без любви к человеку, человечеству безотносительно того, какой он национальности, рода, статуса, расы, он должен получить хорошую медицинскую помощь, грамотный профессиональный совет от медика. Вишневский говорил, что предпочел бы лечь на операционный стол к хорошему человеку и среднему хирургу, чем к среднему человеку и блестящему хирургу.

Таким образом, профессиональная подготовка будущего медика, в особенности, медика среднего звена, который в большей степени и более тесно общается с пациентами, напрямую связана с гуманистическим подходом, когда

педагоги определяют ключевую важность не только качеств профессиональной направленности в отношении будущего специалиста, но также его базовых духовных, душевных качеств, так как они являются важнейшими условиями в деле выздоровления больного. Поэтому, успешная деятельность в отношении современного формирования готовности приводит к ожидаемому качеству реализуемой активности представителя среднего медицинского персонала. Обозначенная активность во многом определяется не только высокой профессиональной подготовкой, но и высоким уровнем сформированности его духовно-нравственных и социально-психологических качеств. Главными критериями качества профессиональной подготовки медицинского работника является его способность самостоятельно принимать важные решения, чувство ответственности за последствия этих решений и причастность к будущему здоровью нации.

Компетентностный подход (В.А. Болотов, А.А. Гетманская, Э.Ф. Зеер, И.В. Ирихина, О.Е. Лебедев, А.М. Павлова, В.В. Сериков и др.). В рамках компетентностного подхода следует отметить, что существующее требование по отношению к медицинской сестре в некоторых случаях заметно отличаются или дополняются новыми функциями, которые ранее не были свойственны для таких специалистов. Наглядным примером целесообразности усиления рассматриваемого подхода служит цифровизация сферы здравоохранения и расширение формата коммуникаций с пациентами. Медицинская сестра должна ориентироваться на нормативную базу, предписания лечебного учреждения и собственные знания, которые в совокупности позволяют принимать рациональное решение, особенно в случаях дефицита, достаточного времени [107, с.56].

Ввиду того, что медицинская сестра должна знать, понимать и уметь принимать решения, и достигать ожидаемых результатов, компетентностный подход выполняет роль ориентации в целях обеспечения допустимого на данный момент времени состояния здоровья пациента. Медицинская сестра должна также учитывать, что ряд решений находится вне ее компетенции, а значит, некоторые

рекомендации и наставления врачей должны исполняться без применения личного отношения к принятому не ею решению.

В расширенной форме компетентностный подход означает умение медицинской сестрой относиться к своим обязанностям в соответствии со сбалансированностью интересов лечебного учреждения, видением врача и возможностью реагирования со стороны пациента. Объединение личностных качеств, профильных знаний и профессиональных умений в совокупности образуют рассматриваемый подход, который выражается в форме реализации профессиональных функций на должном качественном уровне.

Стоит отметить, что компетентностный подход не учитывает мотивационную составляющую как определяющий фактор ввиду того, что главенствующим критерием выступает профессиональное отношение к обязанностям и текущей ситуации в анамнезе больного. Отдельным компонентом рассматриваемого подхода выступает аналитическая работа медицинской сестры по итогам смены или завершения процесса ухода за пациентом, который был выписан из стационара. Наравне с лечащим врачом, медицинская сестра должна быть способна учиться на совершенных по неосторожности или незнанию ошибках, а также осмысливать нестандартные случаи, в том числе в отношении распространенных заболеваний.

Выводы и результаты профессионально-направленных размышлений в целом способствуют оптимизации компетентностного подхода. Несмотря на то, что медицинская сестра не несет ответственность за корректную диагностику или исход курса лечения, назначенного лечащим врачом, она может повлиять на практику в целом путем, к примеру, дискуссий и обсуждения с коллегами по поводу правильных совместных действий в идентичных случаях в будущем.

Дополнительным фактором компетентностного подхода для медицинской сестры является сбалансированное отношение между эмпатией к пациенту и необходимостью выполнения иногда болезненных манипуляций в целях сохранения состояния здоровья для пациента. Отчасти, сбалансированный подход достигается путем разъяснительной работы медицинской сестрой с пациентом на

предмет целесообразности предполагаемых манипуляций с его организмом. Но в то же время сбалансированность может быть достигнута за счет уверенности медицинской сестры в правильности собственных действий, которые в итоге приводят к стабилизации состояния здоровья пациента. Находясь, в процессе перманентной коммуникации, рассматриваемые специалисты обретают навыки взаимодействия с больными, родственниками пациентов, различными медицинскими специалистами разного уровня, а также навыки практической направленности, что значительно повышает их квалификацию.

Структурно-функциональный подход имеет ввиду или включает в себя два относительно автономных, но в то же время тесно взаимосвязанных анализа: структурный и функциональный (Г.Е. Зборовский, И.И. Каинаев, Г.М. Пономарева, Э.В. Соколов, П.А. Сорокин, Е.А. Шуклина и др.). Цель структурного аспекта или анализа вопроса – это выявить важные составляющие и структурные элементы исследуемого процесса, исследуемого предмета или объекта научной деятельности, они переплетены друг с другом и составляют общую целостность предмета исследования. Функциональный анализ рассматривает исследуемый предмет в рамках его функционального существования, выявляет основные механизмы и общие закономерности функционирования исследуемого предмета. В нашем случае структурно-функциональный подход и двойной анализ (структурный и функциональный) понадобился для того, чтобы более пристально и подробно рассмотреть, расчленив, проанализировать главный предмет настоящего исследования – профессиональная готовность среднего медицинского персонала и показать, выявить основные ее структурные составляющие. Именно, благодаря структурно-функциональному подходу и двойному анализу профессиональной готовности данного персонала, мы смогли обозначить главные эффективные механизмы повышения качества профессиональной подготовки.

Структурно-функциональный подход в деле профессиональной подготовки будущего специалиста заключается в рассмотрении профессиональной подготовки как некой системы, которая имеет ряд собственных структурных компонентов (элементов), которые функционально связаны друг с другом, отвечают за

выполнение определенных функций по отношению к совокупной структуре ожидаемой с точки зрения качества подготовки профессиональной направленности в отношении будущих специалистов в любой сфере. Именно структурно-функциональный подход обеспечивает функционирование профессиональной подготовки как сложной и целостной системы.

Уровневый подход к профессиональной подготовке представляет собой возможность и способ планируемых и полученных экспериментальных результатов и инструментарий для оценки их достижения (В.П. Беспалько, И.Я. Лернер, Э.Г. Патрикеева, Г.К., Селевко И.Ю. Троицкая, Е.Н. Трухманова и др.). Именно уровневый подход с многими математическими количественными и качественными данными позволяет проследить уровни на начальном опытно-экспериментальном этапе работы с итоговым этапом. Достижение продвинутых результатов с помощью уровневого подхода демонстрирует безусловный учебный успех/неуспех обучающегося, как исполнение им требований профессионального образовательного стандарта. Оценка же индивидуальных образовательных достижений можно исчислять «методом сложения», когда фиксируется достижение высокого, среднего или снижение слабого уровня или его повышение. Уровневый подход позволяет фиксировать продвижение обучающихся, а также выстраивать собственные траектории движения с учетом высокой планки достижений.

Использование в опытной работе уровневого подхода через подбор или собственную разработку инструментария и дальнейшего представления результатов связана с принятыми в педагогической науке построения шкал оценивания результатов. Задачи, которые разработаны на разных уровнях, стали главным инструментом оценки многих образовательных достижений.

Технологический подход в работах отечественных (М.Е. Бершадский, И.П. Волков, В.В. Гузеев, Т.А. Ильин, Н.Д. Никандров, А.И. Уман и др.) и зарубежных авторов (Л. Андерсон, Дж. Блок, Б. Блум, Т. Гилберт, Н. Гронлунд, Р. Мейджер, А. Ромишовски и др.). Процессы модернизации российской экономики и производства невозможны без технологизации и внедрения

инноваций и новшеств. Однако сегодня в российской системе образования существует большой потенциал в области достижений психолого-педагогической науки, накоплены педагогические инновации, различные, разноплановые научные авторские школы педагогов-новаторов, требующие всецелого обобщения и систематизации. Технологический подход в образовательной сфере – это возможность использования инновационных технологий в ходе обучения и воспитания, повышающие качество полученных ЗУНов и профессиональных компетенций. производственных процессов как технологий – стал неотъемлемой чертой современного материального производства. Он выступает как инструмент качественного повышения образовательного процесса для достижения улучшенного уровня развития, внедрения научных достижений в педагогическую практику. Использование технологического подхода, инновационных технологий, техник, методов и способов – это как наглядный убедительный показатель высокого профессионализма педагогов.

Диагностический инструментарий процесса эффективной подготовки профессионального характера в отношении среднего медицинского персонала в условиях медицинского учреждения СПО.

Технологии, используемые в условиях медицинского учреждения СПО.

Итак, моделирование активно используется в разных типах образовательного учреждения, соответственно, остается ключевым аспектом в рамках целесообразности взаимодополнения и взаимосвязи между визуализацией и разработанной моделью в процессе обучения конкретизированных обучаемых. В частности, обозначенный аспект позволяет выявить целостность и самодостаточность разработанной модели, выявленной в целях усиления существующего качества обучения, в том числе с учетом непрогнозируемых последствий образовательного характера. Обозначенные проблемы – визуализация наглядность, действительно, достаточно взаимосвязаны между собой, так как метод моделирования и метод визуализации имеют одну общую цель научного исследования – это утверждение и выделение главного, основного в изучаемых объектах и предметах. Визуализация и информационное моделирование

рассматриваемого обучающего процесса позволяет проследить динамику изменения в восприятии исследуемыми объектами, в том числе с учетом количественных значений. Формирование предпосылок к разработке искомой модели приводят к реализации возможности исследования характерных особенностей конкретизированного объекта. Теоретический этап предполагал выявление сущности и главенствующих компонентов подготовки профессиональной направленности в отношении рассматриваемых будущих специалистов лечебных учреждений непосредственно в качестве социально-психологической и педагогической проблемы, определения современных запросов к подготовке среднего медицинского персонала к профессии медика, определения ее компонентного и модели процесса эффективной подготовки профессиональной направленности будущих специалистов среднего звена в условиях медицинского учреждения. Прикладной этап конструирования искомой модели подразумевал определение главенствующей цели и целеполагания процесса подготовки рассматриваемых будущих специалистов, подготовки программы и методики опытно-экспериментальной работы по эффективной подготовке профильных специалистов лечебных учреждений среднего звена средствами эффективных технологий, внедрения и верификации технологического комплекса «Осуществляя служение без отдачи» в целях повышения уровня качественно направленной подготовки будущих специалистов лечебных учреждений, относящихся к среднему звену, и подведения итогов.

Разработав теоретико-методологические основы проблемы профессиональной готовности среднего медицинского персонала, определив суть и содержание профессиональной готовности такого персонала к профессиональной деятельности, определив основные критерии и показатели, компонентный состав эффективной готовности специалистов к будущей деятельности, мы подошли к экспериментированию данного процесса, который позволит доказать эффективность используемых технологий, валидность подобранного диагностического инструментария, что будет изложено во второй главе.

Выводы по первой главе

Итак, подготовка медицинского персонала среднего звена в обязательном порядке предполагает привитие компетентного подхода. Будущая медицинская сестра должна перманентно осознавать, что часть решений она принимает самостоятельно, в других случаях – ей следует исполнять предписания лечащего врача. Как специалист среднего звена будущая медицинская сестра должна осознавать границы между эмпатией и необходимостью проявления выраженной позиции по отношению к необходимости проведения различных манипуляций, направленных на стабилизацию состояния организма пациента.

За исключением обязательных профильных знаний и умений, рассматриваемому специалисту среднего звена необходимо учитывать профиль лечебного учреждения, который предполагает осведомленность дополнительного характера. Обозначенная осведомленность затрагивает медикаментозное лечение и методы терапии, которые ежегодно меняются в соответствии с протоколами и научными открытиями в сфере медицины.

Медицинской сестре необходимо обладать набором качеств, которые носят не рекомендательный, а обязательный характер, если предполагается качественное выполнение соответствующих профессиональных обязанностей. Главенствующим качеством выступает способность к коммуникации с различными людьми. В зависимости от профиля лечебного учреждения и специфики целевой аудитории, которую образуют пациенты конкретизированного учреждения, будущая медицинская сестра должна быть готова к различной специфике общения с пациентами. Кроме того, коммуникативный аспект затрагивает умение медицинской сестры находиться в состоянии эффективного общения с медицинским персоналом, подразумевающего профессиональный язык и применение профессиональной терминологии.

Коммуникативное качество предполагает, что медицинская сестра может применять педагогические способности в целях реализации системной профилактической работы. Несмотря на то, что главенствующим мнением в лечебном учреждении является профессиональное видение лечащего врача,

медицинская сестра со своей стороны может также положительно влиять на здоровый образ жизни пациентов и их окружения. В данном случае подразумевается профилактическая разъяснительная работа без необходимости применения назидательных элементов.

В целом профессиональных знаний медицинской сестры достаточно, чтобы каждый пациент частично или комплексно качественно менял свою жизнь в целях укрепления здоровья. Ввиду того, что выбор профессии медицинской сестры относится к компонентам самоопределения, профильным учебным заведениям следует прилагать усилия в целях поддержания заявленного стремления со стороны обучающихся для обеспечения качественного обучения.

Образовательный процесс медицинского учреждения учебной направленности должен строиться с учетом формирования инфраструктуры, которой может воспользоваться каждая будущая медицинская сестра. Обозначенная инфраструктура должна состоять из ресурсов информационного характера для расширения и дополнения профессиональных знаний, структур практической направленности для совершенствования получаемых навыков, а также компонентов коммуникативной направленности для формирования актуального представления будущей медицинской сестрой о текущей ситуации в отрасли и лечебных учреждениях.

Следует отметить, что основополагающим критерием для самореализации медицинской сестры должен оставаться принцип человек-человек, позволяющий объединять усилия, способности, стремления и ресурсы медицинской сестры при взаимодействии с пациентами, их окружением и коллективом лечебного учреждения. Предпосылкой к реализации данного принципа должен оставаться образовательный процесс в медицинском колледже.

Обосновав весь компонентный состав эффективной специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена, мы можем подвести итоги и вычленить основные элементы ее подготовки в рамках медицинского колледжа. Это - профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический.

Определив основные элементы специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена, которая может быть результативной и эффективной, мы перешли к тому, чтобы определить – а каковы уровни профессиональной готовности каждого будущего специалиста в медколледже? Известно, что наравне с групповыми формами обучения в колледже используются и индивидуальные формы обучения, что дает утверждать, что каждый обучающийся, занимаясь со всеми вместе в группе, тем не менее приобретает собственный уровень профессиональной готовности, имея собственный индивидуальный старт, способности, мотивы, интересы, влияние извне и др. Поэтому, согласно уровневому подходу, попробуем определить, кто же из воспитанников медицинского колледжа будет обладать высоким уровнем профессиональной готовности, кто средним, а кто низким уровнем. Итак, что касается первого элемента или компонента профессиональной готовности - *профессионально-самоопределяющий* и его уровни сформированной – высокий, средний, низкий.

Осуществив теоретико-методологический анализ проблемы подготовки будущих медицинских сестер, определив уровни и показатели обозначенной проблемы, важно смоделировать данный процесс, прежде чем приступить к реализации практически направленным действиям.

ГЛАВА II. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СРЕДСТВАМИ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.

2.1. Программа и методика опытно-экспериментальной работы по формированию готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

Ожидаемый уровень подготовки рассматриваемых будущих специалистов должна учитывать общие и профессиональные компетенции, аккумулирующие знания профессиональной направленности, соответствующие обозначенным знаниям навыки, а также пригодные для лечебного учреждения умения по уходу за пациентами. Реформирование ключевых параметров образовательного процесса в системе СПО может позволить оптимизировать социальный портрет будущего медицинского сотрудника.

В настоящее время специфика подготовки рассматриваемых будущих специалистов в обязательном порядке должна учитывать актуальные тенденции, инициируемые в системе образования и здравоохранения профильными ведомствами. Вызовы, определяющие сущность современного функционирования будущей медицинской сестры, предполагает, что она выполняет существенно больший функционал, нежели это было характерно для идентичных медицинских работников в предыдущие периоды.

В настоящее время медицинский персонал среднего уровня аккумулирует в себе количественно больше компетенций, что отражается на соответствующем подходе к выполнению обязанности профессионального характера. В результате приведенных обстоятельств подготовка будущих медицинских сестер должна в обязательном порядке соответствовать государственным задачам и ожиданиям системы здравоохранения, которые базируются на обеспечении максимально допустимого качества жизни путем сохранения жизни и здоровья населения.

Некоторые задачи обозначены в федеральных стандартах, другая их часть продиктована практикой лечебных учреждений и относится к компетентностному подходу. При этом процесс подготовки рассматриваемых будущих специалистов состоит из ряда компонентов.

Обосновав в первой теоретической главе весь компонентный состав эффективной специализированной подготовки медицинсконого персонала среднего звена, мы вычленили основные элементы (компоненты) ее подготовки в рамках медицинского колледжа. Это - *профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический.*

Изначально в отечественной педагогической науке – понятие «опытно-экспериментальная работа» или «педагогический эксперимент» проанализированы еще в начале 40-х годов еще XX века (Ю.К. Бабанский, В.В. Краевский, В.С. Лазарев, М.М., Поташник и др.). На протяжении всего XX века опытно-экспериментальная работа постоянно совершенствовалась, видоизменялась, модифицировалась, дополнялась выводами не только качественного, но и математического количественного анализа. То есть, в педагогическую науку постепенно вводятся математические методы, математическая статистика, разнообразные формулы и ее основные законы и положения. Используя различные исследовательские и прикладные методы –опрос, включенное наблюдение, тестирование, рейтинг, анкета, изучение и чужого практического опыта, а далее метод компаративистики (сравнение), полученных начальных и итоговых результатов. Метод сравнения или компаративистики был использован для сравнения полученных результатов начального и заключительного этапов.

Известно, что опытно-экспериментальная работа включает 3 классических этапа, разработанные отечественными учеными. К ним относится – это *констатирующий, формирующий и заключительный.* Каждому этапу соответствуют узконаправленные задачи, которые решаются определенными средствами, инструментами и технологиями.

Констатирующий этап решает задачи:

- выявить и вычлениить две группы учащихся – это экспериментальная и контрольная группы, которые являются идентичными по возрасту, статусу (студент медицинского колледжа), имеющие примерный уровень знаний;

- подобрать диагностический инструментарий для определения первого, исходящего уровня сформированной профессиональной готовности будущих специалистов среднего медицинского персонала медицинского колледжа.

Формирующий этап решает следующие задачи:

- подобрать эффективные технологии (в том числе, информационных, инновационных), повышающие качественный уровень профессиональной готовности будущего специалиста, подобрать методы и средства;

- внедрить и реализовать на практике в образовательный процесс технологии повышения профессиональной готовности студентов колледжа;

- выключить на формирующем этапе учащихся контрольной группы.

Заключительный этап решает такие задачи:

- с помощью того же комплекса диагностического инструментария, который использовался на констатирующем этапе, применить на заключительном этапе и выявить итоговый, приобретенный уровень учащихся медицинского колледжа;

- вернуть на итоговом этапе учащихся контрольной группы, чтобы проследить динамику сформированной профессиональной готовности у учащихся – экспериментальной и контрольной группы.

Базой исследования стали 2 медицинских колледжа Северного Кавказа, которые активно между собой взаимодействуют, сотрудничают, а именно, ГБПОУ РД «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» и ГБПОУ «Чеченский базовый медицинский колледж». Рассматриваемые образовательные организации осуществляют подготовку профессиональной направленности в рамках профиля, базирующегося на лечебном, акушерском и сестринском деле. Нами были отобраны 2 группы: студенты Экспериментальной группы направления «Сестринское дело» (34.02.01) 40 человек (РД) и студенты Контрольной группы направления «Лечебное дело» тоже 40 человек (ЧР). В опытно-экспериментальной

работе приняли активное участие и педагоги медицинских колледжей (16 человек). Всего в эксперименте приняли участие около 96 человек.

В начале изложения материала данного параграфа было сказано, что опытно-экспериментальная работа осуществлялась тремя классическими этапами – *констатирующий, формирующий и заключительный этап*.

На *констатирующем этапе* были выявлены две группы учащихся – экспериментальная и контрольная группы, а следующий этап состоял в разработке и подборе диагностического инструментария для определения начального уровня профессиональной готовности среднего медицинского персонала. И поскольку были выявлены основные компоненты профессиональной подготовки, мы ориентировались на те качества, которые включены в компонентный состав – *профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический компоненты или составляющие звенья ПГ (профессиональной готовности)*.

Первое звено – *профессионально-самоопределяющий*, в котором выделяются следующие профессионально-личностные качества: наличие сформированных интересов, мотивов и устремлений личности студента, опирающееся на формирующемся мировоззрении через хорошее знание своей профессии, активность, заинтересованность в будущей профессии, ценности и ценностные установки девушек – будущих медицинских сестер, ориентированных на профессию медсестры. Стоит отметить, что ценности в рамках нравственной сущности соотносятся с готовностью выполнять функции надлежащего качества и оптимального уровня самоотверженности. Обозначенные ценности базируются на чувстве долга и добром отношении к пациентам, которые в совокупности определяют полную отдачу профессии медицинской сестры. Для того, чтобы понять, насколько студенты и ЭГ и КГ владеют качествами профессионально-самоопределяющего звена, мы составили авторский опросник «Твоя будущая профессия медика и готовность к ней», ответы на которые дал нам полное представление о том, владеют ли студенты данными качествами. Всего было составлено более 70 вопросов, среди которых представим несколько из них:

1. К выбору профессии ты подошла (л) сама?
2. Твой выбор профессии определили родственники?
3. Есть ли в твоей семье медики, врачи?
4. Тебе интересна профессия медика?
5. Можешь назвать 4- 5 причин, которые помогли тебе выбрать профессию медицинской сестры?
6. Знала (л) ли ты обязанности и функции медицинской сестры до поступления в колледж, или ты считала, что потом узнаешь от педагогов?
7. Можешь ли ты перечислить качества и черты характера, которыми должна обладать медицинская сестра?
8. Как ты думаешь, нужно ли обязательно любить людей для профессии медицинской сестры или достаточно быть профессионалом?
9. Знакомы ли тебе высказывания известных людей о врачах, о профессии врача?
10. Должна ли медицинская сестра чувствовать долг перед больными?
11. Чувствуешь ли ты интерес к будущей профессии?
12. Должна ли медицинская сестра владеть храбростью и мужеством?
13. Есть ли в тебе, на твой взгляд самообладание и способность к стрессоустойчивости?
14. Приходилось ли тебе оказывать простую медицинскую помощь людям – близким, родственникам, соседям или ты просто стояла (л) в стороне?
15.

Подобных вопросов всего насчитывалось 70. Получив индивидуальные Бланки с вопросами, студенты должны были внимательно прочитать и ответить на вопросы «Да» или «Нет».

Ключ к Опроснику: если студент отвечает положительно от 50 до 70 вопросов, то ему присваивается высокий уровень сформированности профессионально-самоопределяющего звена профессиональной готовности студента к будущей деятельности. В случае, если студент отвечает утвердительно с 15 до 49 вопроса, то ему присваивается средний уровень сформированной данного компонента; и в

случае, если он отвечает утвердительно всего с 5 до 14 вопроса, то ему присваивался низкий уровень сформированности профессионально-самоопределяющего.

После опроса всех 80 человек и ЭГ и КГ мы получили следующие результаты: студенты ЭГ, которые ответили от 50 до 70 вопросов оказалось, к сожалению не так много и составили: *высокий уровень* 24% КГ и 22,5% ЭГ; непосредственно к уровню средних показателей необходимо отнести 36% КГ и 38,5% ЭГ. Оставшаяся группа респондентов соответствовала показателям, относящимся к низкому уровню степени самоопределения в пользу избранной профессии ввиду того, что они утвердительно ответили лишь на 40% КГ и 39% ЭГ.

Затем мы приступили ко второму составляющему звену профессиональной готовности студентов колледжа к будущей профессии - *коммуникативно-педагогический компонент*, суть которого в том, что студенты проявляют эмоции, эмпатию, проявляют эмоциональный отклик на проблемы больного, коммуникативные способности, умение общаться с самым разным контингентом людей – с детьми и со взрослыми, с пожилыми людьми, лидерские качества; студент должен быть готов к осуществлению педагогической деятельности с разными категориями пациентов и их родственниками; медсестра должна уметь научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; медсестра также активно и тесно работает со своими коллегами, организует вместе с врачом контроль полученных знаний и умений.

Для диагностики мы выбрали одну из Методик, представленных в сборнике методик «Психологическая диагностика коммуникативного потенциала личности» Н.А. Зиминной - Методика «Шкала эмоционального отклика» [57, с.32].

Методика представляет собой таблицу-опросник с рядом вопросов (25). По причине того, что мы ограничены объемом текста, то покажем несколько вопросов, ответив на которые студенты демонстрировали данным компонентом хорошо, средне или слабо, обладали определенными качествами (Таблица 2).

Методика «Шкала эмоционального отклика»

№	Утверждение	Ответы	
		Согласна (сен)	Не согласна (сна)
1	Когда малознакомый человек чувствует себя одиноко в кругу других людей, меня его чувство огорчает, и мне хочется такому человеку помочь	+	
2	Мне приятно, когда люди не сдерживают свои чувства – радуются или огорчаются		+
3	Мне приходится переживать, когда кто-то рядом со мной испытывает чувство тревожности	+	
4	В моем восприятии плакать от счастья - естественно		+
5	Когда у родственников и близких мне людей возникают какие-либо проблемы, то я начинаю принимать их проблемы близко к сердцу	+	
6	Меня расстраивает, когда я замечаю, что малознакомому человеку может стать одиноко, и это заставляет испытывать желание ему помочь	+	
7	Мне приятно, когда люди не сдерживают свои чувства – радуются или огорчаются	+	
8	Меня эмоционально затрагивает тревожное состояние человека, находящегося рядом со мной		+
9	Я считаю естественным состоянием человека, если он плачет от счастья		+
10	Проблемы близких людей и родственников заставляют меня сильно сопереживать им		+
11	Когда я вижу плачущего человека, то и сам расстраиваюсь	+	
12	Я замечаю, что когда что-то рассказываю, меня внимательно слушают	+	
13	Мне нравится рассказывать выученный материал своим товарищам		+
14	Если меня не понимают, я не раздражаюсь, а стараюсь повторить еще раз		+
15	Мне нравится общаться с детьми и со взрослыми	+	

И так, каждый студент получил чистый бланк примерных ответов, результаты которых означали следующее: коммуникативный потенциал личности представляет собой оценку возможностей и компетенций личности студента, который определяет определенный характер коммуникации. При этом, коммуникативный потенциал не статичен, постоянно находится в развитии и формируется в совместной деятельности и общении. Наравне с этим, коммуникативные качества будущего медика являются базой педагогических качеств личности, определяя эмпатию и участливость в коммуникации с пациентами.

Ключ и интерпретация ответов: если студент отвечал утвердительно на все 25 вопросов и ставил «+», то мы его относили к высокому уровню сформированного звена профессиональной готовности - *коммуникативно-педагогического компонента*; студент ставил «+» только на половине утверждений (13-14), то его мы относили к среднему уровню и, наконец, если студенты не соглашались с большинством утверждений и ставили «+» только на 5-6 вопросов, то они относились к низкому уровню. Таких студентов у нас получилось следующее количество: высокий уровень составил 35,8 % ЭГ и 41,5% КГ; низкий уровень варьируется в пределах 20,0% ЭГ и 18,5% КГ; средний уровень достиг выраженного показателя 44,2% ЭГ и 40% КГ.

Завершив диагностику *коммуникативно-педагогического звена* профессиональной готовности среднего медицинского персонала, мы обратились к следующему звену - *организационно-управленческому*. Средний медицинский персонал должен знать и осознавать задачи медицинского менеджмента или управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, хорошо знать все существующие типы учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры-менеджера, должна уметь организовать и провести любое мероприятие, составить его план и реализовать в практику.

Для того, чтобы понять, насколько наши студенты обладают данными качествами, мы использовали диагностическую Методику ОУС «Организаторские

и управленческие способности лидера» Е. Жарикова, Е. Крушельницкий (в пересказе Н. А. Литвинцевой и А.А. Колокова) [117, с.104].

Ранее было доказано, что эффективность работы среднего медицинского персонала во многом зависит от того, насколько у него сформированы организаторские и управленческие качества и способности. С целью проверить, насколько данными способностями обладают студенты ЭГ И КГ, мы предложили ответить на некоторые высказывания, прочитав которые они должны были согласиться с данным мнением или отвергнуть, обведя в кружок слова «Нет» или «Нет». Всего было предложено 50 вопросов. В диссертации нами представлены лишь отдельные суждения, понимая, что весь перечень суждений переполнит текст диссертации.

Итак, Тест-опросник:

1. Часто ли Вам доводится пребывать в центре внимания со стороны окружающих людей? (Да/Нет)

2. Стремитесь Вы поделиться мнением с окружающими людьми, в том числе в случаи особой целесообразности? (Да/Нет)

3. В детстве стремились ли Вы инициировать игровые и иные процессы со сверстниками? (Да/Нет)

4. Испытываете ли Вы чувство удовлетворения, если другой человек согласился с Вашей аргументацией? (Да/Нет)

5. Можно ли назвать сомневающейся личностью? (Да/Нет)

6. Испытываете ли Вы потребность в наставнике или кураторе, который может сопровождать Вас на профессиональном пути? (Да/Нет)

7. Проявляли ли Вы когда-либо неконтролируемые эмоции в процессе коммуникации с некоторыми категориями людей? (Да/Нет)

8....

9..... всего 50 суждений.

По мнению разработчиков диагностического инструментария [98, с.124], количество вопросов, ориентированных на выявление наличия того или иного качества, будет валидным от 25 до 50 вопросов. В представленном Опроснике

подобных вопросов составляет количество единиц - 50, что является достаточно валидным, по мнению разработчиков. Сумма баллов за свои ответы студенты могли подсчитать самостоятельно с помощью предоставленного ключа к опроснику.

Ключ к опроснику:

Да – 1,2,4,5,6,7,10

Нет – 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20

За каждый ответ, который совпадает с мнением опросника, дает студенту 1 балл, если не совпадает, то – 0 баллов.

Интерпретация

Если сумма баллов насчитывала от 30 до 50, то организаторские, управленческие качества студента выражены довольно сильно, что приравнивалось нами к высокому уровню сформированности *организационно-управленческого звена профессиональной готовности медицинской сестры*. В случае, если совокупность баллов варьировалась в пределах от 15 до 29, то лидерские качества проявляются достаточно усредненно, то это приравнивалось к среднему уровню сформированности *организационно-управленческого звена профессиональной готовности медицинской сестры*. И, когда сумма баллов соответствовала от 5 до 14 баллов, то это приравнивалось нами к низкому уровню сформированности *организационно-управленческого звена профессиональной готовности медицинской сестры*. Студентов, которых мы распределили по все трем уровням, у нас оказалось: средний уровень достиг показателей 28,2% ЭГ и 32% КГ; высокий уровень варьировался в пределах 14% ЭГ и 19% КГ; соответственно, низкий уровень составил 57,8% ЭГ и 49,0% КГ.

И последнее звено, которое является не менее важным в общей профессиональной подготовке – это *информационно-технологический компонент*. Данное звено в процессе обучения рассматриваемых будущих специалистов лечебного учреждения отвечает за ее умение обращаться с персональным компьютером, знать и пользоваться на практике компьютерными медицинскими программами, вести электронные дневники, проводить в рамках онлайн

профилактические мероприятия, обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений. Знать основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения с помощью ИКТ улучшать обслуживание пациентов с инвалидностью имеющимися средствами медицинской помощи.

Для того, чтобы понять, насколько наши студенты владеют данными качествами и характеристиками, мы обратились к тестам специалистов, опубликованных в работе Л.В. Лариной, которые позволяют отследить насколько хорошо знают студенты компьютерные системы, программы и владеют ли компьютерной грамотностью. Итак, мы взяли «Тест на компьютерную грамотность II уровня» В.В. Полшаковой [85, с.87]. Тест представляет собой перечень вопросов, среди которых - «правильный» - только один, который нужно отметить кружочком. Данный текст существует и в онлайн режиме, который студенты могут пройти дома и подсчитать свои баллы по правильным ответам. Всего программой задается 30 вопросов, причем вопросы располагаются от простого к сложному, о чем студента предупреждает Тест. Он может начинать отвечать на поставленные вопросы с любого, можно с 30-го вопроса и идти по нисходящей сложности к первому вопросу. Еще одно условие было озвучено студентам: он был ограничен во времени — это 15 минут, то есть по 0,5 минут – или 30 секунд на каждый вопрос. Приведем некоторые вопросы и ответы:

<p>Вопрос №1 Техническое устройство, позволяющее выводить данные в виде информации (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • компьютерная мышь • клавиатура • монитор • акустическая система • проектор • принтер
<p>Вопрос № 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • монитор

<p>Техническое устройство, позволяющее вводить данные в виде информации (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • компьютерная мышь • принтер • сканер • микрофон • клавиатура
<p>Вопрос № 3 Дайте определение акцепту браузер?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • программа просмотра фотографий • видеоредактор • программа для просмотра web - страниц • почтовая программа
<p>Вопрос № 4 Какой пароль относится к наиболее защищенным?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • An!nA#1982 • A1982 • 123456789 • Anna_1982
<p>Вопрос № 5 Техническое устройство позволяющее обрабатывать информацию?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Клавиатура • Внешняя память • Процессор • Монитор
<p>Вопрос № 6 Что входит в понятие операционной системы?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • системная программа • прикладная программа • графический редактор • система программирования
<p>Вопрос № 7 Благодаря чему возможно загрузить с диска в ОЗУ операционную систему?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Загрузчик ОС • Специальная программа • Драйвер • BIOS
<p>Вопрос № 8 Выделите внешние устройства, пригодные для хранения данных в виде информации (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • жесткий диск • Оперативная память • Оптические CD, DVD, BD • Flash - карта • Драйвер • гибкий диск • BIOS • Кэш-память
<p>Вопрос № 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • WinZip

<p>Определите наименование архивирующих программ (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • WinRar • MP Navigator EX • Microsoft Word • Punto Switcher • Яндекс Диск • 7-Zi • CCleaner
<p>Вопрос № 10 Программное обеспечение Microsoft Excel представляет собой...:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • программа для работы в компьютерной сети • средство ввода, поиска, размещения и выдачи больших массивов данных • средство проектирования электронных схем, машин, механизмов • программа, позволяющие выполнять операции над данными, представленными в табличной форме
<p>Вопрос 11. Какие из перечисленных программных продуктов медицинского назначения Вам известны?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Контроль исполнения поручений 6.4 • Информационная система в рамках лабораторных действий LIS MeDaP фирмы «БиоХимМак» • LIS MeDaP фирмы «БиоХимМак» • «Декстер» система ALTEY Laboratory фирмы «Алтей» • ArchiMed+
<p>Вопрос 12... и др. 20 вопросов.</p>	

Выбрав один из правильных ответов, студент обводил кружочком этот правильный ответ или путем «клик» выбирал адекватный ответ, если студент проходил Тест самостоятельно дома. И после этого мы подсчитывали балы или сам студент сообщал нам его полученный ответ.

Ключ к тестированию: если студент правильно выбирал ответ и этих ответов было от 15 до 20, то его компьютерная грамотность считалась достаточно высокой; от 7 до 14 – это средний уровень *информационно-технологического* компонента; от 1 до 6 вопросов – это низкий уровень.

Результаты, к которым мы пришли после тестирования: высоким уровнем

информационной грамотности оказалось всего 4,0% студентов ЭГ и 5,5 % КГ; средний уровень составил 12,0% ЭГ и 18,0% КГ; низкий уровень показали 84% ЭГ и 76,5% КГ.

Таким образом, мы получили следующую таблицу с уровнями компонентов профессиональной готовности среднего медицинского персонала, что дало возможность впоследствии сделать сравнительный анализ итоговый результат с предыдущими данными (Таблица 3).

Таблица 3

Уровни компонентного состава профессиональной готовности обучающихся на 2 курсе медицинского колледжа студентов ЭГ и КГ (констатирующий этап). 2018-2019 уч.г.г.

Уровни	Компонентный состав профессиональной готовности							
	професс-самоопределяющих		коммуникативно-педагогический		организационно-управленческий		информационно-технологический	
	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ
В/у	24	22,5	41,5	35,8	19	14,0	5,5	4
С/у	36	38,5	40	44,2	32	28,2	18	12
Н/у	40	39	18,5	20	49	57,8	76,5	84

Получив уровни сформированной каждой отдельной компетенции или звена общей подготовки профессиональной направленности в отношении студентов из числа будущего среднего медицинского персонала, можно вывести и общий уровень самой профессиональной готовности. С помощью среднего арифметического значения в выборке значений всех звеньев профессиональной готовности можно перейти к определению ее уровней. Для того, чтобы вывести среднюю составляющую профессиональной готовности среднего медицинского персонала и определить ее уровни, мы прибегли к формуле 1 выявления средней величины М.Р. Ефимовой [52, с.81]:

x_i - степени в целях расчета величины среднего значения;

\bar{X} - средняя величина, указывающая соответствующие показатели в отношении личных значений при нахождении рассматриваемой черты сверху

f - исчисление цикличности расчета индивидуального порядка.

Дифференциальные средние, как правило, необходимо исчислять из стандартной общей формулы 1 в приведенной степенной средней:

$$\bar{X} = \sqrt[k]{\frac{\sum X_i^k \cdot f_i}{\sum f_i}} \quad (1)$$

при этом:

$k = 1$ - коэффициент средней арифметической расчета компонента *профессионально-самоопределяющей* переменной;

$k = -1$ - коэффициент средней гармонической расчета компонента *коммуникативно-педагогической направленности*;

$k = 0$ - средняя геометрическая компонента *организационно-управленческого* характера;

$k = -2$ - средняя квадратическая *информационно-технологического* компонента.

$$\bar{X} \text{ ЭГ высокий уровень} = (22,5+35,8+14+4): 4 = 19\%$$

$$\bar{X} \text{ ЭГ средний уровень} = (38,5+44,2+28,2+12): 4 = 30,8\%$$

$$\bar{X} \text{ ЭГ низкий уровень} = (39+20+57,8+84): 4 = 50,2\%$$

После выявления обозначенных результатов мы приступили к подсчету итогов также в отношении КГ. Кроме того, нами была выявлена средняя величина среди уровней рассматриваемой сформированности в отношении профессиональной готовности исследуемых студентов к предполагаемой профессиональной активности.

$$\bar{X} \text{ КГ высокий уровень} = (24+41,5+19+5,5): 4 = 22,5\%$$

$$\bar{X} \text{ КГ средний уровень} = (36+40 +32+18): 4 = 31,5\%$$

$$\bar{X} \text{ КГ низкий уровень} = (40+18,5 +49+76,5): 4 = 46,0\%$$

Определив средний уровень сформированной профессиональной готовности студентов медицинского колледжа ЭГ и КГ по формуле М.Р. Ефимовой по всем звеньям профессиональной готовности у студентов медицинского колледжа, мы выявили уровни сформированной данного качества (Таблица 4).

Таблица 4

Уровни сформированности профессионально направленной готовности среди обучаемых в медицинском колледже студентов ЭГ и КГ (констатирующий этап этап). 2018-2019 уч.г.г. от 100%

Уровни	КГ	ЭГ
	общее число, % 40 студентов 3 курс	общее число, % 40 студентов 3 курс
	Констатирующий этап 2018-2019г.г.	Констатирующий этап 2018-2019 г.
высокий	22,5%	19,0%
средний	31,5%	30,8%
низкий	46,0%	50,2%

Для большей наглядности полученные уровни сформированной профессиональной готовности переведем табличные данные в форму диаграммы обеих групп (ЭГ и КГ) (Диаграммы 1 и 2).

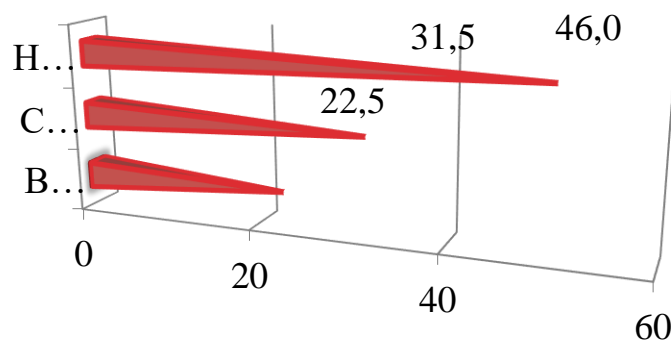


Диаграмма 1 - Уровни сформированности профессиональной готовности среди обучаемых в медицинском колледже студентов КГ (констатирующий этап) 2018-2019 уч.г. от 100%

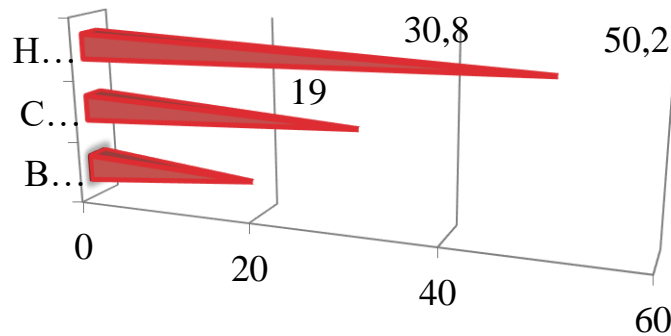


Диаграмма 2 - Уровни сформированности профессиональной готовности среди обучаемых в медицинском колледже студентов ЭГ (констатирующий этап) 2018-2019 уч.г. от 100%

Сделав анализ полученных цифр на констатирующем этапе по сформированности профессиональной готовности студентов медицинского колледжа в экспериментальной и контрольной группах, можно сделать следующий вывод: все поставленные задачи, выдвигаемые констатирующим этапом, были решены. А именно: была сделана выборка из общего числа учащихся только студенты ЭГ и КГ. Были подобраны и внедрены диагностические методики: авторский Опросник «Твоя будущая профессия медика и готовность к ней»; Методика «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбян, модификация Н. Эпштейна; Методика ОУС «Организаторские и управленческие способности лидера» Е. Жарикова, Е. Крушельницкий (в пересказе Н.А. Литвинцевой и А.А. Колокова); «Тест на компьютерную грамотность II уровня» В.В. Полиаковой.

Поскольку в эксперименте участвуют две группы ЭГ и КГ, то есть смысл сравнивать их результаты. Сравнительный анализ показал, что уровни сформированности профессиональной готовности среднего медицинского персонала достаточно сравнимы и похожи. Например, высокий уровень профессиональной готовности в ЭГ составил 19,0, в КГ – 22,5, что составило разницу всего на 3,5%. Средний уровень в ЭГ показал 30,8%, в КГ – 31,5, что также с небольшим отличием - в 0,7%. Что касается низкого уровня, то и он составил примерно похожие цифры – в ЭГ 50,2% и 46,0% в КГ.

Сравнительный анализ подвел нас к следующему важному выводу, что и среди студентов ЭГ, и среди студентов КГ слабо в целом сформирован уровень профессиональной готовности к будущей деятельности и к работе в ЛПУ. Чтобы изменить ситуацию, нужно прибегнуть к определенным механизмам, ввести какие-либо изменения, повысить уровень профессиональной готовности студентов. С этой целью, с целью изменить положение, мы разработали целый ряд технологических методов и способов, способствующих изменению ситуации в рамках общей профессиональной подготовки будущей среднего медицинского персонала. В следующем параграфе будут изложены предложения по улучшению ситуации и в рамках дидактических и педагогических технологий.

2.2. Внедрение и верификация технологического комплекса «Осуществляй служенье без отдачи» в целях повышения уровня готовности среднего медицинского персонала к профессиональной деятельности

Посредством применения компетентностного подхода осуществляемая подготовка будущих специалистов из числа среднего медицинского персонала направлена изначально на совершенствование главенствующих компетенций и ЗУНов. Определение ориентиров в процессе обучения, которые позволяют систематизировать подготовку рассматриваемых будущих специалистов с учетом привития им навыков преодоления сложностей профессиональной направленности в перспективе может реформировать систему образования, сопряженную с подготовкой кадров для системы здравоохранения в целом. При этом следует иметь в виду, что специфика подготовки исследуемых специалистов для лечебных учреждений должна в полном объеме соответствовать задачам и главенствующим целям системы здравоохранения.

Ввиду того, что в обозначенной системе многие аспекты совершенствуются, начиная с открытий препаратов и завершая совершенствованием методов лечения больных, качество ухода за пациентами также должно оптимизироваться систематически. Перемены в системе здравоохранения неизбежно влияют на характерные особенности деятельности медицинских сестер, функционал которых

заметно меняется и в некоторых случаях расширяется. При этом представитель среднего медицинского персонала, как и в предыдущие периоды, остается неотъемлемым участником процесса лечения и восстановления каждого пациента.

Сделав анализ полученных цифр на констатирующем этапе по сформированности профессиональной готовности студентов медицинского колледжа в экспериментальной и контрольной группах, можно сделать следующий вывод: все поставленные задачи, выдвигаемые констатирующим этапом, были решены. А именно: была сделана выборка из общего числа учащихся только студенты ЭГ и КГ, были подобраны и внедрены диагностические методики. Поскольку в эксперименте участвовали две группы ЭГ и КГ, то был смысл сравнить их результаты. Сравнительный анализ показал, что уровни сформированности профессиональной готовности медицинских сестер Экспериментальной и Контрольной групп сравнимы и достаточно похожи. Поскольку результаты оказались достаточно похожими, мы пришли к выводу, что необходимо менять условия обучения, внедрять эффективные технологии, которые способны поменять положение, повысить качество профессиональной готовности среднего медицинского персонала в медицинском колледже.

Данные задачи отражают суть и содержание следующего *формирующего этапа* опытно-экспериментального исследования:

- подобрать эффективные технологии (в том числе, информационных, инновационных), повышающие качественный уровень профессиональной готовности будущего специалиста, подобрать методы и средства;

- внедрить и реализовать на практике в образовательный процесс технологии повышения профессиональной готовности среднего медицинского персонала медицинского колледжа;

- выключить на формирующем этапе учащихся контрольной группы.

С этой целью, мы обратились к разработанным эффективным технологиям, собранным в программе «*Осуществляй служение без отдачи*». Данный комплекс способен изменить настоящую ситуацию относительно улучшения профессиональной готовности среднего медицинского персонала – в частности,

важно было подобрать методы и способы, усиливающие формирование качеств, входящих в *профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический компоненты.*

Задачу повышения уровня профессионально-самоопределяющего компонента мы разрешили с помощью определенных упражнений, которые нацелены на формирование профессиональных качеств, способствующих в будущем адаптироваться к профессии медицинской сестры, хорошо представлять то, с чем столкнется медицинская сестра в первый же день своей работы, как ей общаться с пациентами, с персоналом, с родственниками больных стационарных больных и др. Итак, все упражнения, предложенные на занятиях студентам экспериментальной группы – это были практические упражнения, собранные в одном профессиональном Тренинге «Твоя профессия - медсестра». Цель данного тренинга – продемонстрировать студентам (будущей медицинской сестре), с чем ей придется столкнуться в профессиональной деятельности. Результат данного тренинга и пройденных практических упражнений – это повышение готовности студентов ЭГ в осознании проблем в области профессионального самоопределения медицинской сестры, осознания того, как вступать в конструктивные взаимодействия с коллегами, с пациентами, понимать и принимать больных, уметь относиться к ним уважительно, толерантно.

Упражнение «Профессиональное предвидение медицинской сестры». Упражнение «Профессиональное предвидение медицинской сестры» было направлено на понимание медицинской сестрой собственных профессиональных ожиданий.

Ход упражнения: группа делится на несколько групп, которые будут сотрудничать между собой. Все садятся на стулья в круг. Ведущий сидит в общем кругу. Каждому участнику ведущий вручает чистый лист бумаги, на котором одна группа пишет «Мое профессиональное предвидение», другая группа пишет «Мои профессиональные опасения». Ведущий предлагает написать не более 10 пунктов каждой группе. Каждая группа выполняет задание, на которое отводится не более

15 минут. После того, как участники заканчивают задание, каждый участник зачитывает свои пункты и подробно обсуждает их со всей группой, идет спор, согласованность по каким-то пунктам или участники занимают нейтральную позицию.

Например, среди перечня профессионального предвидения студенты пишут о том, что они, *в случае упорного труда, активности, хорошего отношения к пациентам, очень быстро смогут занять должность в ЛПУ старшей медицинской сестры*, к которой и больше уважения, и выше оклад. Именно этот пункт очень горячо обсуждался между всеми участниками упражнения. Многие говорили о негативном отношении к карьеристам, карьеризме, о том, что главное – это приносить пользу людям, что нельзя торопиться делать карьеру, а просто достойно, ответственно работать, а слава и признание придут сами. И когда тебя заметят, когда будут довольны пациенты и их родственники вашей работой, когда администрация соберет огромное количество благодарностей от пациентов. Вывод участниками был сделан следующий: для того, чтобы подняться в своей профессии, заслужить высокое уважение со стороны пациентов, заслужить внимание со стороны начальства, нужно любить людей, быть к ним толерантными, любить свою профессию, уважительно относиться к коллегам, делиться с ними собственными знаниями и опытом, постоянно заниматься самосовершенствованием, пополняя профессиональные знания.

Среди пунктов «Мои профессиональные опасения» были пункты, вызывающие тревогу среди участников. К примеру пункты, которые очень активно обсуждались, были следующие:

1. Боюсь, что не смогу поладить с пациентами.
2. Очень опасаясь, что не смогу научиться делать внутривенные инъекции.
3. Очень боюсь, что не смогу быть убедительной в том, когда нужно успокоить больного.
4. Боюсь, что пациент откажется от моих инъекций, скажет, что я делаю все больно. И др. всего 10 пунктов.

В ходе обсуждений данных пунктов, очень многие участники не были равнодушными, демонстрировали свою заинтересованность и в том, что касается опасений, сомнений, и относительно того, как с этими опасениями справляться. Участники давали друг другу советы, делились своим опытом и др. Именно в ходе обсуждений, ведущий фиксировал свое внимание на тех студентах, которые более всего и часто выступали, поднимали нравственные вопросы, вопросы толерантности, любви к профессии. Мы также зафиксировали изменения у многих студентов, которые после коллективных обсуждений, разборов, приходили к другим выводам относительно выбора профессии. Часть студентов после тренинга еще более утвердились в профессиональном выборе, поняли, что профессия медицинской сестры – это, о чем мечтали они с детства.

С целью научить будущих медицинских сестер свободно, уважительно, толерантно *относиться к своим пациентам* (иногда не самым симпатичным, иногда проявляющим грубость, неоправданное недовольство к медицинскому персоналу), полюбить свою профессию, была организована Деловая игра «Похвали своего соседа», чтобы в дальнейшем свободно общаться с пациентами, хвалить их, вызывать к себе доверие.

Цель: научить студентов делать комплименты, наладить отношения с пациентами.

Ход игры:

I-ый этап. Все участники садятся в круг, здороваются, знакомятся. Далее ведущий предлагает внимательно посмотреть на своего соседа слева, потом справа. Подумав, каждый участник выражает похвалу своему соседу: это может быть комплимент относительно внешности, одежды, осанки, голоса, имени и др. Поначалу игра шла очень плохо, все стеснялись друг друга и молчали. Тогда слово брал ведущий. В то время, когда все участники думали о своих соседях слева-справа, ведущий внимательно разглядывал всех сидящих рядом с ним, запоминал имена. После того, как ведущий сделал комплимент, смог похвалить каждого участника игры, тут же многие захотели похвалить своего соседа, реально и придумывая особенности каждого соседа.

Главные условия похвалы:

- а) похвала должна быть очень искренней;
- б) не нужно говорить общие слова, говорите более конкретно, иначе Вам не поверят;
- в) отмечайте детали, которые относятся только к этому человеку;
- г) будьте готовы объяснить свой комплимент, разъяснить его более подробно.

II-ой этап. После перерыва и свободного обсуждения первого тура игры «Похвали своего соседа», участники делятся на группы по 2 человека, садятся напротив друг друга и теперь уже они должны представить себя сначала в роли медицинской сестры, а затем в роли пациента. Примерно звучавшие комплименты и похвала в сторону пациента были следующие: «Сегодня Вы выглядите уже лучше», «Как хорошо Вы сегодня провели процедуру», «Я вижу, Вы уже не боитесь уколов», «Сегодня Вас посетило много родственников!», «Ваша дочь (сын, внуки) очень похожи на Вас», «Спасибо Вам, Вы мне сегодня очень помогли, что поговорили со своим соседом по палате относительно сложной процедуры. Без Вас я бы не справилась» и др.

В результате проведенных мероприятий, у студентов экспериментальной группы наблюдалось многочисленные профессиональные интересы, мотивы и устремления медицинской сестры. После данных упражнений студенты научились задумываться относительно действительно важных аспектах жизни, которые прямо или косвенно способны затрагивать компоненты самоопределения в профессии: В состоянии ли я справиться со сложностями, которые характерны в профессии медицинского работника? Какой во мне потенциал для реализации себя в избранной профессии? Какое положение я могу занять среди моих коллег в отрасли? В случае наличия у меня ожидаемых компетенций будут ли меня уважать? Студенты стали выражено активными, заинтересованными в профессиональной реализации и, соответственно, в совершенствовании познавательной компетенции медицинской направленности. Среди них были зафиксированы на высоком уровне ценности и ценностные установки студентов,

ориентированных на профессию медсестры, они стали говорить больше об ответственности за пациентов. Среди студентов проявилась выраженная склонность совершенствовать личностные качества и ценности нравственного содержания непосредственно в профессии.

Особо нуждался в нашем внимании *коммуникативно-педагогический компонент*.

Студентам экспериментальной группы была предложена беседа, которая раскрыла студентам все имеющиеся коммуникативные барьеры медицинской сестры с пациентами. Мы воспользовались разработанными лекциями известного психолога М.Р. Битяновой, которая в рамках разработки общей коммуникации, выделила особый раздел – «Общение медсестры и пациента». Итак, студенты услышали в ходе беседы, что в коммуникации «медсестра-пациент» существуют некоторые выраженные препятствия.

Согласно подразделению препятствующих факторов, в процессе коммуникации между медицинской сестрой и пациентом, предложенному М.Р.Битяновой, следует акцентировать внимание на фонетический препятствующий фактор, подразумевающий невозможность осуществления коммуникации по причине отсутствия общих лингвистических характеристик. К примеру, коммуникацию невозможно осуществить на одном языке или с применением допустимого темпа речи. Семантический препятствующий фактор отражается в случае, когда медицинская сестра и пациент допускают в коммуникации дифференциальный подход к понятийному аппарату.

Стилистический препятствующий фактор определяет диспропорции в коммуникации за счет допущения медицинской сестрой или пациентом способа общения, противоречащего нормам общественного поведения. Логический фактор препятствующей направленности отражает дисбаланс в построении смысловой конструкции мыслительных операций медицинской сестрой или пациентом. Фактор, относящийся к социальным и культурным видам препятствий, может проявляться при выраженном восприятии пациента медицинской сестрой и наоборот [28, с.44-50].

Известно, что средний медицинский персонал должен обладать и педагогическими способностями - уметь научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; медсестра также активно и тесно должна работать со своими коллегами, организуя занятия, ассистируя врачу на лекциях и практических занятиях; педагогически воздействует на студентов и формирует у них интерес к будущей профессии, должна уметь выполнять определенные функции: *воспитательную*, направленную на формирование у окружающих людей ответственности за свое собственное здоровье и состояние.

Поскольку, коммуникация медицинской сестры очень важна в общении с пациентами, в педагогической деятельности очень важная речь, то участникам эксперимента было предложено поучаствовать в Упражнении «Темное (слепое) слушание».

Цель тренинга: продемонстрировать слабую продуктивность трансляции сообщений, если нет со стороны говорящего возвратной связи.

Ключ. Тренер выбирает среди всех участников только 4 человека, кто в дальнейшем и будет исполнять упражнение или тренингостальные же являются зрителями. После окончания Упражнения, участники – 5 человек – садятся в ряды зрителей, и ведущий выбирает следующих участников и др.

Участникам говорится о том, что в группе будет прочитан небольшой текст медицинского характера, который далее передают поочередно только то, что запомнили, без подсказки. При этом ведущий оглашает условие - чего делать нельзя – ничего не писать в тетради, в телефоне. Услышанную информацию (текст) важно хорошо запомнить наизусть. Далее поочередно в кругу может остаться только один из пяти участников, а четверо удаляются. Оставшемуся зачитывается текст.

Следующий этап: ведущий зовет следующего участника упражнения. Первый участник передает запомнившуюся информацию. Следом приглашается следующий участник и так дальше, до тех пор, пока информацию не озвучит последний пятый участник. Нередко в случае такого слепого прослушивания, суть

и содержание информации меняется, искажается, потеряв важные составляющие информации. В это время участники называют все услышанные погрешности сути и содержания информации. В ходе обсуждения все участники принимают самое активное участие, высказывая домыслы и мнение по поводу того, почему эти искажения появляются в тексте, почему такое большое количество ошибок, если сравнить с оригинальным текстом. Далее участники делают вывод: способность активно не только слышать, но и слушать - важный аспект в работе медицинской сестры, что нужно постоянно тренировать, развивать, развивать свою речь, отчетливое произношение, чтобы собеседник (пациенты) не переспрашивали несколько раз и не задавали вопросы – Что-то? Как? Что вы сказали?

Техники активного слушания.

1.«Эхо» — повторение последних слов собеседника вопросительным тоном. То есть, слушающий повторяет именно те слова и фразы говорящего, которые ему более всего стали непонятны.

2.«Перефразирование» – слушающий кратко передает суть сказанного. Например, «Я тебя правильно понял...?», «Если я тебя правильно понял, ты это хотел сказать?».

3.«Интерпретация» — предположение говорящего об реальных намерениях и целях говорящего, исходя из сказанного им.

Ни у кого не вызывает сомнение тот факт, что в общении с пациентами очень важно избегать конфликты, после которых сложно вести профессиональную деятельность, общаться с коллегами, администрацией. Тем более, если конфликтная ситуация вышла из-под контроля и пациент вместе со своими родственниками написали письменную жалобу на медицинскую сестру.

С целью научить студентов – будущих медиков – избегать конфликт, студенты были вовлечены в другое *Упражнение «Политика гашения конфликта»*. Перед началом данного упражнения студенты смотрят небольшой Видеоролик «Конфликт: медицинская сестра-пациент» и рассматривают фотографии (Рисунок 2).

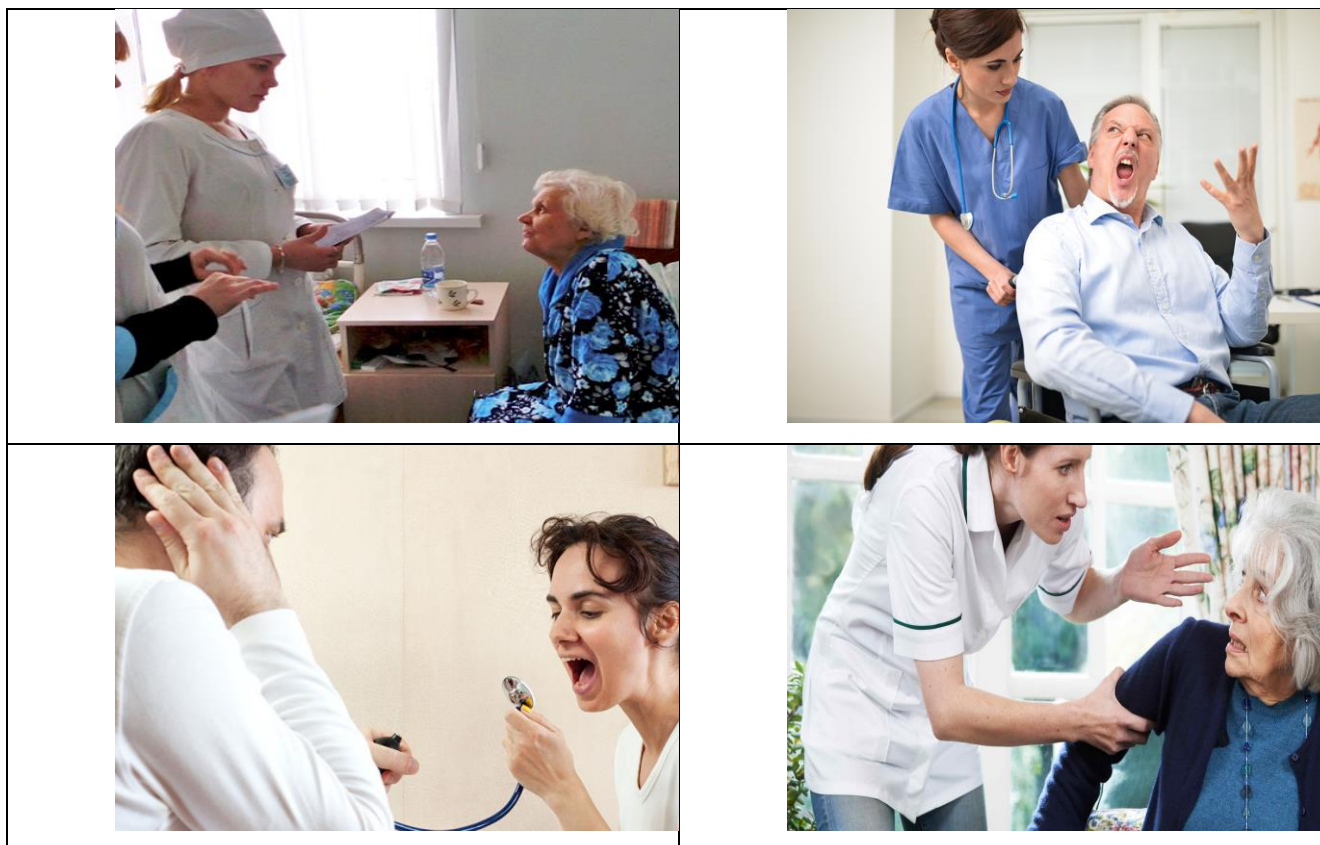


Рисунок 2 - Кадры видеоролика, отражающих специфику коммуникаций между медицинской сестрой и пациентом

Для высказывания своей точки зрения участвующим предоставляется одно слово. Затем, на небольшом листе надо расписать одну причину, изза которой произошел конфликт. Было написано всего 40 причин возникновения конфликта – самые разные – непонимание пациента, нелюбовь и отсутствие толерантности к больным, нелюбовь к своей профессии, усталость и профессиональное выгорание. Если сложить все причины и посмотреть какая причина лидирует среди других. Это причина – усталость медицинской сестры, профессиональное выгорание, потому что много функций на нее наложено и много обязанностей. По этой причине нами было организовано и проведено *Аутотренинг «Профилактика эмоционального выгорания или как сохранить психологическое здоровье»*.

Каждому студенту были розданы маленькие зеркальца и далее студенты на практике пытались исполнять следующие задания ведущего:

- попробуйте улыбнуться искренне и часто, (и утром, когда чистите зубы);
- не останавливайтесь в профессии, читайте, смотрите фильмы, постоянно

повышайте свои профессиональные знания, занимайтесь самосовершенствованием.

С намерением повысить качество и уровень *организационно-управленческого* компонента. Медицинская сестра должна *знать и осознавать задачи медицинского менеджмента* или управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, хорошо знать все существующие типы учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры-менеджера; выполнение инъекционных назначений, подготовка инструментария, организация лечебного питания, установка больным капельниц, сбор анализов, смена белья, заполнение медицинских документов и многое другое; организация и выполнение лечебных процедур, отслеживание самочувствия больных, раздача лекарственных препаратов, соблюдая при этом строгую дозировку, которую назначил врач, постоянно отслеживает учет медицинского инвентаря в учреждении, контролирует сроки его технического осмотра, вслед за распоряжением врача подает документы на выписку пациента.

Как ранее было отмечено, средний медицинский персонал должен хорошо знать главные принципы менеджмента в здравоохранении и все существующие типы учреждений здравоохранения. Именно в этом вопросе студенты показали поверхностные знания. Чтобы повысить качество данных знаний, мы предложили небольшую игру *Викторину «Знаешь ли ты лечебно-профилактические учреждения России?»*. Ведущий игры делит экспериментальную группу на 6 подгруппы по 6 -7 человек, раздает материалы по *Лечебно-профилактическим учреждениям*, дает от 60 минут на подготовку и предлагает выступить с небольшим проектом.

Каждая группа сама выбирает форму подачи материала – это может быть презентация, небольшой доклад, песни-частушки, зарисовки на доске, в виде пантомимы, которую участники должны узнать.

Первая группа берет тему – *«Амбулаторно-поликлинические учреждения»* (стоматологические поликлиники, городские поликлиники, амбулатории,

поликлиники на водном транспорте, фельдшерско-акушерские пункты здравпункты, поликлиники на железнодорожном транспорте и др.);

Вторая группа берет «Больничные учреждения» (специализированные лечебные учреждения, детские больницы, городские муниципальные лечебные учреждения, больницы на железнодорожном и водном транспорте и др.);

Третья группа исследует тему «Диспансеры» (противотуберкулезные, врачебно-физкультурные, онкологические учреждения, кардиологические учреждения, наркологические, кожно-венерологические, психоневрологические и др.);

Четвертая группа рассматривает тему «Охраны материнства и детства» (молочная кухня, родильные отделения, ясли, дом ребенка);

Пятая группа исследует тему «Скорой и неотложной медицинской помощи, и переливания крови»;

Шестая группа изучает направление «Санаторно-курортные учреждения» (курортные поликлиники, санатории профилактической направленности, детские санатории и др.).

Студенты после часа представили свои проекты, презентации, выступления, которые были красочными, очень информативными, зрелищными, что позволило основательно всем группам, всем студентам запомнить все виды и категории Лечебно-профилактических учреждений, что продемонстрировал индивидуальный Опросник, который так и назывался Опросник «Лечебно-профилактических учреждений». Более 85% студентов правильно ответили на все вопросы, что свидетельствовало о продуктивности применяемых Методик и технологий.

Средний медицинский персонал должен не только оперативно оказать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, но и уметь четко распределять свое собственное время для выполнения своих функций. Этому может помочь развитие у медицинской сестры умения по тайм-менеджменту. С этой целью студентов мы привлекли к Упражнениям по тайм-менеджменту.

Упражнения для тренинга по тайм-менеджменту.

Упражнение 1. «Клубок ниток». Ведущий берет клубок ниток, далее,

оставляя в своей руке конец нитки, передает моток другому участнику упражнения, называя при этом то, чего он хочет достичь в своей профессии. Следующий участник передает клубок ниток дальше по кругу, обмотав вокруг пальца нить и озвучив свою цель и мечту. Все участники игры становятся участниками данного занятия. Данное упражнение помогает каждому участнику понять неразрывную связь всех действий между собой.

Время для упражнения: 30-40 минут. Если кто-то из участников не смог быстро отреагировать и сказать про свою мечту или обозначить цель, то упражнение можно повторить, включив в игру новых участников, но оставив тех, кто с занятием не справился.

Упражнение «Тайм-менеджмент». Первая часть: Ведущий на столе раскладывает всевозможные предметы без особого порядка, вразброс. Далее приглашает любого участника, выразившего желание, подойти к столу и назвать каждый предмет и какое предназначение имеет этот предмет. Время строго ограничено. Если на столе располагаются 15 предметов, то на объяснение каждого из них дается не более 1 минуты. Вторая часть упражнения: участнику по желанию дается пустая сумка и участник должен был за короткое время уложить медицинские предметы в сумку в надлежащем порядке. Третья часть упражнения: каждому из участников предлагается тема для небольшого рассказа на медицинскую тему. К примеру: «Роль и функции Красного креста», «Аптека», «Функции медсестры», «Диета пациента после операции». Получивший тему должен раскрыть ее, описывая события коротко, но понятно для всех (10-15 минут).

Упражнение «Мой пожиратель драгоценного времени».

Участники делятся на группы (2 человека и работают в парах) и получают чистые листы, где они указывают на главных своих пожирателей времени – это может быть затянувшаяся прогулка, часто бесцельная; разговор с подругой (с другом); хождение по магазинам; просмотр телевизора подряд всех передач и др. Участники заполняют одну колонку, которую мы назвали «Ловушка времени» теми причинами, которые позволяют тратить время зря (Почему это происходит?). Потом свои ловушки времени участник обсуждает с напарником, обмениваются

мнением, а позже обсуждается в общем круге, заняв места на стульях. Отводится время 25-30 минут. Ведущий вместе с участниками подводит итоги и совместно находит выход из положения.

Следующий информационно-технологический компонент.

Медицинская сестра должна уметь вести электронные дневники, проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений.

Медсестра должна знать основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения; с помощью ИКТ повышаются более доступное медицинское обслуживание больных с ОВЗ (ограничение возможностей здоровья). Это еще и минимизация больших территорий, расстояний между медиками и пациентов с ОВЗ. Работа в сети значительно даст социально-экономическую выгоду, экономию и для пациентов, и для Министерства здравоохранения. Интернет-сайты и размещение в них всевозможной медицинской документации, которые используются в научных работах; уметь проводить профилактические осмотры с помощью ИТ; КП в качестве инструмента самообразования; знать компьютерные технологии, в частности, наиболее инвазивных методов исследования внутренних органов человека; быть осведомленным относительно ныне существующих достижений научно-практического характера; умение применять КП, когда компьютеры «играют роль больного».

После констатирующего этапа опытно-экспериментальной работы, мы выяснили, что среди студентов выделяются 3 уровня владения информационными, компьютерными технологиями – высокий, средний и низкий. Как выяснилось, большая часть студентов владеют элементарными умениями персональным компьютером, и небольшая часть хорошо знают операционные системы, что позволяет им двигаться дальше в рамках познания КП. Поэтому наша приоритетная

задача преимущественно состояла в ознакомлении рассматриваемых студентов с теми программами, которые сегодня активно используются в медицинских учреждениях, гораздо облегчающие работу врачей и медицинских сестер. Сегодня активно и ЛПУ, больницы используют Медицинскую программу для учета и управления клиникой – это «UNIVERSE-Медицина», позволяющая эффективно автоматизировать менеджмент в медицинском учреждении. «UNIVERSE-Медицина» будет полезна и для многопрофильных медицинских центров, эффективность которой много раз была апробирована на практике. Возможности программы: студент медицинского учреждения, овладев данной программой, сможет знать и понимать все системы контроля и действий персонала в регистратуре, наблюдать и отслеживать первичные обращения в клинику и автоматизацию call-центра. По поручению врачей медицинские сестры, овладев данной программой сможет отслеживать маркетинговые акции, регистрировать посещения пациентов, помогать внедрять различные программы и дополнительные акции для пациентов. Наравне с этим, «UNIVERSE-Медицина» помогает автоматизировать одну из самых сложных блоков работы клиники – это картотека пациентов (Рисунок 3).

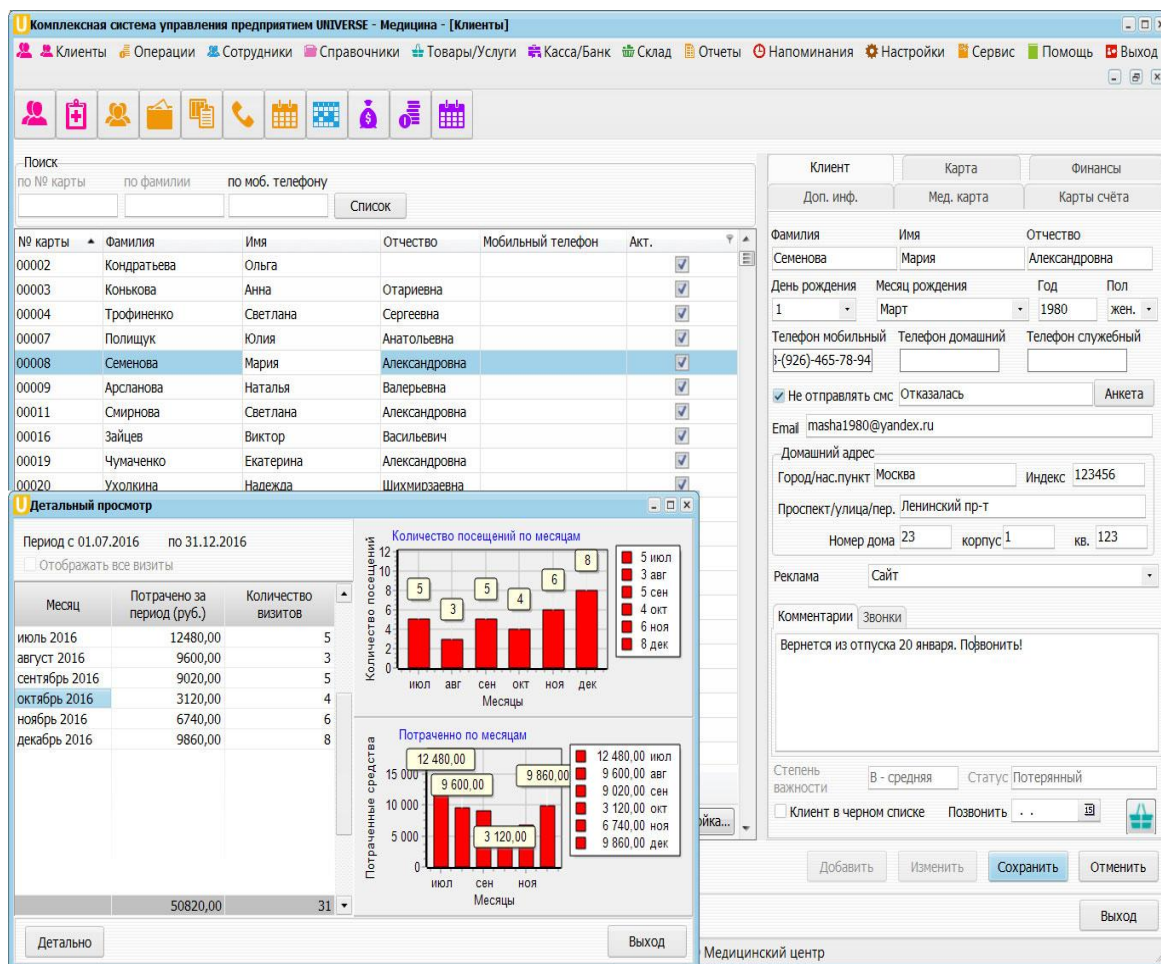


Рисунок 3 - Комплексная система управления поликлиникой, а программе «UNIVERSE-Медицина»

Программа создает функциональный модуль, который предназначен для повышения качества обслуживания пациентов. С помощью этого раздела будущие медицинские работники среднего звена смогут составлять эффективные графики приёма и электронных медицинских карт пациентов. Данное программное обеспечение поможет повысить количество новых пациентов и рост аудитории постоянных посетителей.

Наравне с электронной картотеккой «UNIVERSE-Медицина» предлагает также программу-услугу «Персональная рассылка», предназначенная для возможности оперативной отправки SMS-сообщений на мобильный телефон пациента. СМС-сообщение, как правило содержит Ф.И.О. клиента и ту информацию, которую посылает медучреждение (Рисунок 4).

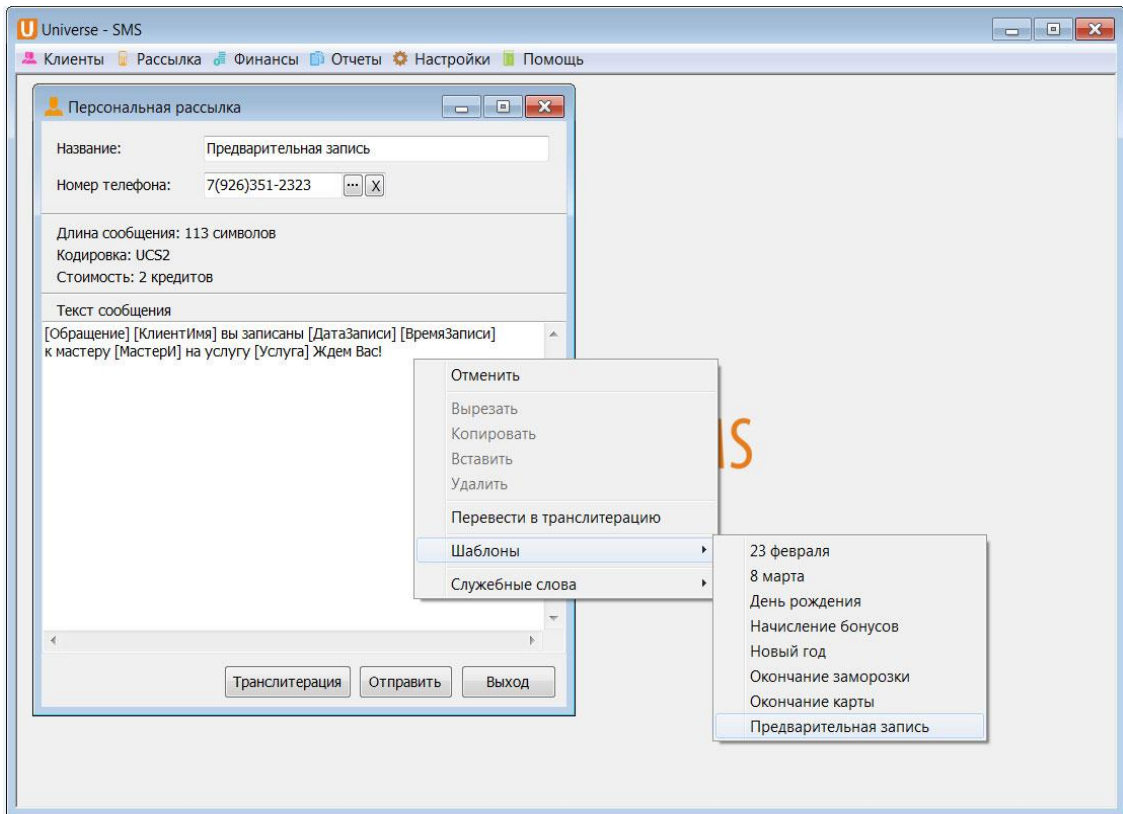


Рисунок 4 - Пример персональной рассылки

С помощью данной услуги можно также поздравлять пациентов с днем рождения или днем выписки из больницы с пожеланием быстрого восстановления. Это могут быть напоминания о записи к врачу или повторного визита, рекомендации врача или медицинской сестры.

Будущие медики также познакомились с еще одной компьютерной услугой — это «*Виджет онлайн-записи на сайте*» (Рисунок 5).

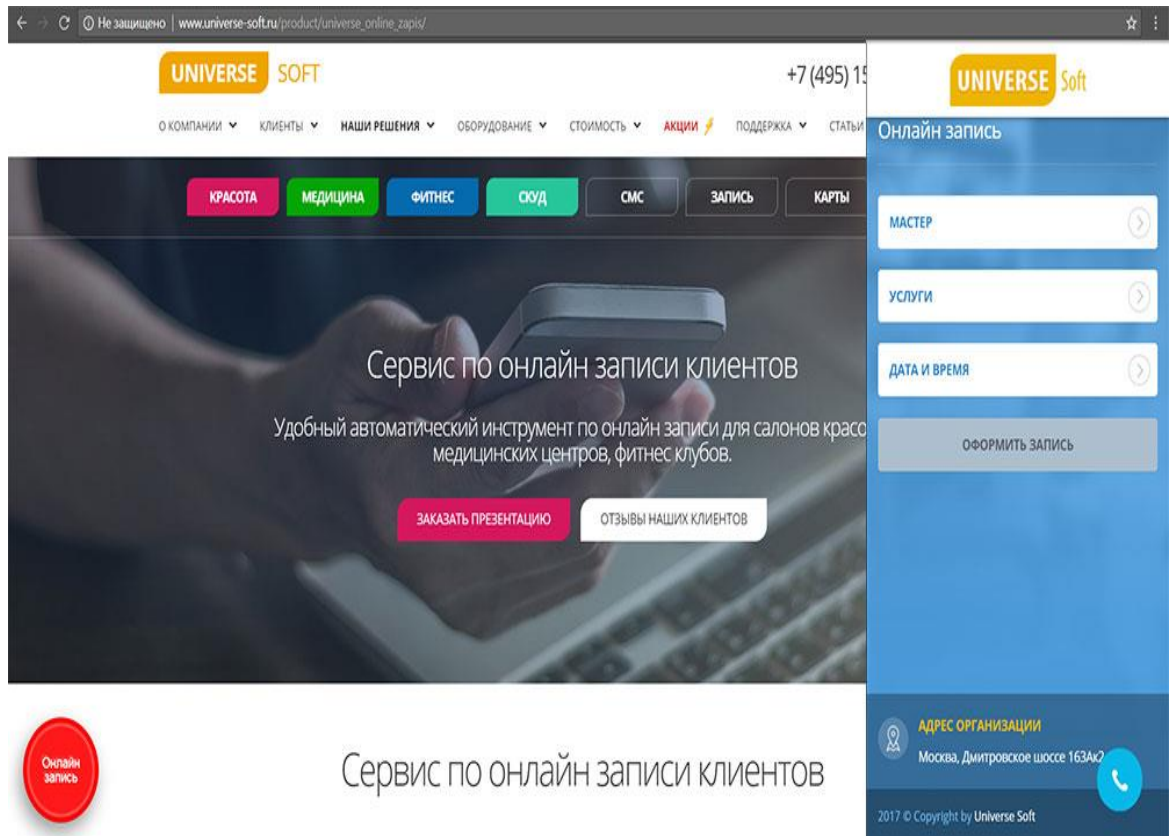



Рисунок 5 - Виджет – это форма онлайн записи клиентов

«Виджет» – это форма онлайн записи клиентов, которая размещается на сайте клиники и ЛПУ. Возможности данной онлайн-услуги: настройка медицинских сотрудников и прайс-услуг ЛПУ, здесь же отображается ФИО сотрудников-врачей и медицинского медперсонала и услуги (это может быть массаж, лечебная гимнастика или консультационные услуги). Студенты также узнали, как работает компьютерный дополнительный сервис «Варианты применения телефонии и систем управления коммуникацией с пациентами» (Рисунок 6).




Рисунок 6 - Варианты применения телефонии и систем управления коммуникацией с пациентами

С помощью данной программы упрощается медицинское обслуживание и оказание помощи больным с ОВЗ. ИКТ дают возможность преодолевать громадные расстояния и препятствия между медиками и гражданами, проживающими в удаленных местностях, труднодоступных поселениях (горных). Перечисленные Интернет-сайты по необходимой документации, мобильного соединения с пациентами позволяют проводить профилактические осмотры, а также быть в курсе современных научно-практических достижений – программирование диалога с больным пациентом, который находится дома и не имеет возможности прийти на прием к врачу (Рисунок 7).

Программирование диалога с компьютером 

```

алг НЯНЬКА
вещ T
нач
    вывод «Ты вчера был болен. Измерь-ка температуру!»
    вывод «Сообщи, какая у тебя температура.»
ввод T
если T > 36.6
то вывод «Ты еще болен! Раздевайся и ложись в постель.»
    вывод «Поправляйся, дружок!»
иначе вывод «Ты здоров, дружок! Можешь идти в школу.»
    вывод «Желаю успехов!»
кв
кон
  
```

 Диалоговая программа на Паскале

Любую программу необходимо составлять таким образом, чтобы ее исполнение имитировало диалог между компьютером и пользователем в понятной для человека форме. Прежде чем начать составление такой программы, нужно продумать сценарий диалога. Компьютерная программа не обязательно должна иметь математическое содержание. На слайде представлен пример сценария, по которому компьютер выполняет роль электронной няньки, заботящейся о здоровье школьника. В зависимости от ответов школьника программа выполняет один из вариантов развития сценария.

Рисунок 7 - Программирование диалога с компьютером

Знание персонального компьютера и компьютерных программ – это эффективный способ самообразования в своей узкой специализации или КП могут «играть роль больного». К примеру, программирование диалога медицинской сестры с больным на языке программирования Паскаль. Студенты также познакомились с программированием заданий на языке Паскаль, используя Учебное пособие К.Ю. Полякова «Программирование на языке Паскаль» (Рисунок 8).

1

Программирование на языке Паскаль

<ol style="list-style-type: none"> 1. Введение 2. Ветвления 3. Сложные условия 4. Циклы 5. Циклы с условием 6. Оператор выбора 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Графика 8. Графики функций 9. Процедуры 10. Рекурсия 11. Анимация 12. Функции 13. Случайные числа
--	--

© К.Ю. Поляков, 2006-2009

Рисунок 8 - Программирование на языке Паскаль

Программа на Паскале состоит из двух частей (разделов): описания используемых данных и операторов по их преобразованию. Вторая часть (раздел) также называется программным блоком (или телом программы). Первая часть имеет 3 этапа. I этап. Студенты знакомятся с алгоритмом как четким планом действий, который состоит из отдельных шагов - команд, включает только те команды, которые ему диктует наставник. II этап – студент вводит с клавиатуры два числа и находит сумму. Протокол: 25 30. Пользователь 25+30=55. Компьютер считает сам. Далее студент узнает от педагога: Как ввести числа в память? Где хранить введенные числа? Как вычислить? Как вывести результат? III этап - Псевдокод: алгоритм на русском языке с элементами Паскаля. (Компьютер не может исполнить псевдокод!). Раздел Описания переменных `program qq; var a, b, c: integer.` Далее студенты получали задание: Запишите арифметические выражения по правилам языка Паскаль «Как ввести значение с клавиатуры».

Изучение студентами программы «Программирование на языке Паскаль» было рассчитано на 12 часов, что позволило им на уровне усвоить данный язык программирования и пользоваться им в дальнейшем в практике лечебного учреждения.

Еще одну эффективную компьютерную программу изучили студенты Экспериментальной группы в ходе формирующего этапа опытно-экспериментальной работы – это программа для медицинских сестер «Контроль исполнения поручений 6.4» (Рисунок 9).

№	Наименование поручения	Дата выдачи	Выдал поручение	Ответственный исполнитель	Соисполнители	Срок выполнения (план)	Срок выполнения (факт)	Статус
1	Пример поручения 1: Представить первую версию программы "КИП" для предварительного тестирования	04.04.2012	Хазуев П.А.	Аваков А.П.	Борякова В.К.; Евлампина А.Е.; Евсиков В.В.	10.05.2012		Просрочено
2	Пример поручения 2: Подготовить отчет о финансовом состоянии предприятия на первую половину 2012 г.	05.04.2012	Ючкова А.Е.	Борякова В.К.	Евсиков В.В.; Сучков Ю.В.; Хазуев П.А.	13.05.2014		Срок не истек
3	Пример поручения 3: Подготовить тезисы для участия в международной конференции "Иновации программирования"	06.04.2012	Хазуев П.А.	Евлампина А.Е.		22.05.2012	25.05.2012	Выполнено не в срок
4	Пример поручения 4: Распечатать и переслать договор клиенту, Договор № 125	09.04.2012	Борякова В.К.	Сучков Ю.В.		10.04.2012	10.04.2012	Выполнено
5	Пример поручения 5: Подготовить объяснительную по причине опоздания на совещание 12.04.12 Сучкова Ю.В.	12.04.2012	Хазуев П.А.	Сучков Ю.В.		13.04.2012	13.04.2012	Выполнено

ИТОГО: Выдано поручений 5
ИТОГО: Просрочено 1, срок не истек 1, выполнено всего 3 (в т.ч. не в срок 1)

Открытый файл: C:\Simplecs\KIP Rus 2.1\Пример.kip

Просрочено 1 Выполняется 2 % выполнения 60%

Рисунок 9 - Визуализация контроля исполнения поручений б.4

Компьютерная программа «Контроль исполнения поручений б.4» представляет собой достаточно простой и доступный для понимания простой инструмент регистрации и контроля исполнения медицинской сестрой выданных поручений от врача. Программа создана в Microsoft Excel и полностью открыта для пользователя. Данная программа как эффективный инструмент имеет ряд еще и рядом дополнительных возможностей. К примеру: можно подключить справочники, отчеты. Наравне с этим, для тех, кто слабо еще владеет компьютером, данная программа дает возможность пользователю вручную настраивать таблицы врачебных поручений и создавать вручную необходимые для работы отчеты.

Подводя содержательный вывод относительно того, насколько подобранные программы и технологии имели эффект, нужно заключить, что студенты, перешедшие формирующий этап, демонстрировали наличие сформированных профессиональных интересов, мотивов и устремлений, опирающееся на формирующемся мировоззрении, они научились задумываться о характере

самоопределения и важности ориентации на собственные выраженные способности, сопряженные с функционалом медицинской сестры. У большинства студентов по сравнению с начальным этапом, сформированы на высоком уровне ценности и ценностные установки, ориентированные на профессию медсестры. Среди рассматриваемых студентов стало наблюдаться стремление к совершенствованию ценностей нравственного характера, которые сопряжены с деятельностью непосредственно медицинской сестры. Обозначенные ценности затрагивают необходимость культивирования студентами в себе высокой степени ответственности и готовности посвящения себя профессии в полном объеме. Формируемые нравственные качества в результате стали предпосылкой для развития установки профессиональной направленности, основанной на правильном представлении студента об избранной профессии и ее функционале. Студенты также стали проявлять смелость, мужество и самоотверженность, самообладание, что очень важно в ходе медицинской практики.

Студенты стали более выражено и гармонично взаимодействовать с пациентами, которые отличаются возрастными характеристиками. Кроме того, рассматриваемые студенты проявили готовность к реализации педагогических умений не только в работе с населением разных категорий, статусов, категорий, но и их близкими окружающими; проявляли глубокие педагогические знания, применяемые медицинскими работниками в профессиональной деятельности, позволяющие достаточно глубоко опознать закономерности успешной передачи профессионального и социального опыта другим людям лечебно-оздоровительного процесса. В рамках организационно-управленческого компонента студенты показали хорошие *знания и осознание задач медицинского менеджмента* и управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, владение типами учреждений здравоохранения, знание их организационной структуры, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры. Они стали демонстрировать блестящее умение и готовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, готовы выполнять много и разнообразных задач, важных для лечебного учреждения.

Что касается информационно-технологического компонента, то студенты ЭГ показали готовность вести электронные дневники, проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, умение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ. Студенты овладели основами не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения. Теперь студенты с помощью ИКТ способны повышать доступность медицинского обслуживания больным с ОВЗ, одолению расстояния и препятствий между медиками среднего звена и гражданами, проживающими в удаленных поселениях.

Насколько действительно повлиял внедренный технологический комплекс «Осуществляй служенье без отдачи» в целях повышения уровня подготовки профессиональной направленности в отношении студентов из числа будущих медицинских работников, мы должны были с помощью диагностического инструментария, который применялся на констатирующем этапе, использовать его на этапе - заключительном, что будет описано в следующем параграфе.

2.3. Содержательная динамика процесса формирования готовности к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала

Осуществление второго формирующего этапа опытно-экспериментальной подтвердил, что студенты ЭГ, участвующие в преобразующем этапе, демонстрировали качественное повышение профессиональной готовности среднего медицинского персонала по всем 4-ем компонентам профессиональной подготовки. Они показывали наличие сформированных профессиональных интересов, мотивов и устремлений, опирающееся на формирующемся мировоззрении, они научились задумываться относительно важных для них самих аспектов жизни, которые непосредственно или косвенно затрагивают их самоопределение в отрасли и профессией медицинской сестры. У большинства студентов по сравнению с начальным этапом, сформированы на высоком уровне ценности и ценностные установки, ориентированные на профессию медсестры.

Среди рассматриваемых студентов стали проявляться базисные аспекты, определяющие ценности профессионального характера. В частности, студенты стали больше осознавать важность жертвенности и ответственности при выполнении профессиональных обязанностей в условиях стационара. Транслируемые в учебном заведении знания позволили студентам получить корректное представление о сущности профессии медицинского работника. Дополнительно они стали проявлять смелость, мужество и самоотверженность, самообладание, что очень важно в ходе медицинской практики.

Студенты стали уметь доводить до сведения пациентов разного возраста необходимость проявления со стороны данных пациентов понимания и ожидаемого поведения. В рамках организационно-управленческого компонента студенты показали хорошие *знания и осознание задач медицинского менеджмента* и управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, владение типами учреждений здравоохранения, знание их организационной структуры, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры. Они стали демонстрировать блестящее умение и готовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, готовы выполнять много и разнообразных задач, важных для лечебного учреждения.

Что касается информационно-технологического компонента, то студенты ЭГ показали готовность вести электронные дневники, проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, умение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ. Студенты овладели основами не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения. Теперь студенты с помощью ИКТ способны повышать близость и возможность упрощенного взаимодействия больных с ОВЗ, а также преодоление больших расстояний и препятствий между медиками и гражданами, проживающими в горных районах.

Насколько действительно повлиял внедренный технологический комплекс

«Осуществляй служенье без отдачи» в целях повышения уровня подготовки рассматриваемых в настоящем исследовании будущих специалистов, мы должны были с помощью диагностического инструментария, который применялся на констатирующем этапе, использовать его на этапе - заключительном.

Заключительный этап решал следующие задачи:

- с помощью того же комплекса диагностического инструментария, который использовался на констатирующем этапе, применить на заключительном этапе и выявить итоговый, приобретенный уровень учащихся медицинского колледжа;

- вернуть на итоговом этапе учащихся контрольной группы, чтобы проследить динамику сформированной профессиональной готовности у учащихся – экспериментальной и контрольной группы.

На формирующем этапе был разработан и внедрен технологический комплекс «*Осуществляй служенье без отдачи*», включающий следующие упражнения, тренинги, игры, методы и технологии: авторский тренинг «Твоя профессия - медсестра»; Упражнение «Профессиональное предвидение медицинской сестры»; Деловая игра «Комплимент»; Упражнение М.Р. Битяновой «Общение медсестры и пациента»; Упражнение «Темное слушание»; Техники активного слушания (Эхо, Перефразирование, Интеграция); Упражнение «Политика гашения конфликта»; Аутотренинг «Профилактика эмоционального выгорания и ли как сохранить психологическое здоровье»; Игра-викторина «Хорошо ли ты знаешь лечебно-профилактические учреждения России?»; Упражнения по тайм-менеджменту - «Клубок ниток»; «Я и время»; «Мой пожиратель драгоценного времени»; компьютерная технология «UNIVERSE-Медицина»; электронные программы-услуги: «Персональная рассылка», «Виджет онлайн-записи на сайте», «Варианты интеграции телефонии и CRM»; «Программирование диалога с компьютером на языке Паскаль» (К.Ю. Поляков); «Контроль исполнения поручений 6.4».

Известно, что нами в первой главе были выявлены основные компоненты профессиональной подготовки, которые мы старались развивать и формировать на формирующем этапе – это *профессионально-самоопределяющий*,

коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический компоненты или составляющие звенья ПГ (профессиональной готовности).

Для большей достоверности репрезентативности опытно-экспериментального исследования, нами на заключительном этапе также был задействован диагностический инструментарий, который мы привлекали на констатирующем этапе опытно-экспериментальной работы. Это были следующий инструментарий: Диагностические методики: авторский Опросник «Твоя будущая профессия медика и готовность к ней»; Методика «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбян, модификация Н. Эпштейна; Методика ОУС, позволяющая определять уровень лидерских качеств человека Е. Жарикова, Е. Крушельницкий (в пересказе Н.А. Литвинцевой и А.А. Колокова); Тест, выявляющий наличие продвинутого уровня у человека в отношении знаний компьютерной техники и технологии В.В. Полшаковой.

Первый компонент или звено профессиональной готовности медицинской сестры — это *профессионально-самоопределяющий*. Для того, чтобы понять, насколько теперь студенты и ЭГ и КГ владеют качествами профессионально-самоопределяющего звена, мы опять же прибегли к авторскому Опроснику «Твоя будущая профессия медика и готовность к ней», ответы, на которые дал нам полное представление о том, владеют ли студенты данными качествами. (70 вопросов можно прочитать в параграфе 2.1.). Несколько из них:

16. К выбору профессии ты подошла (л) сама?
17. Твой выбор профессии определили родственники?
18. Есть ли в твоей семье медики, врачи?
19. Тебе интересна профессия медика?
20. Можешь назвать 4- 5 причин, которые помогли тебе выбрать профессию медицинской сестры?

Получив индивидуальные бланки с вопросами, студенты опять же, как и на предыдущем этапе, внимательно прочитать и ответить на вопросы «Да» или «Нет».

После опроса обеих групп - ЭГ и КГ, теперь мы получили несколько иные результаты: *высокий уровень в ЭГ достиг показателей 72,5 % ЭГ и 44,5% в КГ, соответственно*; в отношении среднего уровня необходимо отнести респондентов, которые достигли 22,0% ЭГ и 28% КГ. Отсавшиеся участники ответили на вопросы, которые соответствуют результату *низкого уровня* рассматриваемой степени сформированности профессионально-самоопределяющего, поскольку они утвердительно ответили с 5 до 14 вопроса – это 5,5% ЭГ и 27,5% КГ. Если сравнить прошлые и настоящие результаты, то мы увидим, что количество студентов, которые относятся к высокому уровню увеличилось в ЭГ на 50%, тогда как в КГ эта цифра увеличилась на 20,5%. Если посмотреть на число студентов, относящихся к низкому уровню профессиональной готовности медицинской сестры, то мы увидим, что число их гораздо уменьшилось именно в ЭГ, чем в КГ и составило 33,5% по сравнению с КГ, где эта цифра составила всего на 12,5%.

Коммуникативно-педагогический компонент, суть которого в том, что студенты проявляют эмоции, эмпатию, проявляют эмоциональный отклик на проблемы больного, коммуникативные способности, умение общаться с самым разным контингентом людей – с детьми и со взрослыми, с пожилыми людьми, лидерские качества; студент должен быть подготовлен к ведению педагогического общения с разными пациентами, больными с ОВЗ и их близкими; медсестра должна уметь научить выздоровевшего пациента и его родственников самостоятельно себя обслуживать после выписки из больницы; медсестра также активно и тесно работает со своими коллегами, организует вместе с врачом контроль полученных знаний и умений.

Для диагностики мы также обратились к Методике Н.А. Зиминной - «Шкала эмоционального отклика» [57, с.31].

Методика представляет собой таблицу-опросник с рядом вопросов (25). По причине того, что мы ограничены объемом текста, то покажем несколько вопросов, ответив на которые студенты демонстрировали данным компонентом хорошо, средне или слабо, обладали определенными качествами (Таблица 5).

Опросник «Шкала эмоционального отклика»

№	Утверждение	Ответы	
		Согласна (сен)	Не согласна (сна)
1	Меня огорчает чувство одиночества, наблюдаемого мной малознакомого человека в коллективе, всегда хочется ему помочь	+	
2	Мне приятно, когда люди не сдерживают свои чувства – радуются или огорчаются		+
3	Я начинаю сопереживать и нервничать в тот момент, когда кто-либо тоже нервничает	+	
4	Мне кажется, что от счастья плакать можно		+
5	Проблемы родственников и близких мне людей я принимаю близко к сердцу	+	
6	Мне хочется помочь человеку, который в обществе чувствует себя одиноко	+	
7	Мне приятно, когда люди не сдерживают свои чувства – радуются или огорчаются	+	
8	Мне хочется нервничать в тот момент, когда кто-то рядом со мной беспокоится о чем-либо		+
9	Я убежден, что от счастья плакать можно		+
10	Проблемы близких мне людей и моих родственников я склонен принимать близко к сердцу		+
11	Когда я вижу плачущего человека, то и сам расстраиваюсь	+	

12	Я замечаю, что когда что-то рассказываю, меня внимательно слушают	+	
13	Мне нравится рассказывать выученный материал своим товарищам		+
14	Если меня не понимают, я не раздражаюсь, а стараюсь повторить еще раз		+
15	Мне нравится общаться с детьми и со взрослыми	+	

Итак, студентов у нас получилось следующее количество: средний уровень достиг показателя 14,0% ЭГ и 35,5% КГ; высокий уровень варьируется в пределах 83,2 % ЭГ и 48,2% КГ; соответственно, низкий уровень составили 2,8% ЭГ и 16,3% КГ. И опять, сравнив данные двух этапов, мы обнаружили существенную разницу в уровнях профессиональной готовности медицинской сестры в ЭГ и КГ. Высокий уровень *коммуникативно-педагогического компонента* увеличился на 47,4%, тогда как высокий уровень студентов в КГ подрос на 7%; низкий уровень, наоборот снизился в ЭГ на 17,2%, в КГ на 2,2%.

Завершив диагностику *коммуникативно-педагогического звена* профессиональной готовности будущей медсестры, мы обратились к следующему звену - *организационно-управленческому*. Медицинская сестра должна знать и осознавать задачи медицинского менеджмента или управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, хорошо знать все существующие типы учреждений здравоохранения, их организационную структуру, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры-менеджера, должна уметь организовать и провести любое мероприятие, составить его план и реализовать в практику.

Для того, чтобы понять, насколько наши студенты обладают данными качествами, мы использовали диагностическую Методику ОУС «Организаторские

и управленческие способности лидера» Е. Жарикова, Е. Крушельницкий (в пересказе Н.А. Литвинцевой и А.А. Колокова) [70, с.132].

Ранее было доказано, что эффективность работы медицинской сестры во многом зависит от того, насколько у нее сформированы организаторские и управленческие качества и способности. С целью проверить, насколько данными способностями обладают студенты ЭГ И КГ, мы предложили ответить на некоторые высказывания, прочитав которые они должны были согласиться с данным мнением или отвергнуть, обведя в кружок слова «Да» или «Нет».

1. Часто ли Вам доводится пребывать в центре внимания со стороны окружающих людей? (Да/Нет)

2. Стремитесь Вы поделиться мнением с окружающими людьми, в том числе в случаи особой целесообразности? (Да/Нет)

3. В детстве стремились ли Вы инициировать игровые и иные процессы со сверстниками? (Да/Нет)

4. Испытываете ли Вы чувство удовлетворения, если другой человек согласился с Вашей аргументацией? (Да/Нет)

5. Можно ли назвать сомневающейся личностью? (Да/Нет)

6. Испытываете ли Вы потребность в наставнике или кураторе, который может сопровождать Вас на профессиональном пути? (Да/Нет)

7. Проявляли ли Вы когда-либо неконтролируемые эмоции в процессе коммуникации с некоторыми категориями людей? (Да/Нет) и др.

Интерпретация полученных результатов: если сумма баллов насчитывала от 30 до 50, то организаторские, управленческие качества студента выражены довольно сильно, что приравнивалось нами к высокому уровню сформированности *организационно-управленческого звена профессиональной готовности медицинской сестры*. В случае, общее число баллов определялось между 15 и 29, то ожидаемые лидерские качества были присуще студенту в усредненной степени и то приравнивалось к среднему уровню сформированности *организационно-управленческого звена профессиональной готовности медицинской сестры*. И, когда сумма баллов соответствовала от 5 до 14 баллов, то это приравнивалось нами

к низкому уровню сформированности организационно-управленческого звена профессиональной готовности медицинской сестры. Теперь студентов, которых мы распределили по все трем уровням, у нас оказалось следующее количество: высокий уровень составил 63,3% в ЭГ и 39,0% КГ; низкий уровень варьируется в пределах 3,5% ЭГ и 21,0% в КГ; средний уровень достиг показателя 33,2% ЭГ и 40% КГ.

Сравнив результаты двух этапов, мы получили следующие цифры по *организационно-управленческому звену* профессиональной готовности медицинской сестры: студентов, имеющих высокий уровень, увеличилось на 49,3% в ЭГ, студентов в КГ увеличилось всего на 20%.

Последнее звено, которое является не менее важным в общей профессиональной подготовке – это *информационно-технологический компонент*. Данное звено в процессе подготовки будущего среднего медицинского персонала отвечает за ее умение обращаться с персональным компьютером, знать и пользоваться на практике компьютерными медицинскими программами, вести электронные дневники, проводить в рамках он-лайн профилактические мероприятия, обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ наблюдение специфики течения заболевания, что существенно повышает эффективность и безопасность принимаемых решений. Знать основы не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения с помощью ИКТ упрощать доступность медицинского обслуживания больных с ОВЗ, преодоление больших расстояний и препятствий между медиками и населением труднодоступных районов (горных).

Для того, чтобы понять, насколько наши студенты владеют данными качествами и характеристиками, мы обратились к тестам специалистов, опубликованных в работе Л.В. Лариной, которые позволяют отследить насколько хорошо знают студенты компьютерные системы, программы и владеют ли компьютерной грамотностью. Итак, мы взяли «Тест на компьютерную грамотность

II уровня» В.В. Полшаковой [85, с.228]. Тест представляет собой перечень вопросов, среди которых - «правильный» - только один, который нужно отметить кружочком. Данный текст существует и в онлайн режиме, который студенты могут пройти дома и подсчитать свои баллы по правильным ответам. Всего программой задается 30 вопросов, причем вопросы располагаются от простого к сложному, о чем студента предупреждает Тест. Он может начинать отвечать на поставленные вопросы с любого, можно с 30-го вопроса и идти по нисходящей сложности к первому вопросу. Еще одно условие было озвучено студентам: он был ограничен во времени — это 15 минут, то есть по 0,5 минут – или 30 секунд на каждый вопрос. Приведем некоторые вопросы и ответы:

<p>Вопрос №1 Техническое устройство, позволяющее выводить данные в виде информации (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • компьютерная мышь • клавиатура • монитор • акустическая система • проектор • принтер
<p>Вопрос № 2 Техническое устройство, позволяющее вводить данные в виде информации (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • монитор • компьютерная мышь • принтер • сканер • микрофон • клавиатура
<p>Вопрос № 3 Дайте определение акцепту браузер?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • программа просмотра фотографий • видеоредактор • программа для просмотра web - страниц • почтовая программа
<p>Вопрос № 4 Какой пароль относится к наиболее защищенным?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • An!nA#1982 • A1982 • 123456789 • Anna_1982 •

<p>Вопрос № 5 Техническое устройство позволяющее обрабатывать информацию?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Клавиатура • Внешняя память • Процессор • Монитор
<p>Вопрос № 6 Что входит в понятие операционной системы?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • системная программа • прикладная программа • графический редактор • система программирования
<p>Вопрос № 7 Благодаря чему возможно загрузить с диска в ОЗУ операционную систему?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Загрузчик ОС • Специальная программа • Драйвер • BIOS
<p>Вопрос № 8 Выделите внешние устройства, пригодные для хранения данных в виде информации (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • жесткий диск • Оперативная память • Оптические CD, DVD, BD • Flash - карта • Драйвер • гибкий диск • BIOS • Кэш-память
<p>Вопрос № 9 Определите наименование архивирующих программ (несколько возможных вариантов ответа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • WinZip • WinRar • MP Navigator EX • Microsoft Word • Punto Switcher • Яндекс Диск • 7-Zi • CCleaner
<p>Вопрос № 10 Программное обеспечение Microsoft Excel представляет собой...:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • программа для работы в компьютерной сети • средство ввода, поиска, размещения и выдачи больших массивов данных • средство проектирования электронных схем, машин, механизмов • программа, позволяющие выполнять

	операции над данными, представленными в табличной форме
Вопрос 11. Какие из перечисленных программных продуктов медицинского назначения Вам известны?	<ul style="list-style-type: none"> • Контроль исполнения поручений 6.4 • Информационная система в рамках лабораторных действий LIS MeDaP фирмы «БиоХимМак» • LIS MeDaP фирмы «БиоХимМак» • «Декстер» система ALTEY Laboratory фирмы «Алтей» • ArchiMed+
Вопрос 12... и др. 20 вопросов.	

Выбрав один из правильных ответов, студент обводил кружочком этот правильный ответ или путем «клик» выбирал адекватный ответ, если студент проходил Тест самостоятельно дома. И после этого мы подсчитывали балы или сам студент сообщал нам его полученный ответ.

Ключ к тестированию: если студент правильно выбирал ответ и этих ответов было от 15 до 20, то его компьютерная грамотность считалась достаточно высокой; от 7 до 14 – это средний уровень *информационно-технологического* компонента; от 1 до 6 вопросов – это низкий уровень.

Результаты, к которым мы пришли после формирующего этапа опытно-экспериментальной работы и тестирования студентов оказались следующие: теперь высоким уровнем информационной грамотности стали владеть: 27,2% студентов ЭГ и 18,5% КГ; средний уровень составил 44,0% ЭГ и 34,0% КГ; низкий уровень показали 28,8% ЭГ и 47,5% КГ.

Информационно-технологический компонент профессиональной готовности медицинской сестры изначально был самым сложным и трудным в формировании у студентов и овладения ими КП, поэтому он показывал самые низкие результаты. И тем не менее, высокий уровень в ЭГ подрос более внушительно, чем в КГ и составил следующие данные: в ЭГ эта цифра увеличилась на 23,2%, в КГ это составило 13%.

Таким образом, мы получили следующую таблицу с уровнями

сформированных компонентов профессиональной готовности медицинской сестры, что дало возможность впоследствии сделать сравнительный анализ итогового результата с предыдущими данными (Таблица 6).

Таблица 6

**Уровни профессиональной готовности обучаемых на 3-м курсе
медического колледжа студентов в аспекте компонентного состава ЭГ и КГ
(заключительный этап). 2020-2021 уч.г.г.**

Уровни	Компонентный состав профессиональной готовности							
	професс- самоопределяю щий		коммуникатив но- педагогически й		организационно- управленческий		информационн о- технологически й	
	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ
В/у	24	22,5	41,5	35,8	19	14,0	5,5	4
С/у	36	38,5	40	44,2	32	28,2	18	12
Н/у	40	39	18,5	20	49	57,8	76,5	84

Зная уровни сформированной каждой отдельной компетенции или звена общей профессиональной подготовки медицинской сестры, можно вывести и общий уровень самой профессиональной готовности. С помощью среднего арифметического значения в выборке значений всех звеньев профессиональной готовности можно перейти к определению ее уровней. Для того, чтобы вывести среднюю составляющую профессиональной готовности медицинской сестры и определить ее уровни, мы прибегли к формуле 2 выявления средней величины М.Р. Ефимовой [52, с.81], где:

x_i - степени в целях расчета величины среднего значения;

\bar{X} - средняя величина, указывающая соответствующие показатели в отношении личных значений при нахождении рассматриваемой черты сверху;

f - исчисление цикличности расчета индивидуального порядка.

Дифференциальные средние, как правило, необходимо исчислять из

стандартной общей формулы в приведенной степенной средней:

$$\bar{X} = \sqrt[k]{\frac{\sum X_i^k \cdot f_i}{\sum f_i}} \quad (2)$$

при этом:

$k = 1$ - коэффициент средней арифметической расчета компонента *профессионально-самоопределяющей* переменной;

$k = -1$ - коэффициент средней гармонической расчета компонента *коммуникативно-педагогической направленности*;

$k = 0$ - средняя геометрическая компонента *организационно-управленческого* характера;

$k = -2$ - средняя квадратическая *информационно-технологического* компонента.

$$\bar{X} \text{ ЭГ высокий уровень} = (72,5+83,2+63,3+27,2): 4 = 61,5\%$$

$$\bar{X} \text{ ЭГ средний уровень} = (22,0+14,0+33,2+44,0): 4 = 28,3\%$$

$$\bar{X} \text{ ЭГ низкий уровень} = (5,5++2,8+3,5+28,8): 4 = 10,2\%$$

Получив результаты, мы перешли на подсчет результатов данных КГ. Здесь мы вычислили среднюю величину уровней сформированности профессиональной готовности медицинской сестры.

компонента.

$$\bar{X} \text{ КГ высокий уровень} = (44,5+48,2 +39,0+18,5): 4 = 37,5\%$$

$$\bar{X} \text{ КГ средний уровень} = (28+35,5 +40 +34): 4 = 34,5\%$$

$$\bar{X} \text{ КГ низкий уровень} = (27,5+16,3 +21+47,5): 4 = 28,0\%$$

Определив средний уровень сформированной профессиональной готовности студентов медицинского колледжа ЭГ и КГ по формуле М.Р. Ефимовой по всем звеньям профессиональной готовности у студентов медицинского колледжа, мы выявили уровни сформированной данного качества (Таблица 7).

Уровни профессиональной адаптированности и готовности среди обучающихся в медицинском колледже студентов ЭГ и КГ (заключительный этап) 2020-2021 уч.г.г.

Уровни	КГ	ЭГ
	общее число, % 40 студентов 3 курс	общее число, % 40 студентов 3 курс
	Заключительный этап 2020-2021 г.г.	Заключительный этап 2020-2021 г.г.
высокий	37,5%	61,5%
средний	34,5%	28,3%
низкий	28,0%	10,2%

Для большей наглядности полученные уровни сформированной профессиональной готовности переведем табличные данные в форму диаграммы обеих групп (ЭГ и КГ) (Диаграммы 3 и 4).

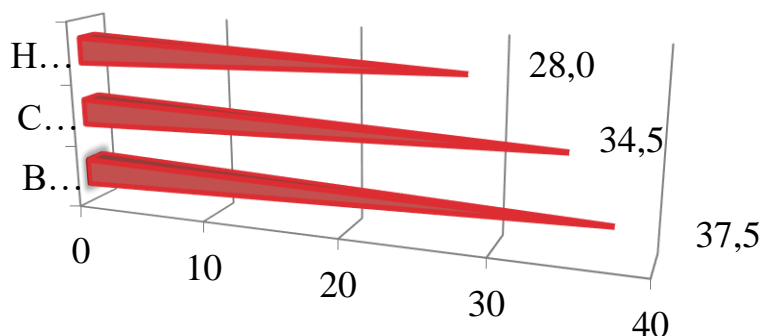


Диаграмма 3 - Уровни готовности профессиональной направленности среди студентов медицинского колледжа и степени ее сформированности сформированности КГ (заключительный этап) 2020-2021 уч.г.г. от 100%

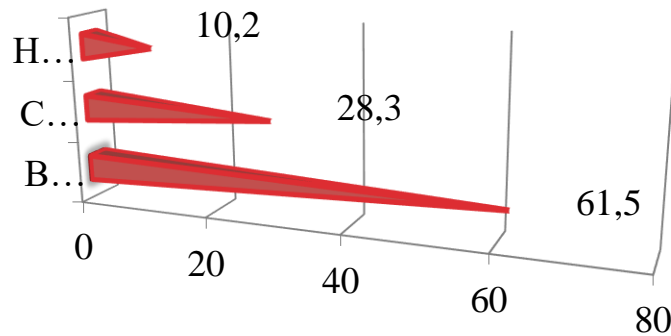


Диаграмма 4 - Уровни и степень профессиональной готовности среди обучаемых в медицинском колледже студентов ЭГ (заключительный этап) 2020-2021 уч.г. от 100%

Осуществив анализ данных на заключительном этапе по сформированности профессиональной готовности студентов медицинского колледжа в экспериментальной и контрольной группах, мы пришли к выводу.

Если сравнить прошлые и настоящие результаты, то мы увидим, что количество студентов, которые относятся к высокому уровню увеличилось в ЭГ на 50%, тогда как в КГ эта цифра увеличилась на 20,5%. Если посмотреть на число студентов, относящихся к низкому уровню профессиональной готовности медицинской сестры, то мы увидим, что число их гораздо уменьшилось именно в ЭГ, чем в КГ и составило 33,5% по сравнению с КГ, где эта цифра составила всего на 12,5%.

И опять, сравнив данные двух этапов, мы обнаружили существенную разницу в уровнях профессиональной готовности медицинской сестры в ЭГ и КГ. Высокий уровень *коммуникативно-педагогического компонента* увеличился на 47,4%, тогда как высокий уровень студентов в КГ вырос на 7%; низкий уровень, наоборот снизился в ЭГ на 17,2%, в КГ на 2,2%.

Сравнив результаты двух этапов, мы получили следующие цифры по *организационно-управленческому звену* профессиональной готовности медицинской сестры: студентов, имеющих высокий уровень, увеличилось на 49,3% в ЭГ, студентов в КГ увеличилось всего на 20%.

Информационно-технологический компонент профессиональной готовности

медицинской сестры изначально был самым сложным и трудным в овладении, поэтому он показывал самые низкие результаты. И тем не менее, высокий уровень в ЭГ подросток более внушительно, чем в КГ и составил следующие данные: в ЭГ эта цифра увеличилась на 23,2%, в КГ это составило 13%.

Если обратиться к уровням сформированных уровней профессиональной готовности, то мы также зафиксируем повышение и качественного и количественного уровней данной готовности: высокий уровень на заключительном этапе составил в ЭГ 61,5% и в КГ составил всего 37,5%, обогнав студентов КГ на 24%. Студентов, имеющих низкий уровень в ЭГ составил всего 10,2%, а в КГ он составил 28,0%, с разницей в 17,8%.

Таким образом, поставленные задачи на заключительном этапе и в целом в рамках опытно-экспериментального исследования также были успешно решены:

1. Была осуществлена повторная диагностика результатов Экспериментальной и Контрольной групп с помощью прежнего диагностического инструментария.

3. Осуществив сравнительный анализ результатов, полученных на заключительном этапе, мы сделали вывод о высокой эффективности внедренного технологического комплекса «Осуществляй служенье без отдачи».

Вывод: цель достигнута, поставленные задачи решены, гипотетические положения - доказана.

Выводы по второй главе

Проблема кадрового обеспечения лечебных учреждений в настоящее время указывает на целесообразность усиления мер по качественной подготовке будущих медицинских сестер, как со стороны государства, так и со стороны учебных заведений. Дефицит квалифицированных специалистов среднего звена вызван многими факторами, в том числе неравномерностью трудоустройства в городских и сельских лечебных учреждениях. Многие выпускники медицинских колледжей стремятся оставаться или трудоустроиваться в крупных городских лечебных учреждениях, иногда коммерческой направленности.

Основным критерием их выбора выступает городская развитая инфраструктура. Перспективы карьерного роста и размер денежного вознаграждения, предлагаемыми городскими учреждениями. Во многих сельских местностях наблюдается отсутствие или выраженный дефицит медицинских сестер, что приводит к отсутствию возможности оказания, в том числе экстренной помощи. Соответственно, необходимо проведение информационной работы и принятие мер в рамках государственной политики, стимулирующей стремление выпускников медицинских колледжей к трудоустройству в сельских лечебных учреждениях.

Вторым аспектом выступает необходимость формирования развитой системы сестринского дела на территории Российской Федерации, призванной обеспечить сбалансированность между ожидаемой подготовкой, с точки зрения качества будущих медицинских сестер, и кадровым обеспечением в лечебных учреждениях разного уровня. В настоящее время число научных исследований, посвященных формированию института специалистов лечебных учреждений среднего звена, незначительно.

Обозначенный аспект указывает на недостаточно выраженную в публичном и научном пространстве проблемы подготовки и трудоустройства будущих медицинских сестер. Целесообразность научных разработок состоит в том, чтобы определить приоритетные направления для поиска решений проблемы сбалансированности кадрового обеспечения специалистами среднего звена в сфере

медицины. Культивирование проблемы путем научных разработок способствует реформированию, как системы здравоохранения, так и системы образования в направлении СПО.

Указанное реформирование будет способствовать равномерности трудоустройства в лечебные учреждения, построению системы качественной подготовки с элементами цифровизации, а также пересмотру в отношении компонентов подготовки будущих медицинских сестер и других представителей медицинского персонала среднего звена. На данный момент времени выявляются предпосылки к обозначенному реформированию. В основном вызванные государственной политикой, которая нацелена на системную подготовку и привыкание будущих специалистов к сфере медицины. Примером может служить медицинский класс как направление подготовки в общеобразовательных организациях, в том числе на территории Республики Дагестан.

Подход, при котором учащиеся общеобразовательной организации получают первые представления базового характера о предполагаемой деятельности, а впоследствии получают конкретизированные навыки для реализации профессиональных знаний в лечебных учреждениях после завершения медицинского колледжа, в действительности способствует системной подготовке комплексного специалиста среднего звена, который максимально адаптирован под специфику деятельности лечебного учреждения и процесс цифровизации сферы здравоохранения.

Отдельно следует отметить, что процесс цифровизации осуществляется в сельской местности, лечебные учреждения которой в настоящее время активно оснащаются современным медицинским оборудованием, однако в таких учреждениях наблюдается дефицит кадров как среди врачей, так и среди среднего звена медицинского персонала. Однако объединение информационной составляющей подготовки будущих медицинских сестер и возможностей цифровизации сферы здравоохранения может привести к усилению кадрового потенциала в сельской местности. В целях достижения обозначенной задачи требуется объединение усилий профильных ведомств и сферы образования,

которые в рамках существующей нормативной базы могут создать первые предпосылки к кадровому наполнению современных лечебных учреждений в сельской местности.

Сравнительный анализ подвел нас к следующему важному выводу, что и среди студентов ЭГ и среди студентов КГ слабо в целом сформирован уровень профессиональной готовности к будущей деятельности и к работе в ЛПУ. Чтобы изменить ситуацию, нужно прибегнуть к определенным механизмам, ввести какие-либо изменения, повысить уровень профессиональной готовности студентов. С этой целью, с целью изменить положение, мы разработали целый ряд технологических методов и способов, способствующих изменению ситуации в рамках общей профессиональной подготовки будущей медицинской сестры.

На протяжении всего XX века опытно-экспериментальная работа постоянно совершенствовалась, видоизменялась, модифицировалась, дополнялась выводами не только качественного, но и математического количественного анализа. То есть, в педагогическую науку постепенно вводятся математические методы, математическая статистика, разнообразные формулы и ее основные законы и положения. Используя различные исследовательские и прикладные методы – опрос, включенное наблюдение, тестирование, рейтинг, анкета, изучение и чужого практического опыта, а далее метод компаративистики (сравнение), полученных начальных и итоговых результатов. Метод сравнения или компаративистики был использован для сравнения полученных результатов начального и заключительного этапов.

Подводя содержательный вывод относительно того, насколько подобранные программы и технологии имели эффект, нужно заключить, что студенты, перешедшие формирующий этап, демонстрировали *наличие* сформированных профессиональных интересов, мотивов и устремлений, опирающееся на формирующемся мировоззрении, они научились задумываться относительно вопросов стратегической важности, сопряженные с профессиональным самоопределением и профессией медицинской сестры. У большинства студентов по сравнению с начальным этапом, сформированы на высоком уровне ценности и

ценностные установки, ориентированные на профессию медсестры. Такие ценности, как повышенная ответственность за состояние здоровья пациентов, готовность к самопожертвованию и комплексной отдаче избранной профессии, – составляют нравственный базис для студентов. Несмотря на то, что медицинский работник должен обладать также другими личностными качествами, обозначенные параметры подхода к профессии формируют комплексную личность медицинского работника. Стоит отметить, что среди рассматриваемых студентов прослеживается готовность к проявлению своих профессиональных качеств, которые формируются в результате воздействия трансляции знаний в учебном заведении. Обозначенные знания существенно расширяют представление студентов о предполагаемой профессии медицинского работника. Кроме того, они стали проявлять смелость, мужество и самоотверженность, самообладание, что очень важно в ходе медицинской практики.

Студенты стали применять навыки убеждения в процессе коммуникаций с другими людьми, в том числе разной возрастной категории, а также готовность к осуществлению педагогической активности с разными социальными группами пациентов и их родственниками. В рамках организационно-управленческого компонента студенты показали хорошие *знания и осознание задач медицинского менеджмента* и управления, главные принципы менеджмента в здравоохранении, владение типами учреждений здравоохранения, знание их организационной структуры, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры. Они стали демонстрировать блестящее умение и готовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, готовы выполнять много и разнообразных задач, важных для лечебного учреждения.

Что касается информационно-технологического компонента, то студенты ЭГ показали готовность вести электронные дневники, проводить в рамках онлайн профилактические мероприятия, умение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ. Студенты овладели основами не только компьютерной грамотности, но и специфические компьютерные

программы, обеспечивающие качество и поддержку здоровья населения. Теперь студенты с помощью ИКТ способны повышать степень доступности оказания помощи медицинской направленности пациентам с инвалидностью, а также способствовать преодолению препятствий, связанных с временными и пространственными факторами, возникающими непосредственно между медицинскими работниками и жителями удаленных субъектов.

Осуществив анализ данных на заключительном этапе по сформированности профессиональной готовности студентов медицинского колледжа в экспериментальной и контрольной группах, мы пришли к выводу.

Если сравнить прошлые и настоящие результаты, то мы увидим, что количество студентов, которые относятся к высокому уровню увеличилось в ЭГ на 50%, тогда как в КГ эта цифра увеличилась на 20,5%. Если посмотреть на число студентов, относящихся к низкому уровню профессиональной готовности медицинской сестры, то мы увидим, что число их гораздо уменьшилось именно в ЭГ, чем в КГ и составило 33,5% по сравнению с КГ, где эта цифра составила всего на 12,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подготовка медицинских работников среднего звена для актуализации и непрерывности деятельности лечебного учреждения предполагает комплексный подход со стороны учебных заведений системы СПО. Образовательный процесс должен учитывать аспекты самоопределения рассматриваемых будущих специалистов, базирующихся на имеющихся среди учащихся медицинского колледжа ценностях и мотивационных компонентах.

Существующие исследования показывают, что целевое назначение будущих медицинских сестер состоит в их потребности в смысловой нагрузке профессиональной деятельности. Многие будущие специалисты, в отношении которых было проведено настоящее исследование, считают для себя главенствующим критерием наличие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. Сопутствующими стремлениями выступают снижение болевых ощущений и уровня физических страданий, которые в состоянии обеспечить будущая медицинская сестра.

Процесс подготовки должен обеспечиваться медицинским колледжем, исходя из ряда компонентов. К таким компонентам относятся информационная составляющая, практическая направленность и обеспечение условий в целях обладания будущим рассматриваемым специалистом корректных представлений о текущей ситуации в отрасли и лечебных учреждениях.

Существующая нормативная база способствует созданию предпосылок для формирования института подготовки среднего медицинского персонала, однако более углубленная и структурная система может обеспечиваться путем формирования узконаправленной законодательной составляющей в отношении медицинского персонала среднего звена лечебных учреждений. В настоящий момент государство выполняет свои обязательства в сфере оснащения оборудованием и технологиями лечебной инфраструктуры во всех регионах. Однако остается актуальной проблема кадрового обеспечения, особенно в сельской местности, в которых наблюдается дефицит медицинских сестер.

Для реформирования текущей ситуации необходимо проведение научных исследований прикладного характера, реализация выявленных решений, в рамках которых будет способствовать разработке соответствующей законодательной базы. На данный момент времени представляется возможным для медицинских колледжей предусмотреть дополнительный объем знаний и умений, пригодных будущим медицинским сестрам, за счет реализации партнерских отношений с профильными лечебными учреждениями.

Ввиду того, что операционная медицинская сестра должна обладать знаниями и умениями, отличными от медицинской сестры в сфере анестезиологии или санаторно-курортного лечения, реализация профильного подхода позволит частично решить проблему более качественной подготовки таких специалистов и их последующего трудоустройства в специализированное лечебное учреждение. Стоит отметить, что санаторно-курортные учреждения преимущественно функционируют на территории удаленной от города местности или на территории сельской местности, что соотносится с необходимостью восполнения дефицита кадров подобных лечебных учреждений.

Вторым компонентом, способствующим усилению кадрового потенциала медицинского персонала среднего звена, выступает обеспечение медицинским колледжем условий для развития коммуникативных качеств среди учащихся. Ввиду того, что предполагаемая деятельность требует от будущей медицинской сестры умения общаться и взаимодействовать с пациентами различной возрастной категорией, образовательный процесс должен предусматривать инструменты и мероприятия, усиливающие коммуникативный компонент.

Обозначенный компонент является составной частью компетентного подхода, что означает необходимость и целесообразность разработки учебным заведением системы СПО собственных обучающих подходов с целью дальнейшего совершенствования будущей медицинской сестрой профильных качеств, знаний и умений. Сущностными компонентами подготовки будущих медицинских сестер выступают различные публичные и специализированные мероприятия,

инициированные медицинским колледжем, знакомство обучаемых с нормативной базой, а также с элементами цифровизации в сфере медицины.

Комплексный подход к обучению рассматриваемых специалистов позволит обеспечить непрерывное педагогическое сопровождение и влиять на динамику профессионального совершенствования будущими специалистами при освоении избранной профессии и адаптации в избранной отрасли. Принципиально новым подходом к подготовке будущих медицинских сестер является комбинирование управленческих и педагогических функций, которые ранее не рассматривались в научном сообществе, как отдельные инструменты, пригодные для качественной деятельности медицинской сестры в лечебном учреждении.

Ранее принято было считать, что медицинская сестра лишь исполняет предписания лечащего врача и осуществляет уход за пациентом. В контексте управленческих и педагогических функций существенно меняется представление о медицинской сестре как о сотруднике лечебного учреждения способного влиять на сознание пациентов и их окружение. В целом потенциал медицинской сестры в настоящее время недостаточно оценен по причине преимущественно стандартизированного подхода к обучению рассматриваемых специалистов и их восприятию со стороны пациентов и медицинского персонала различных уровней системы здравоохранения.

Психолого-педагогические условия специализированной подготовки медицинского персонала среднего звена означают, с одной стороны (психологической), развитие у студентов медицинского колледжа собственной воли, стрессоустойчивости и самообладания, стремление к преодолению трудностей, заинтересованности и мотивации к профессии, становления профессионального самоопределения; с другой (педагогической), воспитание у будущих медиков ценностных установок, ориентированных на профессию медика среднего звена, становление медика-педагога, развитие педагогических способностей, определяемых долгом перед пациентами, жертвенностью, высокой ответственностью, полной отдачей профессии и добротой.

Современную медицинскую сестру нельзя сегодня представить без умений организовать ту или иную процедуру, управлять процессами, за которые она отвечает, то или иное профилактическое мероприятие с отдельным больным или группой пациентов, или среди населения. Другими словами, в рамках современной профессиональной подготовки медицинского персонала важен менеджмент, тем более что сегодня достаточно подробно представлены функции медсестры-менеджера. Управленческие функции или менеджмента определяются совокупностью использования медиками разнообразных методов и организационных рычагов. Функции медсестры-менеджера представляют собой скоординированное управление процессом предоставления различных медицинских услуг населению с целью систематической оптимизации результативности продуцирования искомых услуг и обеспечения максимально допустимого качества их непосредственного исполнения, а также обоснованности и скорости выполнения управленческих задач. Ожидаемая подготовка профессиональной направленности, а также совершенствование искомых качеств среди специалистов в отношении их способности выполнять управленческие функции в сфере здравоохранения равноценно затрагивает всех медицинских работников лечебного учреждения.

Обосновав весь компонентный состав эффективной профессиональной подготовки медицинской сестры, мы можем подвести итоги и вычлнить основные элементы ее подготовки в рамках медицинского колледжа. Это - *профессионально-самоопределяющий, коммуникативно-педагогический, организационно-управленческий и информационно-технологический.*

Осуществив теоретико-методологический анализ проблемы подготовки будущих медицинских сестер, определив ее уровни и показатели, важно смоделировать данный процесс. Моделирование активно используется в разных типах образовательного учреждения, остается ключевым аспектом визуализации обозначенной модели при реализации образовательных мероприятий в отношении обучаемых. В частности, представляется целесообразным определить степень применимости модели при достижении главенствующей задачи, базирующейся на

высоком качестве обучения, с учетом возможных непрогнозируемых проявлений образовательного процесса. Обозначенные проблемы – визуализация наглядность, действительно, достаточно взаимосвязаны между собой, так как метод моделирования и метод визуализации имеют одну общую цель научного исследования – это утверждение и выделение главного, основного в изучаемых объектах и предметах. Стоит отметить, что преимущественно макетирование и конструирование рассматриваемого процесса может привести к формированию расширенного мировоззренческого аспекта при восприятии отдельных объектов, в том числе в отношении количественного значений.

В ходе моделирования процесса рассматриваемой подготовки и ее результативности, мы учитывали двухэтапность обозначенного процесса, а именно посредством теоретического и прикладного обеспечения. Непосредственно теоретический этап подразумевал сущностное определение и структурные компоненты рассматриваемой подготовки будущих медицинских сестер в качестве предпосылки педагогической и социально направленной проблемы. Моделирование процесса также способствовало разработке структурно-критериального состава и уровней искомой подготовки будущих специалистов из числа сотрудников лечебного учреждения среднего звена. По итогам была разработана комплексная модель для достижения цели ожидаемого качества подготовки будущих медицинских сестер в условиях медицинского учреждения.

Посредством совокупности определяющих и главенствующих подходов была выявлена модель, обеспечивающая эффективную подготовку профессиональной направленности в отношении будущих медицинских сестер в условиях медицинского учреждения СПО, обусловленная совокупностью блоков: ценностно-целевой, теоретико-методологический, диагностико-технологический, компонентно-критериальный, итогово-результативный.

Смоделировав процесс повышения профессиональной готовности медицинской сестры, мы перешли к его прикладной реализации с помощью методов опытно-экспериментальной работы. Опытно-экспериментальная работа включает 3 классических этапа, разработанных отечественными учеными. К ним относятся –

констатирующий, формирующий и заключительный. Каждому этапу соответствуют узконаправленные задачи, которые решаются определенными средствами, инструментами и технологиями.

Эффективность профессиональной готовности медика среднего звена в условиях медицинского колледжа обусловлена разработанным авторским технологическим комплексом «*Осуществляй служенье без отдачи*», включающий: тренинг «Твоя профессия - медсестра»; упражнение «Профессиональное предвидение медицинской сестры»; деловую игру «Комплимент»; упражнение М.Р. Битяновой «Общение медсестры и пациента»; упражнение «Темное слушание»; техники активного слушания (Эхо, Перефразирование, Интеграция); упражнение «Политика гашения конфликта»; аутотренинг «Профилактика эмоционального выгорания и ли как сохранить психологическое здоровье»; игра-викторина «Хорошо ли ты знаешь лечебно-профилактические учреждения России?»; упражнения по тайм-менеджменту - «Клубок ниток»; «Я и время» и инновационные технологии - компьютерная технология «UNIVERSE-Медицина»; электронные программы-услуги: «Персональная рассылка», «Виджет онлайн-записи на сайте», «Варианты интеграции телефонии и CRM»; программное обеспечение, нацеленное на привитие навыков прикладного программирования (К.Ю. Поляков); «Контроль исполнения поручений 6.4».

Подводя содержательный вывод относительно того, насколько подобранные программы и технологии имели эффект, нужно заключить, что студенты, прошедшие формирующий этап, демонстрировали наличие сформированных профессиональных интересов, мотивов и устремлений, они научились задумываться о важных вопросах, связанных с профессиональным самоопределением и профессией медицинской сестры. У большинства студентов по сравнению с начальным этапом сформированы на высоком уровне ценности и ценностные установки, ориентированные на профессию медсестры. Такие ценности, как повышенная ответственность за состояние здоровья пациентов, готовность к самопожертвованию и комплексной отдаче избранной профессии составляют нравственный базис для студентов.

Стоит отметить, что среди студентов прослеживается готовность к проявлению

своих профессиональных качеств, которые формируются в результате воздействия трансляции знаний в учебном заведении. Обозначенные знания существенно расширяют представление студентов о предполагаемой профессии медицинского работника. Кроме того, студенты стали проявлять смелость, мужество и самоотверженность, самообладание, что очень важно в ходе медицинской практики.

Студенты стали применять навыки убеждения в процессе коммуникации с другими людьми, в том числе разной возрастной категории, а также готовность к осуществлению педагогической активности с разными социальными группами пациентов и их родственниками. В рамках организационно-управленческого компонента студенты показали хорошие знания задач медицинского менеджмента и управления, главных принципов менеджмента в здравоохранении, типов учреждений здравоохранения и их организационной структуры, структуру сестринских служб, а также непосредственные функции медицинской сестры. Они стали демонстрировать умение и готовность оказывать помощь врачу в рамках доврачебной медицинской помощи, выполнять разнообразные задачи, важные для лечебного учреждения.

Что касается информационно-технологического компонента, то студенты ЭГ продемонстрировали готовность вести электронные дневники, проводить профилактические мероприятия, умение обеспечивать безопасность и контроль домашней реабилитации одиноких больных; умение осуществлять электронный учет с помощью персонального компьютера и ИКТ. Студенты овладели основами не только компьютерной грамотности, но и специфическими компьютерными программами. В результате студенты с помощью ИКТ способны повышать степень доступности оказания медицинской помощи пациентам с инвалидностью.

На заключительном этапе по результатам анализа данных о сформированности профессиональной готовности студентов медицинского колледжа в экспериментальной и контрольной группах, мы пришли к выводу: количество студентов, которые относятся к высокому уровню сформированности профессиональной готовности увеличилось в ЭГ на 50%, тогда как в КГ эта цифра увеличилась на 20,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аббясов, И.Х. Современные требования к образованию в период реформирования сестринского дела / И.Х. Аббясов // Главная медицинская сестра. - 2005. - № 4. - С. 71-75.
2. Абульханова-Славская, К.А. Жизненные перспективы личности / К.А. Абульханова-Славская / К.А. Абульханова-Славская. - Психология и образ жизни. - 1987. - С.137-145.
3. Аванесов, В.С. Композиция тестовых заданий: учебная книга / В.С. Аванесов. - М.: Центр тестирования, 2002. - 240 с.
4. Аванесов, В.С. Формы тестовых заданий: учебное пособие для учителей школ, лицеев, преподавателей вузов и колледжей / В.С. Аванесов. - М.: Центр тестирования, 2005. - 156 с.
5. Агафонова, Г.А. Роль и задачи сестринской службы в оказании медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста. Монография / Г.А. Агафонова. - СПб: Нева, 2019. - 290 с.
6. Агеносова, А. Новые подходы к подготовке медработников среднего звена / А. Агеносова, В. Соболев // Сестринское дело. - 2017.- № 5.- С.29-33.
7. Адыширин-Заде, К.А. Профессиональная подготовка врачей по специальности «медико-профилактическое дело» / К.А. Адыширин-Заде // «Вектор науки» Тольяттинского государственного университета, серия «Педагогика и психология». - 2010. - № 1(1). - С.7-9.
8. Айзман, Р.И. Система многоуровневой подготовки средних медицинских работников в начале нынешнего времени / Р.И. Айзман // Многоуровневая система подготовки средних медицинских работников. - 1999. - С.7-16.
9. Айнштейн, В.Г., Гольцова И.Г. Об адекватности экзаменационных оценок в России / В.Г. Айнштейн, И.Г. Гольцова. - СПб: Нева, 2018. - 190 с.
10. Андреева, О.В. Применение некоторых активных методов в обучении и преподавании сестринского дела / О.В. Андреева // Медицинская помощь. - 2010. - № 3. - С.33-40.

11. Андреева, О.В. Применение некоторых активных методов в обучении и преподавании сестринского дела / О.В. Андреева // Медицинская помощь. - 1996. - № 7. - С.29.
12. Андриади, И.П. Основы педагогического мастерства / И.П. Андриади. - М.: Педагогическое образование, 2017. - 244 с.
13. Анохина, Т.В. Педагогическая поддержка как реальность современного образования / Т.В. Анохина // Новые ценности образования: Забота -поддержка-консультирование. - 2016. - №19. - С.27-37.
14. Архипов, И.В. Проблема качества жизни пожилых / И.В. Архипов // Благосостояние пожилых людей – проблема всего общества. - 2015. - № 2 (22). - С. 2-5.
15. Аськов, Н.Н. Уголовно-правовые предписания об обстоятельствах, исключающих преступность деяния, в применении к медицинскому работнику: дисс. ...канд. юрид.наук: 12.00.08 /Аськов Николай Николаевич. - Орел, 2021. – 277 с.
16. Бабанский, Ю.К. Проблемы повышения эффективности педагогических исследований (дидактический аспект) / Ю.К. Бабанский. - М.: Педагогика, 1982. - 192 с.
17. Байденко, В. Компетенции в профессиональном образовании (К освоению компетентностного подхода) / В. Байденко // Высшее образование в России. - 2004. - №11. - С. 3-13.
18. Байденко, В.И. Выявление состава компетенций выпускников вузов как необходимый этап проектирования ГОС ВПО нового поколения: методическое пособие / В.И. Байденко. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2018. - 72 с.
19. Басова, Т.Б. Педагогика и практическая психология / Т.Б. Басова. - Ростов н/Д: Феникс, 2017. - 510 с.
20. Бастина, И.В. Роль медсестры в Советский период / И.В. Бастина // Сестринское дело. -1997. - № 2. - С.18-19.
21. Белухин, Д.А. Основы личностно-ориентированной педагогики / Д.А.

Белухин. - М.: Воронеж, 2016. - 200 с.

22. Беляева, А.П. Профессионально-педагогическая технология обучения в средних профессиональных учебных заведениях / А.П. Беляева. - СПб: НИИ профтехобразования, 2015. - 180 с.

23. Берулава, М.Н. Обще дидактические подходы к гуманизации образования / М.Н. Берулава // Педагогика.- 1994. - № 5. - С.21-25.

24. Беспаленко, Е.М. Взаимосвязь личных качеств человека и сферы профессиональной деятельности / Е.М. Беспаленко // Вестник ВГТУ. – 2002. – В. 6.2 - С.91-93.

25. Беспалько, В.П. Объективный программированный контроль качества знаний учащихся в медицинском ВУЗе / В.П. Беспалько. - М.: МГМИД, 2017. - 450 с.

26. Беспалько, В.П. Системно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса подготовки специалистов / В.П. Беспалько, Ю.Г. Татур. - М.: Высшая школа, 2017. - 244с.

27. Беспалько, В.П. Слагаемые педагогической технологии / В.П. Беспалько. - М.: Педагогика, 2009. - 192с.

28. Битянова, М.Р. Социальная психология: учебное пособие / М.Р. Битянова. - СПб.: Питер, 2008. - 368 с.

29. Болотов, В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе / В.А. Болотов // Педагогика. - 2003. - № 10. - С.66-69.

30. Бордовская, Н.В. Педагогика: учебник для вузов / Н.В. Бордовская.- СПб: Питер, 2000.-300с.

31. Бородулина Т.В. Проблемы и перспективы развития высшего сестринского образования в Уральской государственной медицинской академии / Т.В. Бородулина, В.А. Подгаева, Л.А. Шардин // Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения и социальной защиты населения: проблемы профессиональной деятельности и перспективы подготовки кадров: материалы межрегиональной науч.-практ. конф. - Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. мед. академии, 2008. - С. 434-436.

32. Бочарова, В.Г. Педагогика социальной работы / В.Г. Бочарова. - М.: Аргус, 2014. - 240 с.
33. Бочкарев, А.А. Трудовая мотивация как проблема социальной философии: дисс. ... канд. филос. Наук: 09.00.11 / Бочкарев Александр Александрович. – Комсомольск-на-Амуре, 2004.- 164 с.
34. Валентинович, Л.И. Организационные аспекты и инновационные технологии подготовки и деятельности специалистов с высшим сестринским образованием: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Валентинович Людмила Иннокентьевна . - Красноярск, 2002. - 25 с.
35. Васильева, С.Г. Организационно-педагогические условия формирования компетентности будущих медицинских сестер: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Светлана Герасимовна. - Якутск, 2005. - 190 с.
36. Васильков, В.Г. Телекоммуникационные технологии и развитие службы медицины критических состояний / В.Г. Васильков, А.И. Сафронов // Информационные технологии. - 2000. - № 6. - С. 48-50.
37. Василькова, А.П. Мотивация выбора медицинской профессии / А.П. Василькова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 2 (1). - С.100-112.
38. Васильченко, С.Л. Опыт оценки психологической готовности руководителей лечебно-профилактических учреждений и возможным изменениям функций управления / С.Л. Васильченко, Л.В. Онищенко, А.С. Зоров // Советское здравоохранение. - 1991. - № 1.- С.37-39.
39. Вацлавик П. Психология межличностных коммуникаций / П. Вацлавик, Дж. Бивин, Д. Джексон. - СПб.: Речь, 2000. — 298 с.
40. Венедиктов, Д.Д. Телемедицинские технологии в здравоохранении России [Электронный ресурс] / Д.Д. Венедиктов, А.И. Григорьев, В.А. Казинов // Обзорная справка. -2004.- Режим доступа: http://pathology.narod.ru/new_page_16.htm.
41. Вербицкий, А.А. Категория «контекст» в психологии и педагогике: монография / А. А. Вербицкий, В. Г. Калашников. - М.: Логос, 2010. - 300 с.

42. Володин, Н.А. Государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования / Н.А. Володин, П.Ф. Анисимов // Медицинская помощь. - 2008. - № 7. - С.50-57.
43. Вудворд, Дж. Комплаенс, приверженность, согласие – дело не в названии / Дж. Вудворд, Д. Эддридж // Новая медицина тысячелетия. - 2011. - № 5. - С. 16-19.
44. Глотова, Н.Г. Сестринское последипломное образование в условиях реформирования здравоохранения / Н.Г. Глотова // Сестринское дело. - 1998. - № 3. - С.18.
45. Глухих, С.И. Интегративно-деятельностный подход в подготовке медицинских сестер в непрерывном профессиональном образовании: монография / С.И. Глухих. - Екатеринбург.: Уральский гос. пед. ун-т, 2011. - 234 с.
46. Глухих, С.И. Интеграция профессиональной деятельности медицинских сестер и социальных педагогов / С.И. Глухих // Педагогическое образование и наука. - 2012. - № 6. - С. 32-38.
47. Глухих, С.И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании / С.И. Глухих // Сибирский педагогический журнал. - 2016. - № 1. - С. 73-78.
48. Гулидов, И.И. Методика конструирования тестов / И. И. Гулидов, А. И. Шатун. - М.: Форум : Инфра-М, 2003. - 112 с.
49. Доклад о состоянии и перспективах развития среднего медицинского персонала в России, 2019 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.mednet.ru>.
50. Дружинина, А. Новый этап в реформе сестринского, среднего и медицинского образования Российской Федерации / А. Дружинина // Сестринское дело. -1997. - № 3. - С.4-5.
51. Еремеев, А.В. Задачи о покрытии и их приложения / А.В. Еремеев, Л.А. Заозерская, А.А. Колоколов // Вычислительные методы и решение оптимизационных задач: материалы Междунар. семинара. - Новосибирск: ИВМ и МГ СО РАИ, 2004. - С. 70-76.

52. Ефимова, М.Р. Общая теория статистики: учебник / М.Р. Ефимова, Е.В. Петрова, В.Н. Румянцев. – М.: ИНФРА-М, 1996. - 280 с.
53. Заозерская, Л.А. Применение моделей дискретной оптимизации для разработки автоматизированной системы контроля знаний / Л.А. Заозерская, В.А. Планкова // Вестник ИГУ. Сер. Информационные технологии. - 2008. - Т. 6. Вып. 1. - С. 47 -52.
54. Заозерская, Л.А. Разработка алгоритмов перебора L-классов для одной задачи компьютерного тестирования / Л.А. Заозерская, А.А. Колоколов, В.А. Планкова // Омский научный вестник. - 2008. - № 1. - С. 12-14.
55. Зеер, Э.Ф. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход / Э.Ф. Зеер, А.М. Павлова, Э.Э. Сыманюк. - М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та, 2005. - 210 с.
56. Зеер, Э.Ф. Психология профессий: учебное пособие для студ. вузов / Э.Ф. Зеер- М.: Академический Проект, 2019. - 440 с.
57. Зимина, Н.А. Методика «Шкала эмоционального отклика» (А. Меграбян, модификация Н. Эпштейна). Психологическая диагностика коммуникативного потенциала личности: методические рекомендации для студентов / Н.А. Зимина. - Нижний Новгород: ННГАСУ, 2015. - 42 с.
58. Иванов, Д. Компетентности и компетентностный подход в современном образовании / Д. Иванов // Воспитание. Образование, Педагогика. Библиотечка «Первого сентября». - 2007. - №6 (12). - С.100-108.
59. Ильченко Г.В. Менеджмент в сестринском деле. Функции медсестры менеджера. Понятие об управлении организацией. Методические указания к практическим занятиям для студентов специальности 06010965 “Сестринское дело” по дисциплине «Менеджмент и лидерство» /Г.В. Ильченко, П.Д. Киргуев. – Краснодар, 2016. - 30 с.
60. Инглис С., Кларк Р., Макалистер Ф. Структурированная поддержка по телефону или телемониторинг программ для пациентов с хронической сердечной недостаточностью / С. Инглис, Р. Кларк, Ф. Макалистер // Кокрановская база данных систематических обзоров. - 2010. - Вып. 8. - С. 81-92.

61. Информационный портал Moodle [Электронный ресурс] // официальный ресурс компании Moodle. - Режим доступа: <http://moodle.org/>.
62. Ирхина, И.В. Современные ориентиры развития школьного образования в России / И.В. Ирхина // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2005. - № 2. - С.122-128.
63. Исаев, И.Ф. Жизненное самоопределение школьников: труд, мотивация, готовность: учебное пособие / И.Ф. Исаев, В.Н. Кормакова. - Белгород: БелГУ, 2006. - 224 с.
64. Калугян, К.Х. Компьютерная система тестирования знаний как компонент информационной научно-образовательной среды вуза / К. Х. Калугян, С. М. Щербаков / К.Х. Калугян // Вестник Академии. - 2005. - № 1(20). - С. 61-66.
65. Карпова, Э.С. Ишемическое прекондиционирование и его кардиопротективный эффект в программах кардиореабилитации больных ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств / Э.С. Карпова, Е.В. Котельникова, Н.П. Лямина // Российский кардиологический журнал. - 2012. - № 96. - С. 104-108.
66. Карпова, Э.С. Реабилитационно-профилактические мероприятия с включением физических тренировок в коррекции факторов риска у больных ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств / Э.С. Карпова, Е.В. Котельникова, Т.П. Липчанская и др. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2010. - № 6. - С. 6-9.
67. Каспрук, Б.С. Некоторые элементы использования инновационных технологий в практике средних медицинских работников в Оренбургской области / Б.С. Каспрук // Главная медицинская сестра. - 2008. - № 3. - С. 75-79.
68. Ключева, Н.В. Мотивация персонала государственных медицинских учреждений на этапе модернизации российского здравоохранения / Н.В. Ключева, В.П. Перфилов // Сборник научных трудов Sworld. - 2011. - Т. 14., № 4. - С. 64-68.
69. Князева, О.В. Формирование у будущих медицинских сестер готовности к профессиональному взаимодействию с гериатрическими пациентами:

дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Князева Ольга Васильевна. - Нижний Новгород, 2018. - 199 с.

70. Колоколов, А.А. Об одной автоматизированной системе тестирования знаний студентов по экономико-математическим методам / А.А. Колоколов, Л.А. Заозерская, В.А. Планкова // Сб. тез. IV Междунар. конф. по вопросам обучения с применением технологии e-learning. - М, 2010. - С. 130-133.

71. Колоколов, А.А. Применение дискретной оптимизации для решения задач формирования тестов / А.А. Колоколов, Л.В. Ларина // Единая образовательная информационная среда: проблемы и пути развития: материалы VII Междунар. науч.-практ. конф.-выставки. - Томск: Дельтаплан; Омск, 2008. - С. 118-119.

72. Колоколов, А.А. Формирование проверочных тестов по информатике с использованием дискретной оптимизации / А.А. Колоколов, Л.В. Ларина // Применение новых технологий в образовании: материалы XIX Междунар. конф. - Троицк : МОО фонд новых технологий в образовании «Байтик», 2008. - С. 326-327.

73. Компетентностный подход в подготовке кадров в области гуманитарных технологий: учебно-методическое пособие / под ред. В.Г. Зарубина, Л.А. Громовой. - СПб. : РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. - 511 с.

74. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2024 года. - М.: АПКиПРО, 2019. - 24 с.

75. Кормакова, В.Н. Коучинг как средство профессионального самоопределения выпускников медицинского колледжа / В.Н. Кормакова, О.В. Конова // Научный результат. Серия: Педагогика и психология образования. - 2015. - Т. 1., № 1(3). - С. 16-20.

76. Кормакова, В.Н. Профессиональное самоопределение обучающихся медицинского колледжа как условие формирования личности компетентного специалиста / В.Н. Кормакова, О.В. Конова // Мат-лы Международного науч.-практ. конгресса педагогов и психологов «Scientific genesis», г. Женева (Швейцария), 2014. - С. 81-86.

77. Кормакова, В.Н. Феноменология педагогического сопровождения

профессионального самоопределения выпускников общеобразовательных организаций / В.Н. Кормакова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. - 2014. - Т. 23, № 20(191). - С. 172-182.

78. Коротков, А.В. Основные элементы системы управления персоналом / А.В. Коротков, И.М. Синяева. - Управление маркетингом. - 2015. - 312 с.

79. Кручинин, Г. Возможности телемедицины при оказании психиатрической помощи [Электронный ресурс] / Г. Кручинин. – Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31191877.

80. Курбатов, В.И. Стратегия делового успеха: учебное пособие для студентов вузов / В.И. Курбатов.- Ростов/Дону: Изд-во «Феникс», 2015. - 428 с.

81. Лаптиева, Л.Н. Педагогические аспекты профессиональной деятельности медицинских работников / Л.Н. Лаптиева, Е.И. Рублевская // Вестник университета им. П. Шенякина. Область наук: Медицина и здравоохранение. - 2014. - № 4. - С.34-44.

82. Ларина, Л.В. Компьютерные системы тестирования знаний студентов на различных этапах оценки успеваемости / Л.В. Ларина // Омский научный вестник. - 2013. - № 1 (117). - С.4.

83. Ларина, Л.В. Применение дискретной оптимизации для решения задач формирования тестов по информатике / Л. В. Ларина // Проблемы оптимизации и экономические приложения: материалы IV Всерос. конф. / Омский филиал Института математики им. Соболева СО РАИ. - Омск : Полиграфический центр КАИ, 2009. - С. 228.

84. Ларина, Л.В. Разработка автоматизированной системы контроля знаний по информатике с использованием моделей дискретной оптимизации / Л. В. Ларина // Труды ИВМиМГ СО РАИ. Сер. Информатика. - 2011. - С. 113-118.

85. Ларина, Л.В. Разработка заданий для компьютерного тестирования студентов / Л. В. Ларина // Вестник СО АВИ. - 2011. - № 4. - С. 85-89.

86. Ларионова, И.А. К вопросу об интегративной подготовке специалистов социальной сферы / И.А. Ларионова // Вестник социально-гуманитарного

образования и науки. - 2011. - № 1. - С. 16-25.

87. Лебедев, О.Е. Компетентностный подход в образовании / О.Е. Лебедев // Школьные технологии. - 2004. - № 5. - С. 177-182.

88. Лебедева, Г.С. Информационные технологии в медицине (Тематический научный сборник) / Г.С. Лебедева, О.В. Симакова, Ю.Ю. Мухина. - М. : Радиотехника, 2010. - 152 с.

89. Леонтьев, А.Н. Психология общения / А.Н. Леонтьев. - М: Смысл, 1997. - 365с.

90. Лямина, Н.П. Возможности телемедицинских технологий в повышении качества домашней реабилитации у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Н.П. Лямина, Е.В. Котельникова, Э.С. Карпова, Е.А. Бизяева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2014. - № 13(S2). - С. 71.

91. Лямина, Н.П. Телемедицинская система скрининга и мониторинга факторов риска на основе «облачных» технологий в системе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Н.П. Лямина, Е.В. Котельникова, А.В. Наливаева // CardioСоматика. - 2015. - S1. - С. 61-62.

92. Макарова, М.М. Опыт работы в системе непрерывного образования / М.М. Макарова, Л.А. Воскресенская // Многоуровневая система подготовки средних медицинских работников. -1999- № 12. - С.43-44.

93. Малалка, Л.А. Определение вида медицинской помощи как объекта стандартизации ее качества / Л.А. Малалка // Медицинская помощь. - 1998. - № 3. -С.9-10.

94. Малкина, Л.В. HR-маркетинг в системе менеджмента современной медицинской организации / Л.В. Малкина, Н.П. Иванов // Научный журнал «Фундаментальные исследования». - 2017. - № 10-2. - С. 351-357.

95. Мамедова, Г.Б. Применение компьютерных технологий в работе медсестер / Г.Б. Мамедова, М.Б. Миркаимова, М.А. Мирзаева, Г.А. Таджибаева // Молодой ученый. - 2014. - №18. - С. 146-149.

96. Медведев, Н.А. Менеджмент и менеджер / Н.А. Медведев // Лесной вестник / Forestrybulletin. - 2007. - № 3. - С.70-77.

97. Междисциплинарная стратегия выбора гуманитарных технологий в подготовке магистра образования : учеб. пособие / Ю.Б. Дроботенко и др. - СПб. : Книжный дом, 2010. - 160 с.
98. Минтаханова, Г.Е. Педагогические основы повышения квалификации медицинских работников сестринского звена: дис. ... канд.пед.наук: 13.00.01 / Минтаханова Галина Еремеевна. - Улан-Уде, 2002. - 220 с.
99. Митрюева, Н.А. Новочебоксарская городская больница Минздравсоцразвития ЧР [Электронный ресурс] / Н.А. Митрюева // Медицинский портал. - 2024. - Режим доступа: <http://www.nchk-gb.med.cap.ru/novietechnologii/nauka-v-zdravoohranenii/spisok-publikacij-sotrudnikov-uchrezhdeniya/medicinskaya-sestra-imidzh-professii>.
100. Михайлова, Ю.В. Актуальные вопросы кадрового обеспечения организаций системы здравоохранения: справочник / Ю.В. Михайлова. - М.: ММППК, 2010. - 125 с.
101. Николаев, В.Г. Сравнительная социология А.Р. Рэдклифф-Брауна / В.Г. Николаев. - М.: КАНОН-пресс-Ц, Кучково поле, 2001. - 280 с.
102. Новоселов, И.Л. Социально-психологические условия преодоления коммуникативных барьеров среди военнослужащих / И.Л. Новоселов // Молодой ученый. - 2017. - №48. - С. 158-161.
103. Ободкова, Е.А. Современная ситуация в теории и практике мирового менеджмента / Е.А. Ободкова // Омский научный вестник. - 2011. - № 4(99). - С. 140–143.
104. Основные правила эксплуатации медицинской техники в России [Электронный ресурс] // Официальный портал «СкладМед». - Режим доступа: [/https://skladmed.ru](https://skladmed.ru).
105. Отчет о деятельности здравоохранения Ставропольского края ГБУЗ // СК «Медицинский информационно-аналитический центр». - Ставрополь, 2019. - 112 с.
106. Парыгин, Б.Д. Коммуникация как общение: тенденции и возможности / Б.Д. Парыгин // Психология общения. XXI век. 10 лет развития. Международная

конференция. Том 2. - М, 2017.- 444 с.

107. Перспективы интеграции медицинского, социального и гуманитарного образования для здравоохранения и социальной защиты населения: материалы межрегиональной науч.-практ. конф. - Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. мед. академии, 2012. - 328 с.

108. План деятельности Министерства здравоохранения РФ на период 2019 - 2024 год (утв. Министерством здравоохранения РФ 28 января 2019 г.) [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/plan-deyatelnosti-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-s-2019-po-2024-gody>.

109. Помазанова, Е.В. Особенности формирования профессиональной компетентности студентов в условиях среднего профессионального образования / Е.В. Помазанова // Инновационная наука. - 2016. - № 2-4(14). - С.108-111.

110. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 октября 2018 г. № 1288 «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Официальный портал Правительства РФ. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/34523/>.

111. Посухова, О.Ю. Профессиональная династия как результат семейных стратегий: инерция или преемственность? / О.Ю. Посухова // Власть. - 2013. - № 3 (29). - С.66-74.

112. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / под ред. Д.Я. Райгородского. - Минск: Издательский дом «Бахрах», 1998. - 672 с.

113. Приказ от 12 мая 2014 г. N 502 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» [Электронный ресурс] // Национальная ассоциация развития образования и науки. – Режим доступа: <https://fgos.ru/fgos/fgos-34-02-01-sestrinskoe-delo-502/?ysclid=m175a86xu5858925000>.

114. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы (изв.) // Сестринское дело. - 2009. - № 5. - С. 4-7.

115. Романов, В.А. Коучинг-технология в тьюторском сопровождении учебно-профессиональной самореализации будущих специалистов / В.А. Романов, В.Н. Кормакова // Известия ТулГУ. Серия: Гуманитарные науки. - 2012. - №3. - С. 439-447.

116. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / под ред. Н.А. Виноградова, - М., 1974. - С.144.

117. Сафоничева, О.Г. Задачи развития научной платформы медицинской науки «Профилактическая среда»: технологические решения / О.Г. Сафоничева, С.А. Мартынич // Успехи современного естествознания. - 2015. - № 3. - С. 102-106.

118. Сверчков, А.В. Организационно-педагогические условия формирования профессионально-педагогической культуры будущих спортивных педагогов / Сверчков А. В. // Молодой ученый. - 2009. - № 4. - С. 279–282.

119. Селевко, Г. Компетентности и их классификация / Г. Селевко // Народное образование. - 2004. - №4. - С. 138-143.

120. Семашко, Н.А. Избр. произв. / Н.А. Семашко - М., 1967. – 379 с.

121. Сердюков, А.Г. Социологическое обоснование внедрения телемедицинских технологий в практику / А.Г. Сердюков, И.Б. Набережная, Д.А. Захаров // Заместитель главного врача. – 2008. - № 2. - С. 12-20.

122. Средства дистанционного обучения. Методика, технология, инструментарий / под. ред. С.В. Агапонов и др. - СПб.: БХВ - Петербург, 2003. - 336 с.

123. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Президента России. - Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>.

124. Тестовый контроль в системе рейтинга / А. Щапов и др. // Высшее образование в России. – 2017. № 2. - С.66-72.

125. Трайнев, В.А. Дистанционное обучение и его развитие / В.А. Трайнев, В. Гуркин, О.В. Трайнев. – М.: Дашков и К, 2006. - 196 с.

126. Троянская, С.Л. Основы компетентностного подхода в высшем образовании: учебное пособие / С.Л. Троянская. – Ижевск: Издательский центр «Удмуртский университет», 2016. - 176 с.

127. Тягунова, Т.И. Культура компьютерного тестирования. Культура проектирования тестового задания: монография / Т.И. Тягунова. - М.: МГУП, 2006. - 300 с.

128. Федеральный Интернет-экзамен в сфере профессионального образования [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.fepo-nica.ru/>.

129. Филатов, И.Ф. Пути профессионального самоопределения среднего медицинского персонала / И.Ф. Филатов // Психология и образ жизни. - М.: Наука, 2017.- С.99-110.

130. Фоменко, А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А.Г. Фоменко // Медицинские новости. - 2011. - № 11. - С. 31-38.

131. Хасанов, И.Ш. Телемониторинг кардиопациентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных / И.Ш. Хасанов // Healthy Nation. - 2011. - № 3. - С. 61-65.

132. Хассанов, И. Медицинские информационные системы и мобильный телемониторинг пациентов [Электронный ресурс] / И. Хассанов // Материалы конференции «Информационные технологии в здравоохранении» (Казань, 9 июня 2011 г.). - Режим доступа: <http://www.kirkazan.ru/@files/upload/Khassanov2011.pdf>.

133. Хорват, И. Обзор практики проведения экзаменов в медицинских учебных заведениях: тетради общественного здравоохранения / И. Хорват, К. Мак-Гир, В. Парсона. - Женева: ВОЗ, 2017. - 200 с.

134. Храмов, В.Г. Подготовка и повышение квалификации средних медицинских работников: проблемы и пути их решения / В.Г. Храмов // Многоуровневая система подготовки средних медицинских работников. - 2000. - № 16. - С.10-17.

135. Хусаенова, А.А. Совершенствование подготовки медицинских сестер как актуальная проблема реформирования системы здравоохранения / А.А.

Хасевова, Л.М. Насретдинова, Р.Р. Богданов // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы IX Междунар. науч. конф. (г. Самара, сентябрь 2016 г.). - Самара: ООО "Издательство АСГАРД", 2016. - С. 57-59.

136. Чаликова, О.С. Практикум по психодиагностике. Учебно-методические рекомендации к курсу для студентов, обучающихся по направлению «Психология» и направлению «Клиническая психология» / О.С. Чаликова. - Екатеринбург: ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» 2015. - 144 с.

137. Чельшкова, М.Б. Теория и практика конструирования педагогических тестов / М. Б. Чельшкова. - М.: ЛОГОС, 2002. - 432 с.

138. Чернецкая, Н.И. Мотивы выбора профессии медицинской сестры / Н.И. Чернецкая, О.И. Комолкина // Педагогический имидж. - 2017. - № 4(37). - С. 142-148.

139. Чистякова, С.Н. От учебы к профессиональной карьере: учебное пособие. Серия «Профессиональная ориентация» / С.Н. Чистякова, Н.Ф. Родичев. — М.: Издательский центр «Академия», 2012. - 176 с.

140. Чистякова, С.Н. Профессиональное самоопределение / С.Н. Чистякова. - М: Педагогика, 2007. – 288 с.

141. Чупахин, Н.Н. О проблемах закрепления выпускников медицинских вузов и колледжей в учреждениях / Н.Н. Чупахин. - М.: Наука, 2018. - 200 с.

142. Шишлов, А.Н. Профессиональное самоопределение учащихся как проблема управления многопрофильным образовательным учреждением: монография / А.Н. Шишов. - М.: 2012. - 211 с.

143. Шойфет, М.С. Нотнагель (1819-1848) / М.С. Шойфет // 100 великих врачей. - М.: Вече, 2008. - 528 с.

144. Щербакова, Н.Ю. Участие медицинских сестер в деятельности сестринских профессиональных организаций / Н.Ю. Щербакова, И.В. Островская // VIII Международный научный форум. – М.: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. – 2016 – С. 172-176.

145. Яровиной, М.Я. Проблема профессиональной тайны в деятельности медицинских работников / М.Я. Яровиной // Медицинская помощь. - 2006. - № 10. - С.33-39.
146. Anjers, R. The Telebaby Case / R. Anjers, A.F. Rutkowski // EHealth Care Information Systems: An Introduction for Students and Professionals. T. Tan eds. John Wiley & Sons, 2005. - pp. 27-36.
147. Bourge, R.C. COMPASS-HF Study Group. Randomized controlled trial of an implantable continuous hemodynamic monitor in patients with advanced heart failure / R.C. Bourge, W.T. Abraham, P.B. Adamson // the COMPASS-HF study. J. Amer. Coll. Cardiology. - 2008. - № 51. - pp. 1073-1079.
148. Donley, R. Professional Pathways in Nursing: options to seek, start and sustain a career / R. Donley, M. J. Flaherty // The Journal of Issues in Nursing. -2008. - Vol. 13, № 3. - pp. 18-23.
149. Elizabeth Earl. Children's Hospital Los Angeles, Mongolian hospital to expand partnership on telemedicine. April 02, 2015. Available at: <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/children-s-hospital-los-angeles-mongolian-hospital-to-expand-partnership-on-telemedicine.html>.
150. Engelbrecht, R. Telemedicine – a way to better care / R. Engelbrecht. - Deutsches Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit Koch-Metschnikow-Forum, Sektion eHealth. - Berlin, Helmholtz Zentrum. - München, 2009. - 216 p.
151. Francoise, D. Le Deist & Jonathan Winterton / D. Francoise // Human Resource Development International. - March 2005. - Vol. 8, № 1. -pp. 27-44.
152. Johnston, K. The cost-effectiveness of technology transfer using telemedicine / K. Johnston // Health Policy and Planning. - 2004. - № 19(5). - pp. 302-309.
153. Kramer, M. Reality shock: why nurses leave nursing / M. Kramer. - St. Louis: C. V. Mosby, 1974. - 176 p.
154. Martin-Lesende I., Orruño E., Cairo C. Assessment of a primary care-based telemonitoring intervention for home care patients with heart failure and chronic lung

disease / I. Martin-Lesende, E. Orruño, C. Cairo // The TELBIL study. BMC Health Services Research. - 2011. - № 11. - pp. 56-62.

155. Meystre S. The Current State of Telemonitoring: a Comment on the Literature / S. Maystre // Telemed J E Health. - 2005. - № 11(1). - pp. 63-69.

156. Potter, P. Fundamentals of nursing, process and practice P. Potter, F. Perry / P. Potter. - Mosdi J., 1993. -126 p.

157. Skipper, J.K. The role of the hospital nurse: Is it instrumental or expressive? / J. K. Skipper, R.C. Lonard // Social Interaction and patient care. - Philadelphia: J. B. Lippincott. - 1975. - pp. 40-48.