

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
им. Л.А. Тарачевича»

ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ – 2026

**Материалы научных мероприятий
по итогам 2025/26 учебного года**

Тирасполь–Бендеры, 2026

УДК 378.661:614.253
ББК 74.489.478 + 51.1(2)
И721

Редакционная коллегия:

- Р.В. Окушко**, канд. мед. наук, доц., директор ГОУ ВПО «ПГМК им. Л.А. Тарасевича»
С.В. Олейников, д-р полит. наук, доц., зам директора по научной работе ГОУ ВПО «ПГМК им. Л.А. Тарасевича»
Д.А. Поросеч, канд. экон. наук, доц., зав. кафедрой экономики, управления и прикладных дисциплин
М.С. Попаз, зав. кафедрой лингвистики и общественных наук, преп. английского языка
И.С. Бякина, зав. кафедрой сестринского ухода, преп. профессионального цикла I кв. категории

Интеграция науки и практики в медицинском образовании – 2026: Материалы научных мероприятий по итогам 2025/26 учебного года [Электронный ресурс] / ГОУ ВПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича». – Тирасполь–Бендеры, 2026. – 108 с.

Системные требования: Системные требования: DC CPU (Intel/AMD) 2 ГГц / ОЗУ 4 Гб / HDD 80 Гб / 17" / Windows 7 и новее / Microsoft Edge / Adobe Acrobat Reader 6 и новее.

Включает научно-методические статьи, посвященные актуальным проблемам модернизации медицинского образования на основе принципов доказательной педагогики и безопасности пациентов. Рассматриваются вопросы формирования профессионально-языковой и информационно-педагогической компетентности участников образовательного процесса, специфика внедрения инструментов бережливого производства в практическое здравоохранение, а также методология проектирования и классификации клинических симуляционных сценариев.

Представляет практический интерес для профессорско-преподавательского состава медицинских учебных заведений, организаторов здравоохранения, методистов и исследователей в области симуляционных технологий обучения.

УДК 378.661:614.253
ББК 74.489.478 + 51.1(2)

Рекомендовано Ученым советом ГОУ ВПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича»

Ответственность за содержание материалов несут авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

В.Р. Окушко. Интеграция науки и практики в медицинском образовании: от доказательной педагогике к безопасности пациента.....	5
 Раздел I. ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЯЗЫКОВАЯ ПОДГОТОВКА И ЭТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	
А.В. Грибенчикова. Греко-латинские терминологические элементы как основа формирования профессиональной языковой компетенции студентов медицинского колледжа: лингводидактический аспект	9
М.С. Попаз. Игровой практикум как средство активизации профессионально-ориентированной лексики на занятиях по иностранному языку в медицинском колледже (из опыта работы)	13
А.В. Грибенчикова. Лингвокультурологический подход в преподавании молдавского языка и литературы как средство формирования профессиональной этики будущего медика	25
 Раздел II. ПРИНЦИПЫ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА (LEAN HEALTHCARE) И ОПТИМИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Е.Н. Швец, У. Спириденко. Принципы кайдзен в медицинских учреждениях	32
Д.А. Поросеч. Некоторые аспекты Lean Healthcare влияющие на повышение эффективности медицинской деятельности	37

Л.В. Мунтян, Я.Ю. Захаров. Некоторые аспекты повышения эффективности работы в государственных и муниципальных ЛПУ на основе принципов бережливого производства	42
К.Д. Гавловская, Д.А. Поросеч. Внедрение принципов бережливой поликлиники в Приднестровской Молдавской Республике	47
Е.С. Гольша, М. Гороховски. Оптимизация рабочего пространства, обеспечивающего безопасность сотрудников и ациентов в медицинской организации.....	52
 Раздел III. СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ	
И.С. Бякина. Симуляционные сценарии в системе непрерывного медицинского образования	59
М.А. Шаронова. Клинический сценарий как основа построения тренинга hard skills и soft skills	65
Л.В. Мельничук. Особенности построения симуляционных (клинических) сценариев для формирования Soft skills.....	71
С.Ф. Грицаенко. Построение клинических сценариев для формирования hardskills.....	78
И.С. Шептефрац. Интегративный подход в использовании клинических сценариев	89
 Раздел IV. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КОЛЛЕДЖА	
Д.С. Кушнарева. Особенности восприятия образовательной среды студентами медицинского колледжа: результаты анкетирования	95
Н.Д. Саракуца. Профессионально-информационная компетентность как основа педагогической деятельности современного преподавателя.....	102

ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ОТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ К БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА

В.Р. Окушко,

*директор ГОУ ВПО «Приднестровский государственный
медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича»*

Уважаемые коллеги, преподаватели, студенты и непрерывные участники медицинского сообщества!

Перед вами – знаковое издание. Мы держим в руках первый выпуск ежегодного сборника научных трудов нашего медицинского колледжа. Это событие знаменует переход исследовательской работы образовательного учреждения на качественно новый, системный уровень. Отныне данный сборник станет ежегодной академической платформой для аккумулирования, верификации и масштабирования передового опыта, научно-методических достижений и инновационных разработок наших преподавателей и экспертов-практиков.

Современное здравоохранение и медицинское образование переживают эпоху глобальной трансформации. Сегодня как никогда очевидно: качественная медицинская помощь немыслима без опоры на принципы доказательности – как в клинической медицине, так и в профессиональной педагогике. Образовательный процесс в медицинском колледже – это не просто трансляция готовых знаний, а высокотехнологичное проектирование профессиональных компетенций. Каждое педагогическое действие, внедряемое в наших аудиториях, должно быть обосновано, измерено и доказано с точки зрения его эффективности. Именно эта сквозная логика объединяет де-

вать представленных в номере научных работ, группирующих ся вокруг трех фундаментальных векторов развития.

Вектор I. Лингводидактический фундамент и деонтологическая зрелость. Культура мышления и безопасность коммуникации будущего медика начинаются со слова. Фундаментальное значение для формирования профессионального дискурса имеет глубокое освоение понятийного аппарата. Исследование роли греко-латинских терминоэлементов убедительно доказывает, что структурно-семантический метод позволяет уйти от репродуктивного заучивания к осознанному конструированию профессионального языка у студентов специальностей «Лечебное дело» и «Сестринское дело».

Доказательная педагогика требует верификации методов обучения через измеримый результат. Опыт внедрения трехэтапной модели игрового практикума на занятиях по иностранному языку, подкрепленный анализом обратной связи практикующих педагогов, демонстрирует, как интерактивные технологии интенсифицируют усвоение профессиональной лексики. В свою очередь, интеграция этнокультурного компонента в рамках лингвокультурологического подхода (на материале молдавской литературы и сравнительного анализа паремий) выступает мощным фактором формирования эмпатии и профессиональной этики – качеств, определяющих деонтологическую зрелость выпускника.

Вектор II. Оптимизация здравоохранения: философия Lean и региональный опыт. Центральный, наиболее масштабный блок сборника посвящен междисциплинарному трансферу управленческих технологий из бережливого производства в медицину (Lean Healthcare). В современных реалиях эффективность ЛПУ зависит не только от клинической квалификации персонала, но и от безупречной архитектоники внутренних процессов.

Авторы глубоко анализируют философию непрерывных улучшений (Кайдзен), позиционируя её как инструмент снижения непроизводственных потерь, маршрутизации пациентов и

минимизации рисков, вызванных коммуникативными сбоями. Теоретический базис Lean Healthcare последовательно разворачивается в прикладные исследования: от системного анализа пациентского пути и цифровизации (внедрение KPI, электронных медицинских карт) до специфики внедрения бережливых технологий в амбулаторно-поликлиническом звене Приднестровской Молдавской Республики в условиях ограниченности ресурсов. Внедрение электронных очередей, перераспределение функций между медицинским и административным персоналом — это доказанные шаги к созданию истинно пациенто-ориентированной среды.

Особое научно-практическое значение имеет работа, посвященная эргономике и оптимизации рабочего пространства в медицинских организациях. Авторы доказывают: научно обоснованное зонирование помещений, визуализация и внедрение системы 5S напрямую снижают физическую нагрузку, предотвращают синдром профессионального выгорания у персонала и, что критически важно, минимизируют риск совершения медицинских ошибок, обеспечивая безопасность пациента.

Вектор III. Мониторинг образовательной среды как доказательный инструмент. Завершает сборник исследование, замыкающее методологический контур наших изысканий. Мы не можем строить эффективную траекторию обучения, не опираясь на обратную связь от главных субъектов этого процесса — наших студентов. Результаты комплексного анкетирования обучающихся I–III курсов позволили выявить динамику адаптации, информационные перегрузки и дефицит практико-ориентированности. Полученные эмпирические данные служат прямым руководством к действию для администрации и педагогического коллектива по модернизации образовательного пространства колледжа.

Наука в медицинском колледже – это не абстрактная теория, а живой, измеримый инструмент повышения качества жизни и здоровья населения. Публикуемые материалы имеют

высокую прикладную ценность, а предложенные сценарии и методические рекомендации готовы к внедрению в образовательную и клиническую практику.

Выражаю глубокую благодарность авторам за верность научному поиску, академическую строгость и стремление к непрерывному совершенствованию. Уверен, что наш ежегодный сборник станет авторитетным источником инновационных идей, способствующих динамичному развитию как медицинского образования, так и практического здравоохранения региона.

Желаю авторам и читателям неиссякаемой энергии, новых научных горизонтов и успешного претворения исследовательских результатов в практику!

Раздел I

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЯЗЫКОВАЯ ПОДГОТОВКА И ЭТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

ГРЕКО-ЛАТИНСКИЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТЫ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЯЗЫКОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА: ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

А.В. Грибенчикова,

преподаватель кафедры «Лингвистики и общественных наук»

Исследуется роль греко-латинских терминоэлементов (ТЭ) в формировании профессиональной языковой компетенции студентов медицинского колледжа. На материале клинической, анатомической и фармацевтической терминологии проанализированы основные словообразовательные модели медицинского дискурса: терминологическое словосложение, суффиксация и префиксация. Обоснован лингводидактический подход к преподаванию дисциплины, при котором латинский язык изучается не как совокупность готовых форм, а как система продуктивных словообразовательных механизмов. Представлены результаты педагогического наблюдения за студентами специальностей «Лечебное дело» и «Сестринское дело», подтверждающие повышение качества усвоения терминологии при систематическом применении структурно-семантического метода.

Ключевые слова: медицинская терминология; лингводидактика; словообразование; структурно-семантический метод.

Введение

Профессиональная языковая компетенция специалиста здравоохранения неотделима от умения оперировать медицинской терминологией. В условиях среднего профессионального образования (СПО) дисциплина «Основы латинского языка с

медицинской терминологией» занимает особое место: она одновременно служит инструментом формирования будущей профессиональной коммуникации и базой для усвоения клинических дисциплин [2; 3]. Вместе с тем практика преподавания свидетельствует о том, что механическое заучивание готовых форм без понимания их структуры не обеспечивает прочного долговременного запоминания и не формирует способности к самостоятельному декодированию незнакомых терминов.

Ключевым ресурсом, позволяющим преодолеть эту проблему, являются греко-латинские терминоэлементы (ТЭ) – морфемы классических языков (корни, приставки, суффиксы), регулярно воспроизводимые в медицинской лексике. Знание относительно небольшого набора ТЭ открывает доступ к пониманию тысяч терминов, не требуя их индивидуального заучивания.

Актуальность темы обусловлена рядом факторов:

1. Стремительным расширением медицинской лексики за счёт новых технологий и диагнозов, строящихся по классическим моделям.

2. Недостаточной разработанностью лингводидактической модели обучения ТЭ применительно к уровню СПО, где объём часов на дисциплину существенно ограничен.

3. Потребностью в формировании у выпускников навыка самостоятельного освоения профессиональной лексики на протяжении всей трудовой деятельности.

Цель настоящей работы – на основе анализа словообразовательной структуры медицинских терминов обосновать и описать лингводидактическую модель обучения греко-латинским ТЭ, обеспечивающую формирование профессиональной языковой компетенции студентов медицинского колледжа.

Теоретические основы исследования

Медицинская терминология формировалась на протяжении более двух тысячелетий, причём греческий и латинский языки неизменно оставались её структурным фундаментом [4;

6]. Авл Корнелий Цельс в трактате «De medicina» (I в. н. э.) заложил латинскую профессиональную лексику, создав или адаптировав такие термины, как *abdomen*, *cartilago*, *cervix*, *cranium* [7]. Позднее арабская научная традиция обогатила номенклатуру переводческими кальками: *ria mater*, *dura mater* – буквальные переводы арабских метафор, воспринятые средневековой латынью [1].

В XIX – начале XX в. интенсивное развитие анатомии, физиологии и клинических дисциплин вызвало терминологический «взрыв». Принятие Базельской анатомической номенклатуры (BNA, 1895), а затем Парижской (PNA, 1955) и современной *Terminologia Anatomica* (TA, 1998) заложило принцип унификации на основе классических ТЭ [5].

С позиций лингвистики ТЭ представляют собой, по классификации М. Н. Чернявского, «строительный материал» медицинской лексики: их системное изучение формирует «терминологическую интуицию», позволяющую специалисту корректно понимать и употреблять незнакомые слова [7]. С дидактической точки зрения обучение ТЭ соответствует принципу сознательности: учащийся не воспроизводит, а конструирует термин, опираясь на известные морфемы.

Методология и практические рекомендации

В ходе исследования были выделены три ключевые словообразовательные модели, составляющие основу обучения:

1. Терминологическое словосложение. Примеры: *cardio-* + *-logia* → *cardiologia* (наука о сердце); *encephalo-* + *-graphia* → *encephalographia* (запись активности мозга).

2. Латинская суффиксация. Суффикс *-itis* маркирует воспалительный процесс (*appendicitis*, *bronchitis*); *-oma* – опухолевое образование (*carcinoma*, *adenoma*); *-ectomy* – хирургическое удаление (*appendectomy*).

3. Префиксация. Префиксы *hyper-/hypo-* (избыток/недостаток), *brady-/tachy-* (медленный/быстрый) формируют антонимичные пары, удобные для парного запоминания.

На основании педагогического опыта сформулированы следующие практические рекомендации для системы СПО:

- Формирование «словаря ТЭ» как опорного инструмента. С первых занятий студенты заполняют личные карточки ТЭ по схеме: форма → значение → примеры → антоним/пара. К концу курса словарь содержит 120–150 единиц.

- Принцип «от морфемы к термину». Введение новой лексической темы начинается не со списка терминов, а с разбора входящих в них ТЭ.

- Визуализация словообразовательных гнёзд. Использование ментальных карт и схем «терминологических семей» в учебном пространстве.

- Интеграция с клиническими дисциплинами. Согласование тематических блоков ТЭ с актуальным материалом занятий по анатомии, физиологии и фармакологии.

Результаты исследования

Результаты педагогического наблюдения за студентами специальностей «Лечебное дело» и «Сестринское дело» подтверждают эффективность предложенного подхода. В группе, где обучение строилось на системном освоении ТЭ, средний балл по дисциплине превысил показатель усвоения.

Понимание этимологии делает термины «живыми», обогащает логику, заложенную в них создателями. Термин *pylogus* (от греч. πυλωρός – «страж ворот») перестаёт быть набором букв и превращается в образ функции органа; *incus* (наковальня) ментально вызывает визуальную ассоциацию с формой слуховой косточки.

Заключение

Греко-латинские терминоэлементы образуют продуктивную словообразовательную систему, лежащую в основе свыше 85 % лексического минимума дисциплины. Освоение ограниченного набора ТЭ (около 160 единиц) обеспечивает ключ к пониманию и самостоятельному декодированию тысяч меди-

цинских терминов. Лингводидактический подход, при котором изучение ТЭ предшествует усвоению готовых форм, статистически значимо повышает качество подготовки специалистов среднего звена, закладывая фундамент их профессиональной грамотности.

Литература

1. Балалыкин Д. А. История развития анатомии // Вестник новых медицинских технологий. 2017. Т. 24, № 3. С. 156–162.
2. Колесников Л. Л. Анатомия человека: в 3 т. / Л. Л. Колесников, Д. Б. Никитюк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Т. 1. – 672 с.
3. Куприянов В. В. Анатомия человека / В. В. Куприянов, В. Г. Татаринов. – М.: Медицина, 2018. – 496 с.
4. Лисицын Ю. П. История медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 400 с.
5. Pretterklieber M. L. Nomina anatomica – unde venient et quo vaditis? // Anatomical Science International. 2024. Vol. 99. P. 333–347. DOI: 10.1007/s12565-024-00762-w.
6. Сорокина Т. С. История медицины. – М.: Академия, 2020. – 560 с.
7. Чернявский М. Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии. – М.: Медицина, 2017. – 336 с.

ИГРОВОЙ ПРАКТИКУМ КАК СРЕДСТВО АКТИВИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО- ОРИЕНТИРОВАННОЙ ЛЕКСИКИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ)

М.С. Попаз,

преподаватель английского языка

Представлен опыт применения игрового практикума в системе среднего профессионального образования. Раскрывается трёхэтапная модель введения и закрепления медицинской терминологии на английском языке. На основе анализа обратной связи 16 участников – преподавателей иностранных языков – доказывается эффективность предложенной модели. Полный сценарий мероприятия вынесен в Приложение и может быть использован педагогами для проведения аналогичных игровых практикумов.

Ключевые слова: игровой практикум, профессионально-ориентированная лексика, медицинский английский, интерактивное обучение.

Актуальность обусловлена противоречием между необходимостью владения обучающимися профессиональной иноязычной лексикой и отсутствием мотивации у студентов к обучению. Традиционные методы (лексические диктанты, переводные упражнения) часто не создают устойчивой мотивации и не формируют навык оперативного извлечения термина из памяти. Игровой практикум предлагается как один из способов преодоления данного противоречия.

В настоящей статье игровой практикум рассматривается не как развлекательная пауза, а как структурно организованная форма учебной деятельности с чёткими этапами, соревновательным элементом и тактильным закреплением материала, что позволяет повысить учебную мотивацию без потери академической строгости.

Полный сценарий мероприятия представлен в приложении к данной статье.

Разработанное мероприятие строится по принципу постепенного нарастания сложности и активности участников. Три этапа (Medical Discovery, Medical Mystery, Organ Battle) реализуют логику «от пассивного восприятия к активной репродукции и далее к тактильно-командному закреплению». Ниже даётся краткая характеристика каждого этапа и приводятся иллюстративные фрагменты сценария:

Этап 1: Medical Discovery (пассивное введение лексики)

Педагогическая задача на данном этапе состоит в том, чтобы снять терминологический страх, связав новое медицинское значение слова с уже известным бытовым.

Ведущие предъявляют каждое слово в двух плоскостях: «в быту» и «в медицине». Участники только слушают и запоминают:

Ведущий 1: Word number one: CHEST.

Ведущий 2: In everyday life, a chest is a box for treasure.

Ведущий 1: In medicine, chest means the upper part of the body, protected by ribs.

Приём семантизации через противопоставление (common meaning and medical meaning) активирует ассоциативную память и создаёт опору на уже известное слово.

Этап 2: Medical Mystery (состязательная репродукция)

Основная задача на данном этапе – перевести лексику из пассивного словаря в активный через дефиниции и соревнование.

Команды отвечают на вопросы-дефиниции по очереди. Лимит времени – 10 секунд на обсуждение:

Ведущий 2: It pumps blood through your entire body.

Команда: Heart!

Такой формат «вопрос-дефиниция» вынуждает мыслить на английском языке, а временной лимит создаёт здоровую соревновательную атмосферу.

Этап 3: Organ Battle (тактильное и командное закрепление)

Главная цель на данном этапе – задействовать моторную память и навыки совместной работы.

Команды получают контур тела и бумажные органы. Задача – разместить органы в правильных местах и подписать их английскими названиями:

Ведущий 1: Your task: place each organ in the correct position on the body and write the English name next to each organ. You have 5 minutes.

Тактильный компонент создаёт дополнительную нейронную связь, а командный формат снижает страх индивидуальной ошибки.

Важной методической находкой практикума является включение студентов в роли консультантов. Каждой команде преподавателей прикрепляется студент, который помогает с произношением и написанием терминов. Такое распределение ролей позволяет:

– участникам-преподавателям: снять барьер «боязни показаться некомпетентным»;

– студентам: формировать опыт тьюторства, а также повысить самооценку.

Для оценки эффективности предложенной модели был проведён сбор обратной связи с использованием авторской анкеты «Patient's History Form» (Приложение 2). Анкета была заполнена всеми участниками мероприятия (общее количество участников составило 16 человек) – преподавателями иностранных языков образовательных организаций СПО, членами республиканского методического объединения (РМО). Возврат анкет составил 100%.

Участникам предлагалось отметить варианты, отражающие их эмоциональное состояние после участия в игре (множественный выбор). Результаты представлены в таблице:

Вариант ответа	Количество выборки	% от общего числа участников
«Ничего не болит, всё отлично» (Nothing hurts, everything is fine)	8	50%
«Хочется ещё таких игр» (I want more games like this)	13	81,25%
«Было трудно, но интересно» (It was challenging but interesting)	4	25%

Высокий процент выборов «Хочется ещё таких игр» (81,25 %) и «Ничего не болит, всё отлично» (50 %) свидетельствует о положительном эмоциональном принятии формата. При этом 25 % отметили «было трудно, но интересно», что говорит о сохранении познавательного напряжения – игра не была «слишком лёгкой», но и не вызвала фрустрации.

В открытых вопросах участники формулировали, что они вынесли из игры, а также оставляли пожелания. Ниже приводятся примеры:

«Диагноз» (что поняли, что открыли):

«Поняла, как легко можно ввести сложную терминологию. Три этапа – это логично.»

«Увидела, что даже коллеги начинают азартно отвечать – значит, со студентами сработает на 100%».

«Открыла для себя формат «студент-консультант». Раньше боялась давать студентам такую роль, а теперь попробую.»

«Играть можно не только для закрепления, но и для снятия стресса на занятии.»

«Рекомендации / Пожелания»:

«Организовывать чаще подобных мероприятий.»

«Спасибо за возможность ближе ознакомиться с особенностями медицинского английского.»

«Было очень необычно, креативно. Спасибо за идею!»

6 участников из 16 прямо указали, что планируют применить данную модель в своих группах («возьму в работу», «делаю так же на техническом английском»).

Несколько респондентов заинтересовались адаптацией игры под другие специальности.

Собранные данные позволяют утверждать, что игровой практикум «Battle of the Brains»:

1. Вызвал высокий уровень эмоционального принятия (81,25% хотели бы повторения).

2. Был воспринят как методически полезный (участники фиксируют трёхэтапную структуру и роль студентов-консультантов).

3. Стимулировал профессиональную рефлексию и готовность к переносу модели в собственную педагогическую практику.

Проведение игрового практикума «Battle of the Brains» и анализ обратной связи участников позволяют сделать следующие выводы:

Предложенная трёхэтапная структура (Medical Discovery → Medical Mystery → Organ Battle) обеспечивает плавный переход от пассивного восприятия профессиональной лексики к её активному использованию в игровой и тактильной формах. Соревновательный элемент создаёт высокую мотивацию даже у взрослых участников, а тактильный компонент задействует моторную память, повышая прочность усвоения.

Включение студентов в роли консультантов решает две задачи одновременно: снимает психологические барьеры у участников и даёт студентам ценный опыт учебного тьюторства.

Данные обратной связи (81,25% участников хотели бы повторения игры, 50% оценили своё состояние как «всё отлично», а 6 участников прямо заявили о намерении применить модель в своей работе) подтверждают эффективность игрового практикума как средства активизации профессионально-ориентированной лексики.

Представленная модель может быть адаптирована для любой профессиональной сферы (технической, экономической, юридической, педагогической) путём замены терминологического содержания при сохранении игровой структуры.

Полный сценарий мероприятия, включая реплики ведущих, вопросы всех раундов, описание раздаточных материалов и форма обратной связи, вынесен в Приложение и может быть использован педагогами для проведения аналогичных игровых практикумов.

Литература

1. Малецкая О. П. Английский язык в профессиональной сфере: для студентов средних медицинских учебных заведений. Анатомия. Первая помощь. Патология. Сестринский уход: учебное пособие для СПО / О. П. Малецкая. – Санкт-Петербург: Лань, 2023. – 136 с.

2. Попаз М.С. Английский язык для студентов медицинских колледжей: учебно-методическое пособие для СПО. – 3-е изд., стер. – Санкт-Петербург: Лань, 2022. – 80 с.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ВНЕАУДИТОРНОГО МЕРОПРИЯТИЯ
Игрового практикума «Battle of the Brains»
в рамках РМО преподавателей иностранных языков

Пояснительная записка

Настоящая методическая разработка внеаудиторного мероприятия «Battle of the Brains» в формате игрового практикума подготовлена **Попаз М.С.**, преподавателем английского языка ГОУ ВПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича».

Мероприятие представляет собой презентацию опыта применения игровой модели обучения профессионально-ориентированной лексике (на примере медицинского английского).

Цель: продемонстрировать потенциал игрового метода для введения и закрепления профессиональной лексики (на примере медицинского английского) и вдохновить преподавателей на проведение игровых практикумов.

Задачи:

- ознакомить участников с трехэтапной структурой игрового практикума (введение → состязание → творческое/тактильное закрепление);
- вовлечь участников в активную игровую деятельность;
- продемонстрировать роль студентов-консультантов как помощников в обучении.

Выбор формата игрового практикума обусловлен необходимостью практического освоения методического инструментария. Непосредственное включение преподавателей в игровую деятельность позволяет участникам апробировать методику, проанализировать групповую динамику и превентивно выявить потенциальные трудности реализации. Данный подход трансформирует традиционную демонстрацию опыта в интерактивный методический диалог.

Мероприятие построено по принципу постепенного нарастания сложности и активности участников:

Этап	Название	Время, мин	Описание
1	Организационный момент	2	Формирование двух команд. Команды занимают свои места. Представляется жюри.
2	Вводная часть	2	Слово организатора мероприятия. Объявление цели и задач мероприятия.
3	Основная часть	33	Реализация игровой модели обучения профессиональной лексике.
3.1	Medical Discovery	8	Пассивное восприятие (участники слушают и запоминают медицинские термины)

Этап	Название	Время, мин	Описание
3.2	Medical Mystery	10	Состязательный этап (отгадывание медицинского термина)
3.3	Organ Battle	15	Командная работа с раздаточным материалом (размещение органов на теле)
4	Заключительная часть	5	Подведение итогов. Слово жюри. Обратная связь (заполнение «Истории болезни»).

В результате участия в практикуме преподаватели получают готовую к применению трехэтапную модель работы с профессиональной лексикой, ознакомятся с эффективными приемами введения и закрепления терминологии, увидят пример организации взаимодействия «студент-консультант» и смогут адаптировать представленную модель под любую специальность.

Методическая разработка внеаудиторного мероприятия «Battle of the Brains» соответствует современным требованиям к организации образовательного процесса в системе СПО и может быть рекомендована к использованию в работе преподавателей иностранных языков как образец организации игрового практикума с профессиональной направленностью.

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЯ

1. Организационный момент. Две команды преподавателей занимают свои места. Оглашается название мероприятия. Представляются жюри.

Ведущий 1: *Good afternoon, everyone!*

Ведущий 2: *We are glad to see you at our event – Battle of the Brains!*

Ведущий 1: *And let's introduce our jury today... (поименно представляет членов жюри)*

Ведущий 2: *So please welcome our jury!*

Ведущий 1: *And now – a few words from the organiser of today's game.*

2. Вводная часть (слово организатора мероприятия)

Dear guests!

Together with my students, we've prepared a special activity for you. And the most important thing I want to say right now: today you are not spectators – you are participants.

We've created a game for you called "Battle of the Brains". You'll play in teams, identify medical terms, and even... place organs on the body!

Please don't worry about the medical topic. We don't expect you to know anatomy. Our task today is not to test your knowledge, but to show that learning can be fun. Medicine is just an example – a way to show you a simple method. A method that you can use in your own lessons with any professional vocabulary.

Our main task today is to motivate you to create your own games for your students.

Please welcome our hosts!

Each team has one consultant. They are here to help you if you need a word or have a question. So don't be shy – they are on your side.

3. Основная часть

Ведущий 1: *On my right – **Calm Nurses!** The people who keep their cool in any situation. And your consultant is... (имя)*

Ведущий 2: *On my left – **Crazy Paramedics!** They are always on the move, always ready for the unexpected! Your consultant is ... (имя)*

Ведущий 1: *Consultants will help you with spelling and support you during the game.*

Ведущий 2: *So, what's waiting for you?*

Ведущий 1: *Today we have three rounds. The first Round is **Medical Discovery**. You just listen and discover new medical words. No stress, no competition – just pure knowledge!*

Ведущий 2: *The second Round is **Medical Mystery** – a competition.*

Ведущий 1: *The third Round is **Organ Battle** – teamwork. You will place organs on the body.*

Ведущий 2: *Are you ready? Let's begin!*

РАУНД 1. MEDICAL DISCOVERY (8 минут)

(Только слушают, запоминают, открывают новое)

Ведущий 1: *The first Round is **Medical Discovery**. Just listen and discover new medical words. You will hear 10 words with their medical meanings. Later, in Rounds 2 and 3, you will use this information.*

Ведущий 2: *So relax, listen, and discover!*

(на экране поочередно появляются слова и их значение в обиходном языке и в медицинском)

Ведущий 1: *Word number one: **CHEST**.*

Ведущий 2: *In everyday life, a chest is a box for treasure.*

Ведущий 1: *In medicine, **chest** means the upper part of the body, protected by ribs.*

Ведущий 2: *Inside the chest you have two main organs: the **heart** and **lungs**.*

Ведущий 1: *Word number two: **ABDOMEN**.*

Ведущий 2: *Children often say "tummy" or "belly".*

Ведущий 1: *In medicine, we say **abdomen**. It contains many organs.*

Ведущий 2: *For example: **stomach, liver, intestines, kidneys**.*

Ведущий 1: *Word number three: **SKULL**.*

Ведущий 2: *Pirates have a skull on their flag. But in medicine...*

Ведущий 1: *...the **skull** protects the most important organ – the **brain**.*

Ведущий 2: *Word number four: **SPINE**.*

Ведущий 1: *We say "back" in everyday life.*

Ведущий 2: *In medicine, it's the **spine** or **vertebral column**. It supports the whole body.*

Ведущий 1: Word number five: **RIBS**.

Ведущий 2: You know the dish “spare ribs”.

Ведущий 1: In medicine, **ribs** are 12 pairs of bones that protect the **heart and lungs**.

Ведущий 2: Word number six: **CERVICAL SPINE**.

Ведущий 1: We just call it “neck” in daily life.

Ведущий 2: But in medicine, the **cervical spine** protects the **spinal cord** – the connection between brain and body.

Ведущий 1: Word number seven: **ORAL CAVITY**.

Ведущий 2: We say “mouth” – we smile, speak, eat with it.

Ведущий 1: In medicine, it’s the **oral cavity**. Dentists love this term!

Ведущий 2: Word number eight: **SKIN**.

Ведущий 1: We touch things with it. It covers our body.

Ведущий 2: Did you know? **Skin** is the largest organ of the human body!

Ведущий 1: Word number nine: **PHARYNX**.

Ведущий 2: We say “throat” – “I have a sore throat.”

Ведущий 1: In medicine, it’s the **pharynx**. It connects the mouth to the esophagus.

Ведущий 2: Word number ten: **KNEE JOINT**.

Ведущий 1: Children often scrape their knees.

Ведущий 2: In medicine, it’s the **knee joint** – a complex structure that surgeons sometimes replace.

Ведущий 1: The first Round is over!

Ведущий 2: So, you know: chest, abdomen, skull, spine, ribs, cervical spine, oral cavity, skin, pharynx, and knee joint.

Ведущий 1: In Round 2, we’ll see how fast you can remember them!

РАУНД 2. MEDICAL MYSTERY (Состязательный)

Ведущий 2: Round 2 – **Medical Mystery!** Now it’s competition time!

Ведущий 1: We will take turns. First, one team answers, then the other team answers, and so on. For each right answer you can get a point.

Ведущий 2: I will read a definition. Then I will say: “**Calm Nurses, your turn**” or “**Crazy Paramedics, your turn**”. You have 10 seconds to discuss quietly, then give your answer.

Ведущий 1: If your team doesn’t know the answer, the other team can try and get an extra point.

Ведущий 2: Ready? Let’s begin!

(Ведущие читают поочередно, команды отвечают поочередно.

Правильный ответ появляется на экране)

Nº	Definition	Answer
1	The largest organ of the human body. It protects us.	<i>Skin</i>
2	It pumps blood through your entire body.	<i>Heart</i>
3	These bones protect the heart and lungs.	<i>Ribs</i>
4	This organ digests food.	<i>Stomach</i>
5	It controls everything – thoughts, movements, memory.	<i>Brain</i>
6	Another word for the backbone.	<i>Spine</i>
7	The medical term for the mouth.	<i>Oral cavity</i>
8	The medical term for the throat.	<i>Pharynx</i>
9	What does the cervical spine protect?	<i>Spinal cord</i>
10	The medical term for the knee.	<i>Knee joint</i>

Ведущий 2: *Well done! Round 2 is over. Jury, please count the points.*

РАУНД 3. ORGAN BATTLE

(Командный, тактильный, наглядный)

Ведущий 1: *Now Round 3 – **Organ Battle**! This is teamwork with 8 organs.*

Ведущий 2: *Each team will receive:*

- *An empty body outline (Приложение 1)*
- *8 paper organs: **heart, lungs, stomach, liver, intestines, kidneys, bladder,***

brain

Ведущий 1: *Your task:*

- 1. Place each organ in the correct position on the body*
- 2. Write the English name next to each organ*

Ведущий 2: *You have 5 minutes. Student-consultants can help with spelling, but placement is your decision.*

Ведущий 1: *Maximum score is 8 points – one for each correctly placed organ. Jury will check your work and count the points.*

Ведущий 2: *Time starts now!*

(включается фоновая музыка пока команды работают)

Ведущий 1 (через 5 минут): *Time's up! Let's check.*

Ведущий 2: *Jury, please check and count the points.*

Ведущий 1: *While our jury is counting the points, let's check the last task together!*

Ведущий 2: *Look at the screen. You can see a human body silhouette. We'll show you an organ, and your task is to name it in English – all together!*

Ведущий 1: *What's here, in the skull?*

Ведущий 2: *Correct! The brain controls everything.*

Ведущий 1: *What organs are located on both sides of the heart?*

Ведущий 2: *Well done! The lungs help us breathe.*

Ведущий 1: *What pumps blood?*

Ведущий 2: *Yes! The heart is located between the lungs.*

Ведущий 1: *What organ digests food?*

Ведущий 2: *Great! The stomach is in the abdomen.*

Ведущий 1: What's here, on the right side?

Ведущий 2: Perfect! The liver filters toxins.

Ведущий 1: What organ is located below the stomach and absorbs nutrients?

Ведущий 2: Correct! The intestines – they can be up to 7 meters long!

Ведущий 1: What are these two?

Ведущий 2: Excellent! Kidneys filter our blood.

Ведущий 1: And the last one, down here?

Ведущий 2: Fantastic! The bladder stores urine.

4. Заключительная часть (Подведение итогов)

Ведущий 1: The game is over! Now our jury will tell us the results.

Ведущий 2: And now, the moment everyone is waiting for – our jury will name the winner!

(Слово жюри, награждение участников)

Ведущий 2: Congratulations to both teams for a great game!

Ведущий 1: Dear guests, thank you for your active participation! We really appreciate your energy and involvement!

Ведущий 2: And now short feedback. On your tables you can see a Patient's History Form (Приложение 2). This is our **prescription for impressions** – your feedback on today's game.

Ведущий 1: You can fill it in **either in English or in Russian** – whichever is more comfortable for you. The most important thing is your honest opinion!

Battle of the Brains

PATIENT'S HISTORY FORM/ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Patient's name / Пациент (optional): _____

Complaints / Жалобы (please tick / отметьте):

☐ Nothing hurts, everything is fine / Ничего не болит, всё отлично

☐ I want more games like this / Хочется ещё таких игр

☐ It was challenging but interesting / Было трудно, но интересно

☐ Other / Другое: _____

Diagnosis / Диагноз:

(What do you take away from the game? What did you discover? / Что вынесли из игры, что поняли, что открыли?)

Recommendations / Wishes / Рекомендации / Пожелания:

Thank you for your feedback!

ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПРЕПОДАВАНИИ МОЛДАВСКОГО ЯЗЫКА И ЛИТЕРАТУРЫ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ БУДУЩЕГО МЕДИКА

А. В. Грибенчикова,

преподаватель кафедры «Лингвистики и общественных наук»

Рассматривается проблема интеграции этнокультурного компонента в процесс обучения молдавскому языку и литературе в условиях среднего профессионального образования. Автор обосновывает значимость лингвокультурологического подхода как фактора духовного развития личности и формирования профессиональных компетенций будущих медицинских работников. На примере использования малых фольклорных форм (поговорок, афоризмов) и произведений классической литературы (И. Друцэ, Г. Виеру) показаны методические приемы развития межкультурной коммуникации и эмпатии. Представлен сравнительный анализ молдавских и русских паремий в контексте медицинской этики.

Ключевые слова: лингвокультурология; молдавский язык; профессиональная этика; этнокультурный компонент; паремиология; медицинский колледж; межкультурная коммуникация; СПО.

Введение

Современная парадигма языкового образования в системе среднего профессионального образования (СПО) требует выхода за рамки узкофункционального усвоения грамматических и лексических норм. Для студентов медицинских специальностей изучение официального (молдавского) языка приобретает особую значимость не только как средство коммуникации, но и как инструмент формирования деонтологических установок. Как справедливо отмечает А. Вежбицкая, язык является не просто средством передачи информации, но и уникальным носителем культурных кодов и ценностей, формирующих мировоззрение народа [7].

В условиях поликультурного пространства Приднестровья, где сосуществуют различные этнические группы, интеграция культурных ценностей в учебный процесс становится

фундаментом для воспитания толерантности, формирования эмпатии и «терминологической эмпатии» – способности понимать пациента через призму его национальной идентичности и мировосприятия [3; 7]. Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью разработки эффективных методик, позволяющих объединить лингвистическую подготовку с духовно-нравственным развитием будущего специалиста в условиях ограниченного временного ресурса учебных программ СПО. Особое внимание уделяется формированию профессиональной этики, которая является краеугольным камнем в работе медицинского работника, обеспечивая доверительные отношения с пациентами и эффективное оказание помощи.

Цель работы – теоретически обосновать и экспериментально подтвердить эффективность лингвокультурологического подхода в преподавании молдавского языка и литературы в медицинском колледже для формирования профессиональной этики и межкультурной компетенции студентов.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические основы лингвокультурологического подхода в контексте языкового образования в СПО.
2. Разработать и апробировать методические приемы интеграции этнокультурного компонента в процесс обучения молдавскому языку и литературе.
3. Оценить влияние предложенной методики на формирование профессионально значимых качеств студентов медицинского колледжа.

Теоретические основы и лингвокультурологический контекст

Лингвокультурологический подход в преподавании молдавского языка базируется на неразрывности языка и национальной психологии, что находит отражение в работах многих исследователей [2; 3; 8]. Язык, являясь зеркалом культуры, аккумулирует в себе исторический опыт, ценности, традиции и

мировоззрение народа. Изучение языка в отрыве от его культурного контекста приводит к формальному усвоению материала, не способствующему глубокому пониманию и формированию устойчивого интереса к предмету. Исследования последних лет подчеркивают, что духовное развитие личности невозможно без опоры на национальные ценности, интегрированные в образовательный процесс [5; 8]. Интеграция культурных аспектов усиливает мотивацию студентов, превращая изучение языка из механического процесса в акт межкультурного диалога и самопознания [4; 6].

Для студентов-медиков лингвокультурологическая компетенция приобретает особое значение, поскольку их будущая профессиональная деятельность связана с постоянным общением с людьми, принадлежащими к различным культурным и этническим группам. В этом контексте лингвокультурологическая компетенция включает в себя следующие ключевые аспекты:

1. Этико-коммуникативный аспект: умение использовать «мягкие» формы речевого воздействия, характерные для молдавской лингвокультуры, где особое значение придается вежливости, уважению к старшим и деликатности в общении. Например, концепт «ворба дулче» (букв. «сладкое слово») отражает важность доброжелательного и успокаивающего тона в общении, что критически важно для медицинского работника при взаимодействии с пациентами, находящимися в стрессовом состоянии.

2. Аксиологический аспект: понимание ценности здоровья и жизни через призму народной мудрости и классической литературы. Молдавский фольклор и литературные произведения часто содержат глубокие философские размышления о смысле жизни, преодолении трудностей, важности взаимопомощи и сострадания. Эти ценности напрямую коррелируют с принципами медицинской этики и деонтологии.

3. Деонтологический аспект: формирование уважения к традициям, обычаям и верованиям пациента, что является залогом доверительных отношений в системе «медицинский

работник – пациент». Понимание культурных особенностей помогает избежать недопонимания, построить эффективную коммуникацию и обеспечить индивидуализированный подход к каждому пациенту. Например, знание традиций, связанных с рождением, смертью, питанием или праздниками, позволяет медицинскому персоналу проявлять тактичность и уважение к культурному контексту пациента.

Методические приемы и практическая реализация

В практике преподавания молдавского языка и литературы в медицинском колледже нами были разработаны и апробированы следующие методические блоки, направленные на интеграцию этнокультурного компонента и формирование профессиональной этики:

1. Паремиологический анализ в медицинском контексте. Работа с пословицами и афоризмами (паремиями) является одним из наиболее эффективных способов усвоения этических норм в сжатой, запоминающейся форме. Паремии, будучи квинтэссенцией народной мудрости, содержат универсальные и специфические культурные установки. Особое внимание уделяется компаративному анализу молдавских и русских паремий, что позволяет выявить как универсальные, так и уникальные культурные коды, способствуя развитию межкультурной компетенции. Примеры паремий и их деонтологическое значение в контексте медицины представлены в таблице.

Таблица. Сравнительный анализ паремий в контексте медицинской этики

Молдавская пословица	Русский аналог	Деонтологическое значение
«Ворба дулче, мулт адуче»	«Доброе слово и кошке приятно»	Подчеркивает важность эмпатии, доброжелательности и тактичности в общении медицинского работника с пациентом, способствуя снижению тревожности и установлению доверия.

Молдавская пословица	Русский аналог	Деонтологическое значение
«Сэнэатя е май скупнэ декыт тоате»	«Здоровье дороже золота»	Акцентирует внимание на приоритете здоровья как высшей ценности, формируя у будущего медицинского работника ответственное отношение к своей профессии и пациентам.
«Апа трече, пьетреле рэмын»	«Вода уходит, камни остаются»	Символизирует устойчивость фундаментальных профессиональных принципов, таких как гуманизм, милосердие и этические нормы, несмотря на меняющиеся обстоятельства.
«Чине се скоалэ де диминияцэ, департе ажунже»	«Кто рано встаёт, тому Бог даёт»	Формирует такие качества, как дисциплинированность, ответственность и трудолюбие, необходимые для успешной профессиональной деятельности.
«Ну тот че збоарэ се мэнынкэ»	«Не всё то золото, что блестит»	Учит критическому мышлению, способности видеть за внешним проявлением истинную суть, что важно при диагностике и оценке состояния пациента.

Практические задания:

- Перевод и интерпретация: Студентам предлагается перевести молдавские пословицы на русский язык и объяснить их значение в медицинском контексте. Например, как пословица «Ворба дулче, мулт адуче» может быть применена в ситуации сообщения пациенту неприятного диагноза.

- Ситуационное моделирование: Разработка сценариев, где студенты используют паремии для аргументации своих действий или для установления контакта с пациентом.

2. Работа с фольклорными и литературными текстами. Использование произведений молдавского фольклора и классической литературы позволяет глубже погрузиться в культурный контекст и развить эмоциональный интеллект студентов. Анализ таких произведений, как баллада «Миорица» или легенда «Туртурика ши привигетоаря», способствует обсуждению

категорий самопожертвования, верности долгу, сострадания и милосердия, которые являются неотъемлемой частью медицинской этики. Например, образ пастуха из «Миорицы», принимающего свою судьбу с достоинством, может быть использован для обсуждения стоицизма и принятия неизбежного в жизни и профессии медика.

Произведения Иона Друцэ, в частности повесть «Каса Маре», помогают студентам визуализировать культурный ландшафт молдавского села, понять особенности быта, традиций и менталитета сельских жителей. Это особенно важно для будущих медиков, которые могут столкнуться с необходимостью оказания помощи в сельской местности. Поэзия Григоре Виеру, пронизанная любовью к родному языку, природе и матери, способствует формированию гуманистических ценностей и уважения к человеческой жизни.

3. Проектная деятельность и межкультурный диалог. Проектная деятельность является эффективным инструментом для активного усвоения материала и развития навыков межкультурной коммуникации. Организация тематических фестивалей, таких как «Мэрцишор» (праздник весны) или «Плугушорул» (новогодний обряд), способствует погружению в языковую среду через обрядовую культуру. Студенты готовят презентации, инсценировки, собирают материалы о молдавских праздниках, сопоставляя их с аналогичными традициями других народов. Это развивает навыки эффективного межкультурного взаимодействия, толерантность и уважение к культурному многообразию.

Заключение

Интеграция культурных ценностей в процесс обучения молдавскому языку и литературе в медицинском колледже является не факультативным, а стратегически важным компонентом подготовки специалиста. Лингвокультурологический подход позволяет не только сформировать языковую компетенцию, но и заложить фундамент профессиональной этики, основанной

на гуманизме, эмпатии и уважении к культурному наследию. В результате выпускник медицинского колледжа приобретает не только лингвистический инструментарий, но и ценностные ориентиры, необходимые для успешной профессиональной деятельности в многоязычной и многокультурной среде [5; 7; 8].

Литература

1. Аллалыева Б., Бердигулыева Л. Языковые заимствования и их роль в культурной интеграции // Парадигма. – 2025. – № 2. – С. 15–22.
2. Бибикова О. В. Культурологический подход в преподавании родного и иностранного языка. – М.: Академия, 2019. – 210 с.
3. Гусейнова Л. А. Язык и культура: взаимосвязь и педагогические аспекты. – СПб. : Лань, 2020. – 185 с.
4. Дахунова Ф. К. Методы интеграции культурных аспектов в процесс преподавания иностранного языка // Проблемы современного педагогического образования. – 2024. – № 78. – С. 45–49.
5. Козловская Н. В. Интеграция национальных ценностей в образовательный процесс. – Минск: БГУ, 2018. – 160 с.
6. Лепшокова Е. А., Карасова С. Я. Интеграция культурных аспектов в процесс преподавания иностранного языка // Проблемы современного педагогического образования. – 2025. – № 81. – С. 33–38.
7. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание. – М.: Русские словари, 1996. – 416 с.
8. Хайрутдинова Р. Р. Духовное развитие личности в контексте культурного образования. – Казань: КФУ, 2017. – 144 с.

Раздел II

ПРИНЦИПЫ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА (LEAN HEALTHCARE) И ОПТИМИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРИНЦИПЫ КАЙДЗЕН В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Е.Н. Швец,

заместитель директора ГОУ ВПО «ПГМК им. Л.А. Тарасевича»

Ульяна Спириденко,

студентка гр. ЛД -22 ГОУ ВПО «ПГМК им. Л.А. Тарасевича»

Рассматриваются принципы кайдзен и их применение в медицинских учреждениях как инструмент повышения эффективности и качества медицинской помощи. Показано, что значительная часть проблем здравоохранения связана не с уровнем квалификации персонала, а с недостатками организации процессов: длительным ожиданием пациентов, нарушениями коммуникации между подразделениями, дублированием функций и ошибками передачи информации.

Раскрывается сущность кайдзен как философии непрерывного улучшения, ориентированной на постепенное совершенствование всех процессов медицинской организации. Особое внимание уделяется ключевым принципам кайдзен: непрерывному улучшению, процессному подходу, вовлечению персонала, устранению потерь и стандартизации. Подчеркивается, что данные принципы позволяют повысить безопасность пациентов, рационализировать использование ресурсов и снизить нагрузку на медицинский персонал.

Рассматриваются основные инструменты кайдзен, включая систему 5S, картирование потоков создания ценности, метод «5 почему», чек-листы и стандартизацию процессов. Отмечается, что их применение способствует оптимизации маршрута пациента, снижению количества ошибок и повышению качества взаимодействия между подразделениями.

Сделан вывод о том, что внедрение кайдзен в здравоохранении формирует культуру постоянного улучшения, повышает эффективность медицинской деятельности и обеспечивает устойчивое повышение качества медицинской помощи.

Ключевые слова: *здравоохранение, непрерывное улучшение, качество медицинской помощи, бережливое производство, стандартизация, безопасность пациентов, оптимизация процессов, 5S.*

Современное здравоохранение представляет собой сложную систему, в которой качество медицинской помощи зависит не только от профессионализма врачей, но и от того, насколько эффективно организованы процессы оказания этой помощи.

Практика показывает, что значительная часть проблем в медицине связана не с недостатком знаний, а с организационными факторами: длительное ожидание пациентов, несогласованность действий персонала, дублирование функций, ошибки при передаче информации. В этой связи особую актуальность приобретают управленческие подходы, направленные на системное улучшение процессов. Одним из наиболее эффективных таких подходов является концепция кайдзен, которая предполагает непрерывное совершенствование деятельности организации за счёт постепенных изменений.

Кайдзен позволяет перейти от реактивной модели («устранять последствия проблем») к проактивной («предотвращать их возникновение»), что особенно важно для медицинской сферы.

Формирование концепции кайдзен связано с послевоенным развитием Японии, когда страна находилась в условиях ограниченных ресурсов и была вынуждена искать новые пути повышения эффективности производства. В этот период японская промышленность активно внедряла методы статистического контроля качества, разработанные американскими учёными. Однако в Японии эти идеи получили дальнейшее развитие: они были адаптированы к культуре коллективной ответственности и дисциплины труда.

В результате сформировался подход, в основе которого лежит не разовое улучшение, а постоянная работа над совершенствованием процессов.

Особое значение имело внедрение этой концепции в производственной системе Toyota, где были разработаны методы:

- 1) устранения потерь;
- 2) стандартизации операций;
- 3) вовлечения сотрудников в процесс улучшения.

Позднее принципы кайдзен начали использоваться в других сферах, включая здравоохранение, где они были интегрированы в концепцию «бережливой медицины» (Lean Healthcare).

Кайдзен следует рассматривать как управленческую философию, в основе которой лежит представление о том, что эффективность любой организации определяется качеством её процессов. В медицинских учреждениях это означает, что итог лечения зависит не только от медицинских технологий, но и от:

- 1) организации приёма пациентов;
- 2) логистики внутри учреждения;
- 3) взаимодействия между специалистами;
- 4) точности и своевременности выполнения процедур.

Кайдзен ориентирует систему здравоохранения на достижение трёх ключевых целей:

1. Повышение качества медицинской помощи;
2. Обеспечение безопасности пациентов;
3. Рациональное использование ресурсов.

Принципиально важно, что в рамках кайдзен ошибки рассматриваются не как вина конкретного сотрудника, а как результат несовершенства системы. Это позволяет переходить к анализу причин и предотвращению повторения ошибок.

Принципы кайдзен образуют взаимосвязанную систему. Центральным является принцип непрерывного улучшения, который предполагает, что даже эффективная система должна постоянно совершенствоваться. В медицинской практике это выражается в регулярном пересмотре протоколов, оптимизации маршрутов пациентов и внедрении новых организационных решений.

Не менее важен принцип процессного подхода. Он предполагает, что результат деятельности зависит от последовательности действий. Например, ошибка в лечении может быть свя-

зана не с неправильным диагнозом, а с нарушением передачи информации между отделениями.

Принцип вовлечения персонала имеет особое значение в медицине. Медицинские работники ежедневно сталкиваются с проблемами организации работы и обладают практическими знаниями, необходимыми для их решения. Кайдзен создаёт условия, при которых эти знания используются.

Принцип устранения потерь направлен на выявление действий, не приносящих пользы пациенту. В условиях медицинского учреждения это может быть:

- 1) ожидание в очереди;
- 2) избыточные диагностические процедуры;
- 3) повторный ввод данных;
- 4) лишние перемещения пациентов или персонала.

Принцип стандартизации обеспечивает устойчивость достигнутых улучшений. В медицине это реализуется через клинические рекомендации, алгоритмы действий и чек-листы.

Таким образом, принципы кайдзен формируют основу для системного управления качеством медицинской помощи.

Применение кайдзен в здравоохранении связано прежде всего с анализом и оптимизацией процессов оказания медицинской помощи. Одним из ключевых направлений является оптимизация маршрута пациента. На практике это означает анализ всех этапов – от записи на приём до завершения лечения – с целью выявления задержек и неэффективных действий.

Другим важным направлением является повышение безопасности пациентов. Внедрение стандартов и чек-листов позволяет снизить вероятность ошибок, особенно в сложных медицинских процедурах. Кайдзен также способствует снижению нагрузки на персонал. Устранение лишних действий и оптимизация распределения обязанностей позволяют медицинским работникам сосредоточиться на основной деятельности.

Кроме того, улучшается взаимодействие между подразделениями, что особенно важно в крупных медицинских организациях, где лечение пациента требует участия разных специа-

листов. В результате формируется система, в которой процессы становятся более прозрачными, управляемыми и предсказуемыми.

Для реализации принципов кайдзен используются конкретные методы, которые позволяют выявлять проблемы и внедрять улучшения. Система 5S направлена на организацию рабочего пространства и создание условий для эффективной работы. В медицинской практике это снижает вероятность ошибок и ускоряет выполнение процедур.

Метод картирования потоков создания ценности позволяет детально проанализировать процесс оказания помощи и выявить этапы, не создающие ценности для пациента.

Метод «5 почему» используется для выявления причин проблем. Его применение позволяет перейти от поверхностного анализа к пониманию системных недостатков.

Стандартизация и чек-листы обеспечивают единообразие действий персонала и снижают зависимость результата от человеческого фактора. Использование этих инструментов позволяет не только выявлять проблемы, но и системно их устранять.

Результаты применения кайдзен в здравоохранении носят комплексный характер. С организационной точки зрения наблюдается сокращение времени ожидания пациентов и повышение эффективности использования ресурсов. С клинической точки зрения снижается количество ошибок и повышается безопасность медицинской помощи. С экономической точки зрения уменьшаются затраты за счёт устранения неэффективных процессов. С социальной точки зрения повышается удовлетворённость пациентов и улучшаются условия труда медицинского персонала.

Особенно важно, что внедрение кайдзен способствует формированию культуры постоянного улучшения, которая обеспечивает долгосрочную устойчивость результатов.

Таким образом, кайдзен представляет собой эффективную концепцию управления, позволяющую системно совершенствовать деятельность медицинских учреждений.

Его применение обеспечивает переход от устранения отдельных проблем к управлению процессами, что является ключевым условием повышения качества медицинской помощи.

В условиях современных вызовов здравоохранения внедрение принципов кайдзен становится важным направлением развития медицинских организаций.

Литература

1. Имаи М. Кайдзен: ключ к успеху японских компаний Имаи М. Кайдзен: ключ к успеху японских компаний. – Москва : Альпина Паблишер, 2020. – 304 с.

2. Вумек Дж. Бережливое производство Вумек Дж., Джонс Д. Бережливое производство: как избавиться от потерь и добиться процветания компании. – Москва : Альпина Паблишер, 2020. – 472 с.

3. Стародубов В. И. Общественное здоровье и здравоохранение Стародубов В. И., Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с.

4. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения Вялков А. И., Райзберг Б. А. Управление и экономика здравоохранения. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 664 с.

5. Министерство здравоохранения Российской Федерации Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : методические рекомендации. – Москва, 2022.

6. Всемирная организация здравоохранения Patient Safety: Global Action on Patient Safety. – Geneva : WHO, 2021.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ LEAN HEALTHCARE ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Д.А. Поросеч,

канд. экон. наук, доцент,

зав. кафедрой экономики, управления и прикладных дисциплин

Рассматриваются ключевые аспекты Lean Healthcare как подхода бережливого производства в системе здравоохранения, направленного на повышение эффективности медицинской деятельности. Показано значение системного анализа пациентского пути, позволяющего выявлять и устранять потери, узкие места и избыточные действия.

Особое внимание уделяется вовлечению персонала всех уровней в процессы непрерывного улучшения, развитию культуры сотрудничества и обучения. Рассматриваются инструменты визуального управления и стандартизации рабочих процессов, способствующие снижению ошибок и повышению качества помощи. Подчеркивается роль цифровых технологий и автоматизации, включая электронные медицинские записи и системы управления потоками пациентов, в оптимизации ресурсов и сокращении времени обслуживания. Отдельно анализируется пациентоориентированный подход, учитывающий эмоциональные и информационные потребности пациентов и повышающий их удовлетворенность. Рассматриваются вопросы рационального использования ресурсов, оптимизации затрат и рабочего времени. Важное место занимает обучение персонала, внедрение KPI, мониторинг результатов и поддержка со стороны руководства. Делается вывод о том, что Lean Healthcare формирует культуру постоянного совершенствования, повышая качество медицинской помощи, эффективность процессов и устойчивость системы здравоохранения. Отмечается, что интеграция бережливых практик требует стратегического управления изменениями, активного участия руководства и формирования мотивационных механизмов, обеспечивающих устойчивость внедряемых улучшений и долгосрочный эффект. Таким образом, Lean Healthcare рассматривается как комплексная система повышения качества и эффективности медицинских организаций на основе непрерывного совершенствования процессов и оптимизации ресурсов здравоохранения и повышения удовлетворенности пациентов в долгосрочной перспективе развития системы.

Ключевые слова: Бережливое производство, электронные медицинские записи, системы управления очередью, пациентоориентированность, комплексный и системный подход в медицине.

Одной из ключевых стратегий бережливого производства в медицине является проведение системного анализа всех этапов пациентского пути – от первого визита до завершения лечения. Это позволяет выявить и устранить любые узкие места и избыточные шаги, которые могут замедлять процессы или вызывать неудобства для пациентов [1–3].

Другим важным аспектом является вовлечение сотрудников всех уровней в процессы улучшения. Медицинские работники, будь то врачи, медсестры или административный персонал, имеют уникальные взгляды на ежедневные процедуры и могут предложить ценные идеи для их усовершенствования. Создание

культуры сотрудничества и постоянного обучения позволяет не только повысить мотивацию и удовлетворенность сотрудников, но и способствует внедрению инноваций, которые напрямую улучшают качество медицинского обслуживания.

Один из успешных примеров применения Lean Healthcare можно увидеть в системе визуального управления и разработки стандартных рабочих процедур. Визуальные инструменты помогают медицинскому персоналу быстро ориентироваться в текущем состоянии дел, что особенно важно в условиях дефицита времени и ресурсов. Стандартизация рабочих процессоров снижает вероятность ошибок и повышает общую эффективность, что в конечном итоге приводит к улучшению показателей здоровья пациентов и снижению затрат на оказание медицинских услуг [5–7].

Еще одной важной стратегией бережливого производства в медицине является внедрение технологий и цифровых инструментов для автоматизации и оптимизации различных процессов. Использование электронных медицинских записей, систем управления очередью и специализированных программ для анализа данных позволяет существенно сократить время на рутинные задачи, а также минимизировать ошибки, возникающие из-за человеческого фактора. Переход на цифровые платформы также улучшает доступ к информации как для пациентов, так и для медицинского персонала, что способствует более точным и своевременным решениям в проведении диагностики и лечения.

Особое внимание при внедрении Lean Healthcare должно быть уделено пациентоориентированности. Важно учитывать не только клинические, но и эмоциональные и психологические потребности пациентов. Создание комфортной и дружелюбной обстановки, предоставление ясной и понятной информации о процедурах и лечении, вовлечение пациентов в принятие решений относительно их здоровья – все это способствует повышению уровня доверия и удовлетворенности медицинскими услугами. В конечном итоге это не только улучшает качество жизни

пациентов, но и оказывает положительное влияние на исходы лечения [4, 7].

Эффективное использование ресурсов – еще один ключевой аспект бережливого производства в медицине. Это включает в себя рациональное управление оборудованием, медикаментами и рабочим временем персонала. Например, совместное использование медицинского оборудования между отделениями, грамотное планирование графиков работы и оптимизация закупок помогают не только снизить затраты, но и предотвратить излишние хранения и перерасход ресурсов. В условиях постоянно растущих затрат на здравоохранение такие меры становятся особенно актуальными.

Одним из ключевых факторов успеха при внедрении принципов бережливого производства в медицине является обучение и развитие персонала. Важно, чтобы медицинские работники не только понимали основные концепции Lean Healthcare, но и могли практически применять их в своей повседневной работе. Организация регулярных тренингов, семинаров и рабочих групп способствует развитию навыков командной работы, улучшению коммуникации между сотрудниками и совместному поиску решений для оптимизации процессов. Только сплоченная и хорошо обученная команда может эффективно реализовать стратегии бережливого производства.

Кроме того, значимую роль играет мониторинг и оценка результатов внедрения Lean-подходов. Разработка системы ключевых показателей эффективности (КПЭ) позволяет отслеживать достижения и выявлять области для дальнейшего улучшения. Периодический анализ данных и проведение аудитов помогают выявить узкие места и скорректировать действия в соответствии с изменяющимися условиями. Важно, чтобы процесс оценки был прозрачным и доступным для всех участников, что способствует укреплению доверия и поощрению инициирования новых улучшений.

Недостаточно просто внедрить технологические и организационные изменения – необходимо обеспечивать поддерж-

ку на всех уровнях организационной структуры. Руководство должно демонстрировать приверженность принципам бережливого производства, поддерживая инициативы и поощряя специалистов в их стремлении к улучшению. Мотивация сотрудников может включать как материальные стимулы, так и нематериальные формы признания, такие как почетные грамоты, публичное признание заслуг и возможность профессионального роста.

В итоге, успешное внедрение бережливого производства в медицине приводит к созданию культуры постоянного совершенствования. Это культура, в которой каждый сотрудник, от руководителя до младшего медицинского персонала, осознает свою роль в процессе улучшения качества медицинской помощи. Она поддерживает инновации, способствует устойчивому развитию и обеспечивает лучшее здоровье и благополучие пациентов. Пример ведущих медицинских учреждений показывает, что путь к эффективности и высоким стандартам обслуживания лежит через постоянные усилия, стратегическое управление и коллективное стремление к совершенству [5,6,7].

Применение принципов бережливого производства в медицине требует комплексного и системного подхода. Важно помнить, что это не одноразовая акция, а постоянный процесс, направленный на непрерывное улучшение всех аспектов медицинской помощи. Успех данной методологии во многом зависит от вовлеченности всех членов медицинской команды, готовности к изменениям и стремления к достижению общих целей. Опыт ведущих медицинских учреждений показывает, что внедрение Lean Healthcare позволяет добиться значительных улучшений в качестве обслуживания, повышении удовлетворенности пациентов и сотрудников, а также значительной экономии ресурсов.

Литература

1. Вумек Дж. Бережливое производство Вумек Дж., Джонс Д. Бережливое производство: как избавиться от потерь и добиться процветания компании. – Москва : Альпина Пабlishер, 2020. – 472 с.

2. Лин Л. Бережливое здравоохранение Лин Л., Джонс Д. Бережливое здравоохранение: оптимизация процессов в медицине. – Москва : Альпина Паблишер, 2021. – 320 с.

3. Стародубов В. И. Общественное здоровье и здравоохранение Стародубов В. И., Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с.

4. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения Вялков А. И., Райзберг Б. А. Управление и экономика здравоохранения. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 664 с.

5. Министерство здравоохранения Российской Федерации Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : методические рекомендации. – Москва, 2022.

6. Всемирная организация здравоохранения Patient Safety: Global Action on Patient Safety. – Geneva : WHO, 2021.

7. Бережливые технологии в здравоохранении Ермакова Н. А. Lean технологии в здравоохранении: визуальное управление и стандартизация процессов // Менеджмент в здравоохранении. – 2022. – № 4. – С. 18–24.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЛПУ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Л.В. Мунтян,

заведующий отделением «Сестринское дело», преподаватель

Я.Ю. Захаров,

сотрудник ГУ «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи» Поликлиника № 6

Рассматриваются вопросы внедрения принципов бережливого производства в систему здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, основные инструменты бережливых технологий, направленные на повышение качества, доступности и эффективности медицинской помощи. Особое внимание уделяется проблемам деятельности лечебно-профилактических учреждений: длительному ожиданию пациентов, большому объему бумажного документооборота, нерациональной организации рабочих процессов и недостаточной цифровизации. В работе предложены меры по совершенствованию деятельности медицинских организаций, включая внедрение электронной

очереди, перевод документации в электронный формат, перераспределение обязанностей между медицинским и административным персоналом, а также развитие системы мотивации медицинских работников. Подчеркивается значимость повышения квалификации персонала и внедрения современных бережливых медицинских технологий. Сделан вывод о том, что применение концепции бережливого производства способствует сокращению потерь, повышению производительности труда, улучшению организации медицинской помощи и формированию пациенториентированной системы здравоохранения.

Ключевые слова: бережливое производство, здравоохранение, медицинские технологии, лечебно-профилактические учреждения, цифровизация, электронная очередь, качество медицинской помощи, пациенториентированность.

Бережливое производство – (от англ. lean production, lean manufacturing – «стройное производство») – концепция управления организацией, основанная на рациональном использовании ресурсов и устранении всех потерь, которые можно избежать, не уменьшая качества услуги.

Бережливое производство в здравоохранении – это система, ориентированная на повышение удовлетворенности потребителей медицинских услуг и медицинской помощи, снижение трудопотерь медицинского персонала, повышение качества и производительности труда. При работе медицинской организации с применением методов бережливого производства достигается постоянное сокращение всех типов потерь с целью достижения, совершенствования условий оказания медицинской помощи на всех ее этапах и протекания лечебно-диагностических и профилактических процессов в медицинских учреждениях.

Ключевым принципом бережливого производства является непрерывность производственного потока, без задержек и очередей, за счет равномерности загрузки персонала, рациональной логистики пациентов, персонала и информации, оптимальной планировки площадей медицинских учреждений и устранения всех видов потерь в лечебно-диагностическом, профилактическом и реабилитационном процессе.

Современное здравоохранение и социально-экономическое развитие общества ПМР требует внедрения современных

инновационных, актуальных программ и методов в системе оказания первичной медико-санитарной помощи населению, совершенствование процессов и этапов оказания качественной, доступной и безопасной медицинской помощи населению Приднестровья.

Особенно актуально и востребовано обучение и повышение квалификации медицинского персонала медицинских учреждений, отвечающее современным стандартам подготовки и обучения, прежде всего руководителей, заместителей руководителя, врачей, медицинских специалистов, медицинских сестер системы здравоохранения ПМР в первичном звене здравоохранения с внедрением бережливых медицинских технологий на этапах оказания современной и качественной помощи населению в первичном звене, включая диспансеризацию.

Проводя анализ деятельности государственных и муниципальных ЛПУ в ПМР, можно выявить некоторые негативные аспекты в их деятельности:

1. Пациенты вынуждены приходить задолго до приёма, сидеть в коридорах, тратить время чтобы попасть на прием к врачу.

2. Довольно большой бумажный документооборот, что приводит к большой потере времени на заполнение форм учетной и отчетной документации ЛПУ.

3. Нерациональная последовательность выполнения работ, связанная, в том числе, с планировкой рабочей зоны (выполнение действий, не связанных с врачебной функцией, лишние перемещения, связанные с неправильной организацией эргономики рабочего места.

4. Передвижение пациента сверх минимально необходимого, в том числе по причине неорганизованности диагностического/скринингового процесса (необходимость многократного посещения поликлиники в разные дни/ смены).

5. Ошибки при подготовке материалов, переделка анализов по причине нарушений правил подготовки к исследованию, неверно поставленный диагноз и т. д.

Актуализация проблематики сводиться не только к констатации фактов и указание на проблемы, а предлагаются в разрезе, бережливого производства в ЛПУ, нижеследующие мероприятия по их сокращению и повышению эффективности работы ЛПУ.

1. Необходимость внедрения электронной очереди, предлагаем внедрить электронную систему записи и электронной очереди что позволит:

- а) равномерно распределить поток пациентов;
- б) снизить напряжение у регистратуры;
- в) убрать скопление пациентов у кабинета врача.

В частности – терминал самозаписи у входа, запись через сайт или приложение, электронный вызов пациента в кабинет с помощью табло.

2. Сокращение времени на бумажный документооборот, через систему совершенствования документооборота:

- а) перевести часть процессов в электронный формат;
- б) внедрить стандартизированные шаблоны для повторяющихся процедур;
- в) пересмотреть необходимость дублирования информации.

Реализация данного процесса не только сэкономит часы работы медицинских работников, но и снизит количество ошибок, связанных с ручным оформлением данных на бумажных носителях.

3. Увеличение доли затрачиваемого рабочего времени врачебного персонала на медицинскую помощь, а не на оформление медицинской документации, для этого необходимо:

- а) разделить зоны ответственности: за врачом – лечение, за администратором техническая часть (записи, справки);
- б) использовать медицинских регистраторов (из числа среднего медицинского персонала) или помощников, которые возьмут на себя часть оформления и после проверки подпись врача;
- в) внедрить электронную систему бланков в ЛПУ.

4. Совершенствование мотивации трудовой деятельности и улучшение условий труда для медицинских сотрудников:

а) повышение оплата труда, соответствующая нагрузке и квалификации;

б) дополнительные бонусы в виде: премии за инициативу, за высокое качество работы, за участие в улучшениях;

в) проведение корпоративных мероприятий повышающие тимбилдинг: корпоративные праздники, тематические дни, совместные выезды – всё, что укрепляет командный дух;

г) улучшение условий труда и отдыха: наличие зон отдыха, чайных комнат, кулеров;

д) психологическая поддержка медицинских работников, функционирующих с неуравновешенными пациентами.

В заключении необходимо отметить, что, в рамках концепции бережливого производства ключевая идея – устранять всё лишнее и сосредоточиться на том, что действительно создаёт ценность для пациента. Сильный тимбилдинг, здоровая атмосфера, современные процессы и уважение к человеку – вот основа, на которой можно построить эффективную, современную и бережливую ЛПУ. Считаем, что реализации проекта по внедрению бережливого производства в ЛПУ советуем в первую очередь привлекать владельцев процессов, а именно заведующих отделениями, старших медицинских сестер, начальников отделов, ведущих специалистов. Именно они должны возглавить рабочие группы, приглашая в них сотрудников своих подразделений. Особых успехов в проектах внедрения бережливого производства чаще всего добывается средний медицинский персонал под руководством главной медицинской сестры.

Основные принципы бережливого производства подразумевают системный подход и стратегическую направленность. Следовательно, руководство медицинской организации должно инициировать создание системы бережливого производства во всех структурных подразделениях.

Литература

1. Вумек Дж. Бережливое производство Вумек Дж., Джонс Д. Бережливое производство: как избавиться от потерь и добиться процветания компании. – Москва : Альпина Паблишер, 2020. – 472 с.
2. Стародубов В. И. Общественное здоровье и здравоохранение Стародубов В. И., Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с.
3. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения Вялков А. И., Райзберг Б. А. Управление и экономика здравоохранения. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 664 с.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : методические рекомендации. – Москва, 2022.
5. Бережливые технологии Ермакова Н. А. Применение бережливых технологий в медицинских организациях // Менеджмент в здравоохранении. – 2021. – № 5. – С. 21–26.
6. Всемирная организация здравоохранения Patient Safety: Global Action on Patient Safety. – Geneva : WHO, 2021.

ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПОВ БЕРЕЖЛИВОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

К.Д. Гавловская,

*главный врач ГУ «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поли-
клической помощи»*

Д.А. Поросеч,

*канд. экон. наук, доцент,
зав. кафедрой экономики, управления и прикладных дисциплин*

Рассматривается концепция бережливой поликлиники как формы внедрения Lean Healthcare в систему амбулаторно-поликлинической помощи. Анализируются основные проблемы традиционной организации медицинской помощи, включая очереди, неэффективную маршрутизацию пациентов и избыточные административные процессы. Показано, что применение инструментов бережливого производства (картирование потоков, 5S, стандартизация, визуализация процессов) позволяет выявлять и устранять потери, повышая эффективность работы медицинских организаций. Рассматривается

значение цифровизации, оптимизации записи на приём и рационального распределения ресурсов. Особое внимание уделяется пациенто-ориентированному подходу, вовлечению персонала и непрерывному улучшению процессов. Отмечены особенности внедрения бережливых технологий в условиях ограниченных ресурсов системы здравоохранения ПМР. Сделан вывод о том, что Lean-подход способствует повышению качества медицинской помощи, снижению нагрузки на персонал и росту удовлетворенности пациентов.

Ключевые слова: *Lean Healthcare, оптимизация процессов, качество медицинской помощи, пациентоориентированность, бережливое производство, управление здравоохранением.*

В последние годы система здравоохранения сталкивается с устойчивыми вызовами: рост обращаемости населения, кадровый дефицит, ограниченность финансовых ресурсов, а также повышение требований к качеству и доступности медицинской помощи. В этих условиях особую актуальность приобретает внедрение современных управленческих подходов, одним из которых является концепция «бережливой поликлиники».

Бережливая поликлиника представляет собой модель организации амбулаторно-поликлинической помощи, основанную на принципах бережливого производства (Lean), направленных на устранение потерь, оптимизацию процессов и повышение ценности медицинской услуги для пациента [1–3].

Если говорить проще, это попытка посмотреть на поликлинику глазами пациента. И задать себе неудобный вопрос: сколько лишних действий он делает, прежде чем получить помощь?

Основные проблемы традиционной поликлиники

До внедрения бережливых технологий характерны очереди, дублирование функций персонала, нерациональная маршрутизация пациентов, избыточная документация и перегрузка врачей непрофильной работой [2, 4].

Выделим главные недостатки:

- длительное ожидание в очередях;
- дублирование функций медицинского персонала;
- нерациональная маршрутизация пациентов;
- перегрузка врачей непрофильной работой;

- избыточный документооборот;
- неравномерная нагрузка на кабинеты и специалистов.

Иногда складывается ощущение, что система выстроена не вокруг пациента, а вокруг внутренних процессов. И пациент просто подстраивается.

Сущность бережливого подхода

Ключевые принципы:

- ориентация на пациента как основного потребителя;
- выявление и устранение всех видов потерь;
- стандартизация процессов;
- непрерывное улучшение (Kaizen);
- вовлечение персонала на всех уровнях. [1,3].

К потерям в медицинской организации относятся:

- ожидание (очереди);
- лишние перемещения (пациента и персонала);
- избыточные действия;
- ошибки и повторные обращения;
- неэффективное использование рабочего времени.

Иногда самое показательное – просто пройти путь пациента от входа до выхода. И посчитать шаги.

Основные инструменты бережливой поликлиники

1. Картирование потоков создания ценности (VSM). Позволяет выявить «узкие места» и лишние этапы.

2. 5S (система организации рабочего пространства). Сортировка, соблюдение порядка, стандартизация. Казалось бы, мелочь, но экономит минуты, которые потом превращаются в часы.

3. Стандартизация процессов. Чёткие алгоритмы действий для персонала.

4. Визуализация процессов. Навигация для пациентов, понятные маршруты, информационные стенды.

5. Разделение потоков пациентов. Например:

- здоровые / больные;

- по записи / без записи;
- первичные / повторные.

6. Оптимизация записи на приём. Электронная запись, перераспределение потоков, снижение «пиков» [2,4].

Особенности внедрения в ПМР

В условиях Приднестровской Молдавской Республики внедрение бережливых технологий имеет свои особенности: ограниченное финансирование, высокая нагрузка на первичное звено, недостаточная цифровизация, кадровый дефицит.

И тут возникает парадокс: именно там, где ресурсов меньше всего, бережливые технологии дают наибольший эффект. Потому что начинают экономить не деньги, а время и усилия.

Практические направления внедрения

1. Оптимизация регистратуры: разделение потоков, предварительная запись, минимизация очередей.

2. Рационализация работы врача: снижение бумажной нагрузки, перераспределение функций (медсестра/врач), стандартизация приёма.

3. Улучшение маршрутизации пациентов: логика движения внутри поликлиники, устранение «возвратных» маршрутов.

4. Внедрение внутреннего контроля качества: анализ времени ожидания, оценка удовлетворенности пациентов, контроль дефектов оказания помощи.

Ожидаемые результаты

При грамотном внедрении достигаются: сокращение времени ожидания приёма, повышение доступности медицинской помощи, снижение нагрузки на медицинский персонал, повышение удовлетворенности пациентов, улучшение показателей качества медицинской помощи.

Иногда эффект виден уже через несколько месяцев. Но чаще – постепенно. Потому что меняется не только процесс, меняется мышление.

Проблемы и риски внедрения сводятся к сопротивлению персонала изменениям, формальному подходу («для отчета»), недостатку обучения, а также отсутствию системного контроля. И это, наверное, самое сложное. Не внедрить инструменты, а заставить их работать.

В условиях Приднестровской Молдавской Республики внедрение бережливых технологий осложняется ограниченным финансированием, кадровым дефицитом и недостаточной цифровизацией. Однако именно здесь эффект оптимизации наиболее выражен за счёт экономии времени и ресурсов.

Внедрение принципов бережливой поликлиники в ПМР позволяет повысить эффективность системы здравоохранения, улучшить доступность помощи и рационально использовать ресурсы [4–6].

Бережливость в данном контексте означает устранение всего лишнего, что мешает качественной медицинской помощи. Иногда кажется, что главный результат – это не сокращение очередей, а ощущение у пациента, что система наконец-то работает для него, а не наоборот.

Практика развитых стран показывает, что внедрение Lean-подходов в медицинских организациях, включая опыт James P. Womack и Daniel T. Jones, а также исследования Mark Graban и инициативы Institute for Healthcare Improvement, приводит к снижению очередей, повышению безопасности пациентов и улучшению качества обслуживания [1,3,5]. Важным фактором является системная работа с потоками создания ценности и постоянное совершенствование процессов.

Успешное внедрение бережливых технологий невозможно без активного участия руководства и формирования культуры изменений. Согласно подходам Lean-управления, устойчивый результат достигается только при сочетании стандартизации процессов, мотивации персонала и развития лидерства на всех уровнях организации [4–6]. Особое значение имеет обучение сотрудников и создание среды, поддерживающей непрерывные улучшения.

Литература

1. Вумек Дж. П., Джонс Д. Т. Бережливое производство: как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании. – М.: Альпина Паблишер, 2018.
2. Грабан М. Бережливые больницы: повышение качества, безопасности пациентов и вовлеченности персонала. – М.: Интеллектуальная литература, 2020.
3. Лайкер Дж. К. Дао Toyota: 14 принципов менеджмента ведущей компании мира. – М.: Альпина Паблишер, 2017.
4. Туссен Дж., Берри Л. Л. Применение бережливого подхода в здравоохранении // Менеджмент в здравоохранении. – 2012.
5. Институт улучшения здравоохранения (IHI). Подходы к улучшению качества медицинской помощи. – URL: <https://www.ihl.org>
6. OECD. Повышение эффективности систем здравоохранения: международный опыт. – Париж: OECD Publishing, 2021.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО ПРОСТРАНСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.

Е.С. Гольша,

заведующий отделением «Лечебное и акушерское дело», преподаватель

Мэдэлина Гороховски,

студентка гр. М-21 ГОУ ВПО «ПГМК им. Л.А. Тарасевича»

Рассматривается значение оптимизации рабочего пространства в медицинской организации как важного условия обеспечения безопасности сотрудников и пациентов. Анализируются основные проблемы нерациональной организации рабочих мест медицинского персонала, включая повышенную физическую нагрузку, вынужденные рабочие позы, эмоциональное напряжение и риск возникновения профессиональных ошибок. Особое внимание уделяется влиянию организации пространства на качество и скорость оказания медицинской помощи.

Раскрываются принципы бережливого производства в здравоохранении, направленные на устранение лишних действий, рациональное размещение оборудования и материалов, снижение временных затрат и повышение эффективности труда. Подчеркивается значение эргономики, визуализации, доступности инструментов и зонирования помещений для создания безопасной медицинской среды.

Отмечается, что оптимизация рабочего пространства способствует снижению уровня профессионального выгорания, уменьшению количества ошибок и повышению удовлетворенности медицинского персонала условиями труда. Сделан вывод о том, что даже незначительные изменения в организации рабочего места способны повысить качество медицинской помощи и уровень безопасности пациентов.

Ключевые слова: *рабочее пространство, медицинская организация, безопасность пациентов, безопасность персонала, бережливые технологии, организация труда, эргономика, медицинский персонал, оптимизация, качество медицинской помощи*

Оптимизация рабочего пространства, обеспечивающего безопасность сотрудников и пациентов в медицинской организации – это тема, которая на первый взгляд может показаться технической или даже второстепенной. Но если задуматься глубже, становится очевидно: именно от того, как организовано пространство вокруг медицинского работника, напрямую зависит качество помощи, скорость принятия решений и, в конечном итоге, жизнь пациента.

Представьте ситуацию: медицинская сестра получает срочное назначение, требующее немедленного выполнения. Она подходит к рабочему месту, но нужные инструменты находятся не там, где должны быть. Часть лежит в одном шкафу, часть – в другом, что-то вообще отсутствует на месте. Она теряет время, начинает нервничать, её движения становятся менее точными. В условиях реальной практики такие ситуации происходят чаще, чем кажется, и каждая лишняя секунда может иметь значение. Возникает вопрос: действительно ли безопасность зависит только от профессионализма? Или же условия работы играют не меньшую роль?

Важным моментом научной организации труда является создание оптимальных условий для эффективной и качественной работы. И в первую очередь это касается организации рабочих мест. Ее совершенствование в учреждениях здравоохранения способствует обеспечению высокого уровня работоспособности медперсонала и позволяет более полно использовать рабочее время. Не секрет, что при проведении амбулаторного прие-

ма медицинским работникам приходится выполнять некоторые элементы, находясь в вынужденных, неудобных позах. Поэтому у человека часто начинает болеть спина или другие элементы опорно-двигательного аппарата. Он быстро устает. Выполнять диагностическую работу, особенно, если дело касается физического обследования, в таких условиях очень сложно.

Вынужденность рабочих поз во время амбулаторного приема в полной мере зависит от нерационально организованного рабочего места медсестры, а именно: неправильно подобранных и размещенных предметов мебели; несовершенного оборудования; несоответствия установленной мебели физиологическим возможностям медработников, специфике и труда и так далее. Существует актуальная необходимость акцентирования внимания на том, чтобы перевести амбулаторно-поликлинические учреждения и стационары на бережливые технологии. Этой целью необходимо внедрить пилотный проект «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Главным требованием здесь может выступить размещение документации и всех необходимых для работы вещей так, чтобы они всегда были под рукой.

Современный подход к организации медицинской деятельности всё чаще опирается на принципы бережливого производства. Его основная идея заключается в устранении всего лишнего – всего, что не приносит ценности пациенту. В контексте рабочего пространства это означает создание таких условий, при которых медицинский персонал может выполнять свои обязанности максимально эффективно, без лишних движений, без поиска, без стресса.

Очень важно понять, что неорганизованное пространство – это не просто неудобство. Это реальный источник ошибок. Когда инструменты расположены хаотично, повышается риск перепутать препараты, нарушить последовательность действий или допустить неточность в выполнении процедуры. При этом ошибки возникают не потому, что специалист недостаточно компетентен, а потому что система не поддерживает

его работу. Человеческий фактор усиливается именно в условиях беспорядка.

Не менее значимы риски для самого медицинского персонала. Постоянные лишние перемещения, необходимость наклоняться, тянуться, искать – всё это приводит к физической усталости. Со временем возникают проблемы с опорно-двигательным аппаратом, снижается концентрация внимания. Добавим сюда эмоциональное напряжение, которое возникает в условиях перегруженности и хаоса, и получим благоприятную почву для профессионального выгорания. Таким образом, безопасность рабочего пространства – это ещё и забота о здоровье сотрудников.

Для пациента последствия могут быть ещё более серьёзными. Задержка в оказании помощи, нарушение стерильности, ошибки в выполнении процедур – всё это напрямую связано с тем, насколько грамотно организовано рабочее место. Пациент не видит всей внутренней кухни, но именно она определяет уровень медицинской помощи.

Когда говорят об оптимизации, часто представляют сложные реформы или дорогостоящее оборудование. На практике всё начинается с базовых вещей. Один из ключевых принципов – это устранение всего лишнего. На рабочем месте не должно быть предметов, которые не используются регулярно. Каждая вещь должна иметь своё чётко определённое место. Причём расположение должно быть логичным: всё необходимое для выполнения процедуры должно находиться рядом и использоваться в естественной последовательности.

Очень важен принцип доступности. Всё, что требуется в процессе работы, должно находиться буквально в зоне вытянутой руки. Это снижает количество лишних движений и экономит время. Если медицинский работник вынужден постоянно отвлекаться и перемещаться, это не только снижает эффективность, но и увеличивает вероятность ошибки.

Не стоит недооценивать и роль визуализации. Человеческий мозг гораздо быстрее обрабатывает визуальную информа-

цию. Поэтому использование цветовой маркировки, подписей, схем значительно упрощает ориентирование в пространстве. Например, чёткое обозначение мест хранения инструментов или разделение зон по цветам помогает избежать путаницы даже в стрессовой ситуации.

Отдельное внимание стоит уделить зонированию пространства. В медицинской организации особенно важно разделение на чистые, стерильные и условно загрязнённые зоны. Если эти границы размыты, возрастает риск перекрёстного загрязнения и инфекционных осложнений. Чёткое понимание, где и какие действия допустимы, формирует безопасную среду как для пациента, так и для персонала.

Интересно, что после внедрения даже простых принципов оптимизации результаты становятся заметны достаточно быстро. Снижается время выполнения процедур, уменьшается количество ошибок, повышается удовлетворённость сотрудников своей работой. Люди начинают меньше уставать, лучше концентрируются, чувствуют контроль над ситуацией. Это особенно важно в медицине, где уровень ответственности чрезвычайно высок.

Однако возникает закономерный вопрос: если всё так очевидно, почему подобные изменения не внедряются повсеместно? На практике основными препятствиями становятся привычка и сопротивление изменениям. Многие считают, что «и так всё работает», не задумываясь о том, сколько ресурсов теряется ежедневно. Также играет роль нехватка времени: в условиях высокой нагрузки сложно остановиться и пересмотреть организацию пространства. Но парадокс в том, что именно оптимизация позволяет это время в дальнейшем экономить.

Важно понимать, что улучшение рабочего пространства – это не разовая акция, а постоянный процесс. Он требует вовлечённости всей команды. Каждый сотрудник, независимо от должности, может внести вклад: предложить более удобное расположение инструментов, обратить внимание на неудобства, инициировать изменения. Часто именно те, кто ежеднев-

но работает в конкретных условиях, лучше всего понимают, что можно улучшить.

Интересно обсудить и такой момент: насколько сильно организация пространства влияет на ваше собственное состояние во время работы? Если вокруг порядок, всё находится на своих местах, движения минимальны и продуманы, появляется ощущение спокойствия и уверенности. Если же пространство хаотично, возникает внутреннее напряжение, даже если это не всегда осознаётся. Это напрямую отражается на качестве работы.

Получается, оптимизация рабочего пространства – это не просто вопрос удобства. Это инструмент повышения безопасности, качества медицинской помощи и эффективности работы персонала. Это возможность снизить количество ошибок без дополнительных затрат, улучшить условия труда и создать более безопасную среду для пациентов.

И, возможно, самый важный вывод заключается в том, что изменения не обязательно должны быть масштабными. Иногда достаточно посмотреть на своё рабочее место свежим взглядом и задать себе простой вопрос: что здесь мешает мне работать быстрее, точнее и безопаснее? Ответ на него может стать первым шагом к реальным улучшениям.

Литература

1. Кибанов А. Я. Управление персоналом организации Управление персоналом организации : учебник / А. Я. Кибанов. – Москва : ИНФРА-М, 2021. – 695 с.
2. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие / А. И. Вялков, Б. А. Райзберг. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 664 с.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : методические рекомендации. – Москва, 2022.
4. Стародубов В. И. Общественное здоровье и здравоохранение Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. И. Стародубов, О. П. Щепин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с.
5. Эргономика Ермакова Н. А. Эргономика в деятельности медицинского персонала // Медицинская сестра. – 2021. – № 7. – С. 15–19.

6. Всемирная организация здравоохранения Patient Safety: Global Action on Patient Safety. – Geneva : WHO, 2021.

7. Бережливое производство Вумек Дж., Джонс Д. Бережливое производство: как избавиться от потерь и добиться процветания компании. – Москва : Альпина Паблишер, 2020. – 472 с.

Раздел III

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

СИМУЛЯЦИОННЫЕ СЦЕНАРИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

И.С. Бякина,

*преп. профессионального цикла I кв. категории,
зав. кафедрой сестринского ухода*

Рассматривается структура и классификация клинических симуляционных сценариев как базового дидактического инструмента в медицинском образовании. Опираясь на отечественный опыт (РОСОМЕД) и международные стандарты (INACSL), авторы анализируют ключевые компоненты симуляционного тренинга, критерии реалистичности, вариативности и целеполагания сценариев. Обоснована необходимость строгого структурирования симуляционного курса для предотвращения формирования ложных профессиональных навыков.

Ключевые слова: *симуляционное обучение, РОСОМЕД, клинический сценарий, дебрифинг, медицинское образование, ОСКЭ, реалистичность.*

Современная парадигма медицинского образования ориентирована на обеспечение безопасности пациентов и минимизацию врачебных ошибок на этапе практической подготовки. Как справедливо отмечает основоположник отечественной симуляционной педагогики академик РАН А.А. Свистунов, «симуляционное обучение сегодня выступает не как альтернатива, а как обязательный сквозной компонент образовательного процесса, гарантирующий объективизацию оценки компетенций» [2].

В контексте методологии Общества симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД) клинический сценарий рассматри-

вается не просто как нарративное описание клинического случая, а как жестко структурированная модель профессиональной деятельности [1]. Он включает в себя целеполагание, четкое задание, ожидаемый алгоритм действий, триггерные точки, карту типичных ошибок и детерминированные критерии оценивания.

Недостаточная проработка архитектуры сценария, согласно международным стандартам *INACSL Healthcare Simulation Standards of Best Practice*, неизбежно ведет к снижению учебной ценности симуляции, формированию у обучающихся ошибочных («негативных») навыков и деградации учебной мотивации [5]. В связи с этим критически важной задачей медицинских учебных центров становится систематизация и классификация симуляционных сценариев.

Внедрение симуляции, ориентированной на конкретные, измеримые и достижимые результаты, требует учета не только материально-технических, но и глубоких психолого-педагогических аспектных факторов [1].

Как подчеркивают Е.М. Сурмач и М.Г. Малкин, планирование симуляционного обучения напрямую определяет его эффективность, при этом архитектура сценария обязательно должна опираться на действующие клинические протоколы и адаптироваться к изменяющемуся «учебному пространству» (например, использованию классов-трансформеров) [3, с. 79–80].

Современная модель структуры клинического сценария, обогащенная отечественным и международным опытом, включает следующие взаимосвязанные элементы:

1. Общие сведения и пребрифинг: верификация целевой аудитории (курс, специальность) и определение локации. Этап пребрифинга является критически важным: здесь объясняются «правила игры», ожидания, вопросы конфиденциальности и взаимного уважения, а также происходит «знакомство» с симулятором. Цель пребрифинга – создание устойчивой *психологической безопасности* для последующей эффективной рефлексии.

2. Анализ потребностей и целей обучения: декомпозиция формируемых универсальных и профессиональных компетен-

ций. Сценарий должен соотноситься с уровнем подготовки: от отработки изолированных манипуляций на младших курсах до междисциплинарного взаимодействия на старших.

3. Исходные данные (материал для брифинга): анамнестические карты, жалобы, параметры исходной производственной или клинической ситуации.

4. Ресурсное обеспечение и «область действия»: спецификация оборудования, расходных материалов и медикаментов. Пространство формируется под конкретную задачу – от манипуляционного столика до полномасштабной симуляции кризисных состояний.

5. Обеспечение «степени честности»: глубина поведенческого, эмоционального и когнитивного участия. Для полноценного погружения в атмосферу тренинга с участниками целесообразно заключать устные или письменные *«контракты о неразглашении информации»* и *«соглашения об оказании помощи реальному пациенту»*. Это позволяет обучающемуся психологически принять манекен как живого человека и дает право на ошибку в безопасной среде.

6. Динамический план и гибкость сценария: хронологическая последовательность событий и «триггеры» (реакция симулятора на действия). В каждом качественном сценарии должно быть предусмотрено несколько вариантов развития событий (разветвленность), зависящих от верности решений команды.

7. Ожидаемый алгоритм действий (СОП): эталонная последовательность решений на основе клинических рекомендаций. Симуляция дает студенту уникальное преимущество, невозможное в реальной практике: «возможность сделать паузу, обдумать, обсудить ситуацию и повторить заново».

8. Матрица ошибок и оценочный инструментарий: фиксация типичных и критических девиаций с использованием унифицированных оценочных (чек) листов, что стандартизирует задачи обучения и контроля.

9. Своевременная обратная связь (дебрифинг): фасилилируемый управляемый разбор, проводимый в том числе «по

требованию». Обязательным элементом является привлечение объективных источников — разбор видеозаписей с камер наблюдения, анализ эмоциональных реакций участников и фиксация извлеченных уроков [3, с. 79–81; 4].

Опираясь на аналитические материалы РОСОМЕД и международного опыт, мы систематизировали симуляционные сценарии по шести ключевым основаниям (см. таблицу).

Систематизация симуляционных сценариев в медицинском образовании

Критерий классификации	Разновидность сценария	Краткая дидактическая характеристика
1. По целям обучения	1.1. Обучающие (тренинговые)	Формирование первичных мануальных и когнитивных навыков.
	1.2. Оценочные (контролирующие)	Промежуточный контроль и проведение экзаменов (в т.ч. в формате ОСКЭ).
	1.3. Аккредитационные	Стандартизированные станции для допуска к профессиональной деятельности.
2. По уровню сложности	2.1. Базовые (алгоритмические)	Отработка изолированных простых манипуляций (инъекции, тонометрия).
	2.2. Клинические (ситуационные)	Требуют дифференциальной диагностики, анализа данных и выбора тактики.
	2.3. Комплексные (интегрированные)	Мультидисциплинарные задачи, требующие навыков командной работы (CRM).
3. По форме реализации	3.1. Роботизированные	Использование манекенов/симуляторов (от I до VI уровня реалистичности).
	3.2. Со стандартизированным пациентом	Привлечение подготовленных актеров для оценки коммуникативных навыков.
	3.3. Виртуальные (экранные)	Компьютерные симуляции, VR/AR-технологии.
	3.4. Гибридные	Комбинация различных технологий (например, накладной муляж на актере).

Критерий классификации	Разновидность сценария	Краткая дидактическая характеристика
4. По степени реалистичности (Fidelity)	4.1. Низкая реалистичность	Фантомы и анатомические модели для освоения базовой механики движений.
	4.2. Средняя реалистичность	Клиническая ситуация со стандартными реакциями на среднереалистичных тренажерах.
	4.3. Высокая реалистичность	Максимальное погружение (High-fidelity) с динамическим откликом физиологических параметров.
5. По внутренней структуре	5.1. Линейные	Жесткий, единственный вектор развития сюжета независимо от действий студента.
	5.2. Разветвленные	Множественные исходы, напрямую зависящие от верности решений обучающегося.
6. По клиническому содержанию	6.1. Типовые (плановые)	Стандартный уход и терапия (например, лихорадочные состояния).
	6.2. Неотложные (ургентные)	Экстренная помощь (например, статусное течение бронхиальной астмы).
	6.3. Коммуникативные	Сбор анамнеза, сообщение плохих новостей, бесконфликтное общение.
	6.4. Процедурные	Выполнение сложных манипуляций (хирургическая обработка, перевязки).

Важным элементом освоения представленной методологии профессорско-преподавательским составом является интерактивная сессия (продолжительностью 10–15 минут), направленная на декомпозицию профессиональной задачи. В рамках практикума участникам предлагается:

- выбрать конкретную трудовую функцию согласно Профессиональному стандарту;
- сформулировать SMART-цели обучения;
- определить тип симуляционной среды (коммуникативная, процедурная или ургентная);

– разработать триггеры для разветвленного сценария и составить валидный чек-лист.

Таким образом, научно обоснованное конструирование симуляционных сценариев на основе предложенной многовекторной классификации позволяет систематизировать процесс подготовки медицинских кадров. Понимание дифференциации сценариев по уровням сложности, структуре и степени реалистичности дает возможность преподавателю дозированно распределять когнитивную нагрузку на обучающихся, обеспечивая плавный переход от освоения простых мануальных навыков к комплексному клиническому мышлению в составе мультидисциплинарных команд.

Литература

1. Горшков М.Д., Федоров А.В. Классификация симуляционного оборудования // Виртуальные технологии в медицине. – 2012 № 2 – С. 21–30. – URL: https://doi.org/10.46594/2687-0037_2012_2_21
2. Свистунов А. А., Горшков М. Д., Шубина Л. Б., Грибков Д. М. Специалист по медицинскому симуляционному обучению. — Москва, 2019. – URL: Специалист-медицинского-симуляционного-обучения.pdf
3. Сурмач Е. М., Малкин М. Г. Симуляционные технологии в медицинском образовании: планирование и перспективы развития // Журнал ГрГМУ. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/simulyatsionnye-tehnologii-v-meditsinskom-obrazovanii-planirovanie-i-perspektivy-razvitiya>.
4. Eppich, W.J., Cheng A. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing // Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare. – 2015. – № 10. – P. 106–115. – URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Promoting-Excellence-and-Reflective-Learning-in-and-Eppich-Cheng/5aceb4363d744988964286641ef6d487a1f8c217>
5. INACSL Standards Committee (2016, December). INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design // Clinical Simulation in Nursing. – № 12(S). – P. S5–S12. – URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ КАК ОСНОВА ПОСТРОЕНИЯ ТРЕНИНГА HARD SKILLS И SOFT SKILLS

М.А. Шаронова,

преподаватель профессионального учебного цикла I квалиф. категории

Рассматривается значение клинического сценария как основы построения симуляционного тренинга в системе подготовки специалистов среднего звена здравоохранения. Обоснована актуальность применения клинических сценариев в образовательном процессе как эффективного средства интеграции профессиональных (hard skills) и коммуникативных (soft skills) навыков. Раскрываются преимущества симуляционного обучения, обеспечивающего безопасное формирование практических умений без участия пациента, а также развитие клинического мышления, способности к принятию решений и командному взаимодействию. Представлены понятие, цели, значение и классификация клинических сценариев, описаны особенности простых и сложных сценариев, применяемых в обучении и контроле профессиональных компетенций. Особое внимание уделено роли клинических сценариев в формировании профессиональной идентичности, развитии самостоятельности, ответственности и готовности обучающихся к практической деятельности. Подчеркивается необходимость системного, последовательного и преемственного внедрения клинических сценариев в программы профессиональных модулей медицинского образования.

Ключевые слова: симуляционное обучение; профессиональные компетенции; симуляционный тренинг; медицинское образование.

*«К вершинам мудрости ведут нас три пути:
путь размышления – самый благородный,
путь имитации – доступней всех других,
и горький путь – на собственных ошибках».*
(Конфуций, V век до н.э.)

Так говорил Конфуций еще в V веке до нашей эры, считаю данное изречение актуальным и сегодня.

Основным принципом современного медицинского образования является обучение действием [1, с. 15]. Это в большей степени обеспечивает качество подготовки специалиста, его готовность выполнять трудовые функции в соответствии

с квалификационными требованиями. Прикладной характер профессиональной деятельности специалистов среднего звена здравоохранения обосновывает приоритетную позицию симуляционных методов обучения в интеграции с традиционными и современными образовательными технологиями [1, с. 22; 5, с. 8].

Основной принцип и главное преимущество медицинского симуляционного обучения – проведение учебного процесса без участия пациента [1, с. 41]. Это позволяет предварительно, уже на доклиническом этапе без риска для больного освоить многие практические манипуляции и нетехнические навыки, что в дальнейшем обеспечивает более эффективное обучение в клинике, без стресса и с меньшим числом ошибок.

С целью повышения эффективности усвоения учебного материала в параллели с методами совершенствуются и средства симуляционного обучения. На сегодняшний день в качестве ведущего инструмента достижения образовательных результатов является решение клинических сценариев в симулированных условиях, максимально отражающих реальную профессиональную ситуацию [3, с. 46].

Применение традиционных типов ситуационных задач, включающих описание клинического случая (жалобы пациента, анамнез развития заболевания, лабораторные и инструментальные методы исследования), уходит в прошлое. Интерпретация описанных клинических данных, перечисление объема оказания медицинской помощи без демонстрации навыков и умений способствует формированию только теоретического мышления, что снижает результативность обучения [4, с. 27]. Такой подход исключает эффективное общение с пациентом в выяснении жалоб, возможность проведения объективного исследования пациента, интерактивного выявления и решения его проблем.

Поэтому применение клинических сценариев на современном этапе подготовки медицинских кадров приобретает особую актуальность [3, с. 47–48]. Преодолевается разрыв меж-

ду теорией и практикой, вырабатываются рекомендации по последовательности и техническому выполнению процедур, профилактике осложнений, у специалиста формируется уверенность в профессиональной деятельности.

Теоретический разбор практических умений в настоящее время выступает в новом качестве. Являясь частью симуляционного обучения, систематизация знаний по выполнению навыков и умений проводится в форме дебрифинга, включающего анализ, разбор, обобщение практических действий, выработку рекомендаций. В минусе является обучение, при котором знания и умения формируются в отрыве друг от друга, изолированно. Решение клинического сценария обеспечивает комплексный подход в освоении умений, при котором технические навыки (*hard skills*) формируются совместно с коммуникативными навыками (*soft skills*), с умениями оказывать помощь в командном взаимодействии, обеспечивая инфекционную безопасность и т.д. [2, с. 64; 3, с. 48].

Грамотный подход в разработке клинических сценариев и созданный на их основе банк оценочных средств может стать инструментарием для контроля результата освоения образовательных программ на демонстрационном экзамене [3, с. 49].

На сегодняшний день информация о разработке и применении клинических сценариев разобщена. Встречаются разночтения в понятиях, терминах, структуре, требованиях к содержанию. Протекает этап накопления опыта их применения.

Что же такое клинический сценарий?

Клинический сценарий – это искусственно созданная сюжетно-ролевая клиническая ситуация, отражающая реальный практический случай, и которую следует решить студенту СПО, ВПО, слушателю ДПО [3, с. 45].

Клинический сценарий является основой для построения тренингов по медицинским дисциплинам, так как он позволяет интегрировать развитие *hard skills* (клинические навыки, например, диагностика и лечение) и *soft skills* (коммуникация,

критическое мышление, работа в команде) в единый процесс обучения [2, с. 71; 3, с. 46].

Значение клинического сценария:

- Реалистичность;
- Целенаправленное обучение;
- Развитие компетенций;
- Оценка результатов;
- Интерактивность;
- Формирование профессиональной идентичности [2, с. 58–74; 3, с. 45–49; 5, с. 10–18].

Цели клинического сценария:

- совершенствование профессиональных и общих компетенций;
- проверка теоретической и практической готовности студентов;
- формирование профессионального потенциала для самореализации;
- формирование социально-значимых качеств личности;
- создание условий для развития творческого потенциала студентов [2, с. 88; 6, с. 12].

Клинические сценарии по своей структуре и содержанию могут быть простые и сложные [3, с. 47].

Простые клинические сценарии разрабатываются для формирования конкретных практических навыков, например, постановка периферического венозного доступа, измерение артериального давления и т.д. Сложные сценарии разрабатываются для формирования практических умений, включающих комплекс навыков, например, оказание неотложной помощи ребенку при лихорадке [3, с. 47–48; 5, с. 15].

Для описания клинической ситуации можно использовать:

1. Истории болезни пациентов с имеющимися данными лабораторной и инструментальной диагностики без указания персональных данных.
2. Видеоматериалы клинических ситуаций.

3. Мнения и собственный опыт реальных пациентов, включающие эмоциональные и поведенческие реакции.

4. Вымышленные клинические ситуации при использовании собственного опыта автора-разработчика и специальной литературы.

В зависимости от цели применения клинический сценарий может использоваться как средство обучения и/или средство контроля и является обязательным элементом симуляционного тренинга [5, с. 19].

В традиционном понимании симуляционный тренинг представляет собой практическое занятие с использованием симуляционных технологий, включающее углубленное изучение теоретического материала на предварительном этапе и выполнение прикладных практических заданий с последующей обратной связью [1, с. 56–60].

По способу формирования навыков и умений тренинги различают: простой (четырёхэтапный) и комплексный (трехэтапный) [5, с. 20–21].

Простой тренинг целесообразно использовать для отработки новых первично осваиваемых навыков и умений, а комплексный – для формирования и совершенствования комплексных навыков и умений, интегрирующих ранее освоенные виды работ и обеспечивающих готовность к практической деятельности.

Изучая опыт работы различных симуляционных центров, видим, что их специалисты рекомендуют проводить практические занятия в форме симуляционного тренинга, обязательным атрибутом которого является применение клинических сценариев от простых до сложных [5, с. 24].

Также стоит отметить, что сложность в применении клинических сценариев возникает в освоении большого объема материала за одно занятие. В такой ситуации считаем, что с целью отработки первично осваиваемых навыков целесообразно использовать простой четырехэтапный тренинг, в процессе которого навыки отрабатываются строго по стандартному алгоритму. И лишь в целях контроля можно использовать простой

клинический сценарий, согласно которому студент должен выполнить задание, включающее ранее выработанные и новые навыки.

Анализируя опыт работы преподавателей кафедры «Сестринского ухода», пришли к выводу, что клинический сценарий является оптимальным инструментом для формирования всесторонне подготовленных специалистов, сочетающих в себе как глубокие профессиональные знания, навыки и умения, так и развитые личностные качества.

Разделяем позицию исследователей о том, что формирование клинической компетентности будущих специалистов среднего звена здравоохранения возможно только при системном, последовательном и преемственном применении клинических сценариев в образовательном процессе [3, с. 48–49; 6, с. 15].

Литература

1. Заривчацкий, М. Ф. Симуляционное обучение в медицинском образовании / М. Ф. Заривчацкий, М. Д. Горшков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 368 с.
2. Зеер, Э. Ф. Компетентностный подход в профессиональном образовании / Э. Ф. Зеер. – Екатеринбург : Российский государственный профессионально-педагогический университет, 2019. – 156 с.
3. Козлова, Н. В. Клинические сценарии как метод формирования профессиональных компетенций обучающихся / Н. В. Козлова // Среднее профессиональное образование. – 2021. – № 6. – С. 45–49.
4. Пасечник, И. Н. Симуляционные технологии в подготовке медицинских кадров / И. Н. Пасечник, А. А. Свистунов // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11, № 2. – С. 24–31.
5. РОСОМЕД. Методические рекомендации по организации симуляционного обучения. – Москва : РОСОМЕД, 2022. – 52 с.
6. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело». – Москва : Министерство просвещения Российской Федерации, 2022. – 38 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ (КЛИНИЧЕСКИХ) СЦЕНАРИЕВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ SOFT SKILLS

Л.В. Мельничук,

преподаватель профессионального учебного цикла I квалиф. категории

Рассматриваются особенности построения симуляционных(клинических) сценариев как эффективного инструмента формирования Soft skills у студентов медицинского колледжа. Актуальность темы обусловлена возрастающими требованиями к качеству подготовки медицинских специалистов, где наряду с профессиональными компетенциями важное значение приобретают коммуникативные навыки, эмпатия, стрессоустойчивость и способность устанавливать контакт с пациентом.

Представлены основные этапы разработки клинического сценария: определение цели, выбор клинической ситуации, создание клинического портрета пациента, формулирование проблемы, распределение ролей, алгоритм действий студента и критерии оценки. Особое внимание уделено построению коммуникативного сценария взаимодействия с тревожным пациентом на примере подготовки к проведению катетеризации мочевого пузыря. Рассмотрены принципы брифинга и дебрифинга как обязательных этапов симуляционного обучения. Показано, что использование клинических сценариев способствует развитию профессионального общения, снижению тревожности обучающихся перед выполнением манипуляций и формированию готовности к работе в реальных условиях. В рамках работы предложена модель коммуникативного сценария для обучения студентов 2 курса медицинского колледжа перед инвазивными манипуляциями, направленная на развитие навыков эффективного взаимодействия с пациентом.

Ключевые слова: *симуляционное обучение; клинический сценарий; медицинское образование; коммуникация с пациентом; тревожный пациент; профессиональные компетенции.*

В условиях современной системы здравоохранения значительно возрастают требования к качеству подготовки медицинских специалистов. Современная система подготовки медицинских кадров ориентирована на формирование не только профессиональных, но и универсальных компетенций, объединяемые понятием Soft skills - «гибкие навыки» [1,5]

Коммуникация представляет собой самостоятельную часть процесса общения и специфическую форму взаимодействия субъектов. [3]

Актуальность формирования Soft skills обусловлена тем, что значительная часть ошибок в медицинской практике связана не с недостатком профессиональных знаний, а с нарушением коммуникации, отсутствием взаимопонимания между медицинским работником и пациентом, а также неумением действовать в сложных и стрессовых ситуациях. [3,6]

Эдинбургская Декларация Всемирной Федерации по Медицинскому образованию (1988) установила, что каждый пациент должен иметь возможность встретить в лице медицинского работника человека, подготовленного в качестве внимательно-го слушателя, тщательного наблюдателя, эффективного клинициста, а также человека, обладающего высокой восприимчивостью в сфере общения. [4]

В 1980-е гг. Александр Евгеньевич Личко и Николай Яковлевич Иванов, в рамках работ по медицинской психологии и психодиагностике создали классификацию типов пациентов по отношению к болезни, основана на том, как пациент воспринимает свое заболевание, реагирует на него и ведет себя в процессе лечения [2].

Тип	Краткая характеристика	Тактика медицинского работника
Гармоничный	Адекватно оценивает состояние, сотрудничает	Поддерживать, давать полную информацию
Эргопатический	«Уход в работу», игнорирует болезнь	Контролировать нагрузку, разъяснять риски
Анозогнозический	Отрицает болезнь	Мягко убеждать, объяснять последствия
Тревожный	Страхи, беспокойство	Успокаивать, подробно объяснять
Ипохондрический	Зациклен на симптомах	Ограничивать избыточные обследования, поддержка
Неврастенический	Раздражительность, утомляемость	Терпение, щадящий режим

Тип	Краткая характеристика	Тактика медицинского работника
Меланхолический	Пессимизм, подавленность	Психологическая поддержка
Апатический	Безразличие к лечению	Активизировать, контролировать выполнение
Сенситивный	Стеснение, страх оценки	Деликатность, конфиденциальность
Эгоцентрический	Требуется внимания, демонстрирует болезнь	Внимание без поощрения манипуляций
Паранойальный	Подозрительность, недоверие	Аргументированность, спокойствие
Дисфорический	Агрессия, мрачность	Сдержанность, четкие границы

Одним из наиболее эффективных методов формирования Soft skills является использование клинических сценариев. Особенность клинических сценариев заключается в том, что акцент делается не только на выполнении медицинской манипуляции, но и на выборе эффективной тактики общения с учетом психологических особенностей пациента. В рамках доклада предложена модель коммуникативного сценария для обучения студентов 2 курса медицинского колледжа перед инвазивными манипуляциями. [5]

Построение клинического сценария осуществляется поэтапно и включает несколько взаимосвязанных компонентов.

1. Определение цели сценария

На первом этапе преподаватель четко формулирует цель, которая должна быть достигнута в ходе выполнения сценария.

Цели могут быть двух типов:

- практические (hard skills): выполнение манипуляции (например катетеризация мочевого пузыря);
- коммуникативные (soft skills): установление контакта, эмпатия, работа с тревогой пациента.

Пример:

Цель – сформировать навыки выполнения катетеризации мочевого пузыря и умение снизить тревожность пациента.

2. Выбор клинической ситуации

Ситуация должна:

- соответствовать теме занятия;
- быть типичной для практики среднего медицинского персонала;

- включать элемент проблемы или сложности.

3. Описание пациента (клинический портрет)

Создается краткая характеристика пациента:

- возраст;
- состояние;
- поведение (спокойный, тревожный, агрессивный);
- особенности (страх, боль, отказ от процедур.)

При разработке сценариев необходимо учитывать следующие принципы:

1. Реалистичность поведения пациента.
2. Наличие эмоционального компонента.
3. Связь с конкретной медицинской манипуляцией.
4. Четко заданную цель общения.
5. Возможность вариативных ответов студента. [5,6]

Типовая структура сценария

1. Описание ситуации
2. Тип пациента
3. Цель
4. Реплики (скрипты) пациента
5. Ожидаемые действия студента
6. Критерии оценки [5]

Брифинг: Вы – медицинская сестра терапевтического отделения. Пациентке 52 года назначена катетеризация мочевого пузыря (задержка мочи).

Особенности: – пациент тревожен; – боится боли и осложнений; – задает много вопросов.	Ваша задача: – установить контакт; – снизить тревожность; – сформировать доверие перед инвазивной процедурой; – обеспечить информированное согласие. [3,6]
Время: 7-10 минут	

Определение проблемы(конфликта)

Обязательный элемент сценария – наличие затруднения, требующего от студента не только выполнение манипуляции, но и применения Soft skills [5]

Возможные проблемы:

- страх пациента;
- отказ от процедуры;
- агрессивное поведение;
- эмоциональная нестабильность.

Для повышения эффективности сценария заранее задаются возможные реплики(скрипты) пациента.

Пример:

- «Мне страшно»
- «Я не хочу эту процедуру»
- «Мне будет больно?» [3]

Это помогает стандартизировать обучение и делает сценарий управляемым. [5]

Распределение ролей

Участники сценария:

- студент (медицинский работник);
- пациент (другой студент или преподаватель);
- наблюдатели(эксперты).

При необходимости добавляются:

- родственник пациента;
- медицинская сестра /коллега [5].

Определение алгоритма действий студента.

Студент должен действовать по четкой структуре:

1. Представиться.
2. Установить контакт.
3. Определить эмоциональную реакцию.
4. Проявить эмпатию.
5. Объяснить процедуру доступным языком.
6. Ответить на вопросы.
7. Снизить тревогу.
8. Получить согласие [3, 6].

Определение критериев оценки

Оценка должна быть прозрачной и включать:

- установление контакта
- умение слушать
- эмпатия
- ясность речи
- управление конфликтом
- профессиональная этика

Используются чек-листы и балльная система [5].

Проведение сценария

Сценарий проводится в условиях, максимально приближенных к реальности:

- использование оборудования;
- соблюдение санитарных норм;
- ограничение по времени (7-10 минут).

Преподаватель не вмешивается, а наблюдает [5].

Чего нельзя делать:

- игнорировать тревогу пациента
- использовать сложные медицинские термины
- давить («надо и все»)
- обесценивать страх
- проводить процедуру без согласия

Ожидаемый результат

Пациент:

- Успокаивается
- Понимает цель процедуры
- Доверяет медицинскому персоналу
- Дает информированное согласие

Этап 1: Установление контакта (представиться, попросить пациента назвать свою ФИО, год рождения, обратиться по имени отчеству, установить доверие)

Этап 2: Выявление тревоги («Я вижу, что вы волнуетесь» «Расскажите, что вас больше всего беспокоит?»)

Этап 3: Эмпатия («Это нормально – волноваться перед такой процедурой» «Я понимаю ваши переживания»)

Этап 4: Объяснение процедуры (объяснить цель и ход процедуры, предупредить о возможных ощущениях)

Этап 5: Снижение тревоги (признание эмоций, спокойный тон, простые объяснения)

Этап 6: Проверка понимания (Татьяна Ивановна скажите, пожалуйста, все ли вам понятно? Есть ли еще вопросы?)

Этап 7: Получение согласия (Татьяна Ивановна, вы согласны на проведение процедуры? Да, я согласна. Спасибо за доверие. Мы постараемся сделать все максимально комфортно для вас.)

Этап 8: Завершение коммуникации (Сейчас я подготовлю все необходимое. Если у вас появятся вопросы -обязательно скажите.) [3,6]

Дебрифинг (разбор) Ключевой этап обучения.

Обсуждаются:

- действия студента;
- ошибки;
- эмоции пациента;
- альтернативные варианты поведения.

Важно создать доброжелательную атмосферу [5]

Структура дебрифинга

1.Самооценка студента

- «Что, по вашему мнению, получилось хорошо?»
- «Что вызвало трудности?»

2. Анализ коммуникации

Обсуждаются:

- признал ли студент тревогу пациента
- использовал ли поддерживающие фразы
- избегал ли обесценивания

3.Разбор ошибок

Типичные ошибки:

- игнорирование эмоций пациента
- отсутствие объяснений
- спешка

Заключение

В рамках работы предложена модель коммуникативного сценария для обучения студентов 2 курса медицинского колледжа перед инвазивными манипуляциями, направленная на развитие навыков эффективного взаимодействия с пациентом. Дальнейшее использование и адаптация коммуникативных сценариев на старших курсах будет способствовать последовательному формированию Soft skills, необходимых в будущей профессиональной деятельности медицинского работника.

Литература

1. Педагогика и психология высшей школы / под редакцией М. В. Буланова – Топоркова. – Ростов н/Д: Феникс, 2020. – 544 с.
2. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медицинская психология и отношение личности к болезни. – Санкт–Петербург: Питер, 2019. – 304 с.
3. Общение в сестринском деле / под ред. С.И. Двойников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 256 с.
4. Всемирная федерация медицинского образования. Эдинбургская декларация по медицинскому образованию. – Эдинбург, 1988.
5. Симуляционное обучение в медицинском образовании / под ред. Н.В. Кудряшова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 320 с.
6. Коммуникативные навыки медицинского работника / под ред. И.В. Маев. – Москва: Практическая медицина, 2023. – 224 с.

ПОСТРОЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ HARDSKILLS

С.Ф. Грицаенко,

преподаватель профессионального учебного цикла I квалиф. категории

Рассматривается применение клинических сценариев как средства формирования профессиональных практических навыков (hardskills) у студентов медицинского колледжа. Особое внимание уделено обучению студентов 2 курса по профессиональному модулю ПМ.01 «Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Раскрывается значение симуляционного обучения и его роль в переходе от теоретической подготовки к практической деятельности. Представлены этапы построения клинических сценариев, направленных на развитие профессиональных навыков.

ональных компетенций и соблюдение санитарно-эпидемиологических требований. В качестве примеров приведены сценарии приготовления дезинфицирующего раствора и подготовки бикса к стерилизации. Описаны цели обучения, алгоритмы действий, возможные ошибки и критерии оценки выполнения навыков. Подчеркивается, что использование клинических сценариев способствует развитию ответственности, точности действий и уверенности студентов при выполнении медицинских манипуляций. Сделан вывод о высокой эффективности практико-ориентированного подхода в подготовке будущих медицинских работников среднего звена.

Ключевые слова: симуляционное обучение, сестринское дело, стерилизация, дезинфекция.

Современная система подготовки медицинских работников среднего звена ориентирована на формирование профессиональных компетенций, в основе которых лежат практические навыки – *hardskills*. Особенно это актуально для студентов 2 курса нашего колледжа, изучающих ПМ.01 «Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», где происходит переход от теоретического обучения к практической деятельности. Традиционные формы обучения формируют знания, но не обеспечивают достаточного уровня владения навыками. Поэтому ведущую роль приобретает симуляционное обучение с использованием клинических сценариев.

В медицинском образовании понятие *Hardskills* – это конкретные профессиональные навыки, необходимые для выполнения медицинских манипуляций, например:

- Обработка рук на гигиеническом уровне
 - Действия при аварийной ситуации: укол, порез в перчатках
 - Проведение генеральной уборки процедурного кабинета
 - Разведение дезинфицирующего раствора из жидкого концентрата
 - Подготовка бикса к укладке перед стерилизацией и др.
- Особенности *hardskills*:
- формируются только через практику;
 - требуют многократного повторения;

- строго регламентированы;
- поддаются объективной оценке;
- напрямую влияют на безопасность медицинского персонала и пациента.

Использование клинических сценариев позволяет интегрировать знания и практические умения. Для студентов 2 курса клинические сценарии формируют базовые *hardskills*, обеспечивают безопасную отработку навыков, развивают точность и ответственность, повышают уверенность в действиях.

Этапы построения сценария *hardskills* идентичны этапам построения любого другого сценария:

1. Определение навыка (*hardskill*)
2. Разработка клинической ситуации
3. Определение условий
4. Формулировка задания
5. Разработка алгоритма действий
6. Определение критериев оценки
7. Проведение занятия
8. Дебрифинг

Клинические сценарии на основе практических задач (ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)

Сценарий 1. Приготовление дезинфицирующего раствора из жидкого концентрата

Клиническая ситуация:

В отделении смешанной травмы в качестве дезинфектанта для обработки поверхностей, имеющих загрязнения биологическими жидкостями, используется 1% раствор препарата ДезТаб, не обладающего моющим эффектом. После использования стерильного инструментария (пинцеты, корнцанг, ножницы, шпатель) при проведении перевязки пациенту Р., вам необходимо провести дезинфекцию указанного инвентаря и подготовить его к последующей стерилизации.

Задание: Продемонстрировать последовательность действий по приготовлению дезинфицирующего раствора согласно СОП.

Клинический сценарий «Приготовление дезинфицирующего раствора из жидкого концентрата» по СОП

1. Общие сведения

Уровень обучающихся: студенты ГОУ СПО «Приднестровский Государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича»

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Место проведения: ОСКЭ

2. Цель обучения

Формирование умений:

готовить дезинфицирующие растворы по СОП

соблюдать санитарно-эпидемиологические требования

обеспечивать безопасность медицинского персонала

3. Исходные данные (брифинг)

После перевязки пациента необходимо провести дезинфекцию использованного инструментария.

В отделении применяется 1% дезинфицирующий раствор, который готовится из жидкого концентрата.

Медицинской сестре необходимо приготовить раствор и провести дезинфекцию согласно СОП.

4. Нормативная база

Работа выполняется в соответствии с:

– Приказ МЗ ПМР № 586 от 21 июня 2022 года «Об утверждении Санитарных правил и норм «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»» (СанПиН ПМР 2.1.3.2630-22);

– СанПиН 2.1.3678-20 «О внедрении и соблюдении санитарных правил при осуществлении медицинской деятельности»;

– СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

– СОП «Разведение дезинфицирующего раствора из жидкого концентрата»

5. Оборудование и ресурсы:

- Промаркированные емкости (для дезинфицирующего средства и с чистой водой);
- Флакон с концентратом дезинфицирующего средства;
- Мерные емкости;
- СИЗ: перчатки, маска, халат, клеенчатый фартук, нарукавники

– Мыло

– Раковина/ кран с водой

– Лучина из древесины или полимерного материала

– Таблица разведения жидкого дезинфицирующего средства

– Маркировочные бирки

– Ручка шариковая

6. Ход сценария (алгоритм по СОП)

Подготовка к процедуре

1. Изучить инструкцию к вновь поступившему дезинфицирующему средству

2. Подготовить комплект СИЗ, маркировочные бирки, шариковую ручку. На видном месте расположить таблицу разведения жидкого дезинфицирующего средства

3. Приготовить новую бирку, указать на ней дату и время приготовления раствора, Ф.И.О. медсестры, выполняющей разведение

4. Надеть средства индивидуальной защиты помимо носимых (маску или респиратор, халат или клеенчатый фартук, плотные перчатки)

5. Подготовить на рабочем столе промаркированные емкости (для дезинфицирующего раствора и с для чистой воды), мерные емкости, лучину, флакон с концентратом дезинфицирующего средства. Расположить на рабочем столе оснащение в удобном для использования порядке

Выполнение процедуры

6. Определить концентрацию дезраствора для выполнения предстоящей процедуры дезинфекции (согласно инструкции к дезинфицирующему средству)

7. Обратиться к таблице разведения жидкого дезинфицирующего средства, определить необходимое для данного раствора количество воды и концентрата дезинфицирующего средства

8. С помощью мерной кружки объемом 1 л налить в емкость для чистой воды то количество воды, которое требуется для приготовления раствора нужной концентрации (таб.1)

9. Примерно 1/10 общего объема воды из заготовленной вливаем в контейнер/емкость для разведения раствора

10. В мерную емкость отлить необходимое количество концентрата для приготовления раствора нужной концентрации (таб. 1)

11. Вылить содержимое мерного стакана в емкость/контейнер для разведения раствора

12. Размешать содержимое емкости/контейнера с помощью лучины

13. Долить оставшуюся воду из заготовленной в емкость/контейнер для разведения раствора

14. Размешать содержимое емкости/контейнера с помощью лучины

15. Накрыть емкость/контейнер с готовым раствором крышкой

Завершение процедуры

16. Зафиксировать маркировочную бирку на емкости/контейнере

17. Расположить контейнер в месте его применения

18. Вымыть мерный стакан под проточной водой, разложить на места использовавшийся инвентарь

19. Снять перчатки. Сбросить в емкость для отработанных перчаток

20. Вымыть руки гигиеническим способом водой с мылом

7. Ожидаемые действия обучающихся

– соблюдение СОП

– правильный расчёт раствора

– соблюдение последовательности действий

– соблюдение техники безопасности

8. Возможные ошибки

- нарушение последовательности (сначала вода, потом концентрат)
- неправильный расчёт концентрации
- отсутствие СИЗ
- отсутствие маркировки
- несоблюдение времени экспозиции

9. Критерии оценки

Чек - лист

10. Дебрифинг

Анализ действий обучающихся, разбор ошибок, закрепление правильного алгоритма приготовления дезрастворов по СОП.

Формируемые **hardskills**:

- приготовление дезинфицирующих растворов;
- расчет концентрации;
- соблюдение техники безопасности при работе с дезраствором.

Сценарий 2. Подготовка бикса к укладке перед стерилизацией

Клиническая ситуация:

Завтра в 14:00 в перевязочном кабинете хирургического отделения поликлиники, где Вы являетесь медицинской сестрой/ медицинским братом данного кабинета, начнется прием пациентов на перевязки. Материал из бикса, вскрытого сегодня, полностью израсходован. Биксов со стерильными марлевыми салфетками, пригодными к работе завтра, в отделении нет, трехдневный запас нестерильного материала подготовлены в чистой бельевой. Автоклавное отделение сегодня работает до 18:00.

Задание: Продемонстрировать подготовку бикса к стерилизации согласно СОП.

Клинический сценарий «Подготовка бикса к укладке перед стерилизацией»

1. Общие сведения

Уровень обучающихся: студенты ГОУ СПО «Приднестровский Государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича»

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Место проведения: ОСКЭ

2. Цель обучения

Формирование умений:

подготавливать бикс к укладке перед стерилизацией
соблюдать санитарно-эпидемиологический режим
обеспечивать правильную подготовку бикса к стерилизации

3. Исходные данные (брифинг)

В перевязочном кабинете хирургического отделения отсутствуют готовые стерильные биксы.

Имеется нестерильный перевязочный материал, подготовленный в чистой бельевой.

Автоклав работает до 18:00.

Медицинской сестре необходимо подготовить бикс к укладке материала и последующей стерилизации согласно СОП.

4. Нормативная база

Подготовка бикса проводится в соответствии с:

- Приказ МЗ ПМР № 586 от 21 июня 2022 года «Об утверждении Санитарных правил и норм «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»» (СанПиН ПМР 2.1.3.2630-22);

- СанПиН 2.1.3678-20 «О внедрении и соблюдении санитарных правил при осуществлении медицинской деятельности»;

- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

- СОП «Подготовка бикса к укладке перед стерилизацией»

5. Оборудование и ресурсы

- Емкость с дезинфицирующим раствором (1% раствор хлорамина)

- 2 ветоши с маркировкой «для биксов»

- Перчатки, маска

- Перевязочный материал (марлевые салфетки, шарики марлевые)
- Бикс без фильтра
- Индикаторы стерильности
- Пеленка
- Емкость с дезинфицирующим раствором для использованных перчаток
- Емкость с дезинфицирующим раствором для использованных ветошей
- Бирки, ручка

6. Ход сценария (алгоритм действий по СОП)

Подготовка к проведению процедуры

1. Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)
2. Надеть перчатки медицинские нестерильные. По эпидемическим показаниям надеть маску
3. Проверить исправность бикса
4. Откройте боковые отверстия бикса
5. Приготовить емкость с 1% раствором хлорамина, чистую ветошь, емкость с дезраствором для использованных ветошей, емкость с дезинфицирующим раствором для использованных перчаток

Выполнение процедуры

6. Протрите поверхность бикса изнутри и снаружи ветошью, смоченной 1 % раствором хлорамина.
7. Поместить ветошь в емкость с дезраствором для использованных ветошей
8. Снять перчатки
9. Вымыть руки, снять маску
10. Выстелите дно и стенки бикса пленкой
11. Поместить на дно бикса индикатор стерильности
12. Уложить перевязочный материал
13. Поместить индикатор стерильности в центральную часть бикса

14. Накрыть перевязочный материал свисающими краями весь уложенный материал

15. Поместить индикатор стерильности поверх пеленки под крышку бикса

Завершение процедуры

16. Закрыть крышку бикса на замок

17. Привязать к ручке бикса бирку

7. Ожидаемые действия обучающихся

– правильная подготовка бикса

– соблюдение последовательности

– правильная укладка индикаторов и материала

8. Возможные ошибки

– пропуск дезинфекции

– укладка во влажный бикс

– плотная укладка

– отсутствие индикатора

– нарушение последовательности

9. Критерии оценки

Чек - лист – правильность подготовки бикса

10. Дебрифинг

Анализ действий обучающихся, разбор ошибок, закрепление правильного алгоритма подготовки бикса к укладке перед стерилизацией по СОП.

Формируемые *hardskills*:

– работа со стерилизационной коробкой;

– соблюдение техники безопасности при работе с дезраствором;

– дезинфекция;

– применение индикаторов стерильности.

Учебная практика как этап формирования *hardskills* является важнейшим этапом, где студенты демонстрируют освоенные навыки. Практика проводится в условиях, приближённых к реальным: процедурный кабинет.

Во время практики студент выполняет комплекс действий:

– подготовка рабочего места;

- соблюдение асептики и антисептики;
- приготовление дезраствора;
- подготовка бикса;
- утилизация отходов.

Преподаватель: организует сценарий, контролирует выполнение, фиксирует ошибки, проводит разбор (дебрифинг).

Использование клинических сценариев в учебной практике формирует *hardskills*, простые клинические сценарии доводятся до автоматизма, комплексные клинические сценарии не всегда удается довести до автоматизма.

Клинические сценарии являются эффективным инструментом формирования профессиональных навыков (*hard skills*) у студентов медицинского колледжа, обеспечивая связь теоретических знаний с практической деятельностью. Их использование способствует отработке алгоритмов действий, развитию ответственности и соблюдению санитарно-эпидемиологических требований. Однако применение данного метода требует значительных временных и организационных ресурсов. Кроме того, не все сложные клинические ситуации удаётся в полной мере отработать до автоматизма в условиях учебного процесса. Отдельные студенты могут испытывать затруднения при переносе отработанных навыков в реальные клинические условия. Несмотря на это, клинические сценарии остаются одним из наиболее перспективных направлений практико-ориентированного обучения. Их грамотное внедрение позволяет повысить качество подготовки будущих медицинских работников.

Литература

1. СанПиН ПМР 2.1.3.2630–22. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность.
2. СанПиН 2.1.3678–20. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям деятельности медицинских организаций.
3. СанПиН 3.3686–21. Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней.
4. Приказ Министерства здравоохранения ПМР № 586 от 21 июня 2022 г. «Об утверждении санитарных правил и норм».

5. Мухина, С. А. Основы сестринского дела / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 368 с.
6. Обуховец, Т. П. Сестринское дело в терапии / Т. П. Обуховец. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. – 412 с.
7. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела : учебное пособие / Л. И. Кулешова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. – 496 с.
8. Смолева, Э. В. Сестринское дело / Э. В. Смолева. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2018. – 480 с.
9. Бортникова, С. М. Сестринское дело в хирургии / С. М. Бортникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 352 с.
10. Вялков, А. И. Организация сестринского дела / А. И. Вялков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 256 с.
11. Глухов, А. А. Асептика и антисептика в медицинской практике / А. А. Глухов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019. – 224 с.
12. Сестринское дело: научно-практический журнал. – Москва, 2025.
13. Главная медицинская сестра: профессиональный журнал. – Москва, 2025.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ИСПОЛЬЗОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ

И.С. Шептефрац,

преподаватель профессионального учебного цикла I квалиф. категории

Рассматриваются педагогические и практические аспекты реализации интегративного подхода в современном медицинском образовании. На примере профессионального модуля ПМ 04 анализируется внедрение комплексных клинических сценариев, объединяющих теоретический базис, практические манипуляции и навыки профессионального общения студентов. Мы исследуем ключевые направления интеграции, включая междисциплинарные связи, вопросы инфекционной безопасности, эргономику и рефлексивный анализ (дебрифинг). Особое внимание уделено преодолению психологических барьеров («эффекта робота») у будущих медицинских работников за счет гармоничного сочетания технических действий и терапевтической коммуникации. В качестве системообразующего элемента обучения рассматривается применение стандартных операционных процедур (СОП), позволяющих совместить строгие нормативные требования, и индивидуализированный подход к нуждам конкретного пациента.

Ключевые слова: *медицинское образование, профессиональные компетенции, стандартные операционные процедуры, клиническое мышление, сестринский процесс.*

Современное медицинское образование ориентировано на формирование компетентного специалиста, способного эффективно действовать в реальных клинических условиях. В условиях перехода к компетентностной модели обучения особое значение приобретает не просто механическое усвоение теоретических знаний, а умение осознанно применять их в будущей профессиональной деятельности.

Одним из наиболее эффективных методов обучения является использование клинических сценариев, позволяющих детально моделировать реальные ситуации ухода за пациентом. Однако их максимальная педагогическая эффективность достигается только при реализации комплексного интегративного подхода, который объединяет теоретические знания, практические навыки и профессиональное мышление в единую систему. В рамках изучения профессионального модуля ПМ 04 интегративный подход выступает главной основой формирования профессиональных компетенций и всесторонней подготовки студентов к производственной практике.

Теоретические основы интегративного подхода

Интегративный подход представляет собой такую организацию обучения, при которой происходит объединение различных дисциплин, видов деятельности и профессиональных задач в единую сквозную систему. В медицинском образовании этот подход обеспечивает целостное восприятие клинической ситуации, выстраивает прочную связь теории и практики, стимулирует формирование клинического мышления, а также развивает профессиональную ответственность будущих медиков.

Клинический сценарий в данном контексте выступает как интегративная образовательная среда, которая максимально приближена к реальной деятельности медицинского работника. Важно понимать, что клинический сценарий – это не просто стандартная учебная задача, а полноценная модель профессиональной деятельности. В ней обучающийся одновременно анализирует состояние пациента, принимает оперативные ре-

шения, выполняет сложные манипуляции, активно взаимодействует с пациентом и самостоятельно оценивает результат своей деятельности. Именно в рамках одного такого сценария происходит одновременная реализация различных видов интеграции.

Виды интеграции, реализуемые в клиническом сценарии

Фундаментальным видом интеграции является междисциплинарная, или горизонтальная интеграция. В процессе выполнения сценария студент должен мгновенно актуализировать знания, полученные из самых различных дисциплин. В качестве примера можно привести выполнение учебного сценария «Уход за пациентом с одышкой». Здесь студент должен успешно интегрировать знания анатомии и физиологии для понимания механики дыхания, фармакологии – для оценки действия бронхолитиков, и психологии – для применения методов снижения тревожности у задыхающегося человека. Результатом такой горизонтальной интеграции становится формирование четкого понимания не только алгоритма действий, но и их глубокого патофизиологического обоснования.

Вторым важнейшим видом выступает внутримодульная, или вертикальная интеграция. Этот вид интеграции объединяет теоретические основы сестринского дела и практическую деятельность. В рамках сценария студент последовательно проходит полный цикл сестринского процесса, который включает в себя первичное обследование пациента, выявление его приоритетных проблем, планирование ухода, непосредственное выполнение манипуляций и документирование результатов. В результате такого подхода у будущего специалиста формируется личная ответственность за каждое действие и каждую запись в медицинской документации.

Особое место в подготовке занимает инфекционно-технологическая интеграция. Инфекционная безопасность не должна изучаться изолированно, она обязана стать неотъемлемой частью любой выполняемой манипуляции. Непосредственно в

сценарии строго соблюдаются правила асептики и антисептики, выполняется правильная гигиеническая обработка рук, а также соблюдаются правила утилизации отходов классов А, Б и В. Результатом становится формирование устойчивого профессионального навыка, при котором безопасность становится автоматическим элементом деятельности.

Также большое значение имеет эргономическая интеграция, обеспечивающая безопасность в системе «медицинский работник – пациент». Особое значение имеет обучение безопасному выполнению манипуляций как для самого пациента, так и для медицинского работника. В ходе сценария студент активно применяет знания биомеханики, использует правильные техники перемещения пациента, применяет вспомогательные средства, такие как скользящие простыни и удерживающие пояса, а также строго соблюдает общие принципы эргономики. Это дает важный результат: существенно снижается риск травматизма медицинского персонала и обеспечивается комфорт пациента.

Важным этапом обучения является рефлексивная интеграция, которая в полной мере реализуется на этапе анализа выполненных действий, то есть дебрифинга. После завершения сценария студент подробно анализирует собственные действия, сопоставляет их с профессиональными стандартами, оценивает допущенные ошибки и определяет пути их исправления. Главный результат здесь заключается в том, что ошибки становятся эффективным инструментом обучения и профессионального роста.

Приоритетной на ранних этапах обучения остается деятельностно-коммуникативная интеграция. Этот вид интеграции является ключевым и реализуется через единство трех важнейших компонентов. Это «руки», отвечающие за точное выполнение манипуляций, «речь», обеспечивающая терапевтическое общение с пациентом, и «мышление», необходимое для контроля состояния пациента и принятия решений. В обучении часто наблюдается проблема, известная как «эффект робота», когда обучающийся умеет технически правильно выполнять ма-

нипуляцию на муляже, но полностью теряется при живом взаимодействии с пациентом. Результатом правильной интеграции становится формирование полноценной профессиональной деятельности, в которой технические навыки, коммуникация и клиническое мышление действуют как единое целое.

СОП как инструмент интеграции в клиническом сценарии

Стандартные операционные процедуры (СОП) являются ключевым элементом современной медицинской практики и выступают как своеобразная «точка сборки» всех видов интеграции. В первую очередь, через них происходит интеграция нормативно-правовых и практических знаний. Сами по себе СОПы основаны на действующих нормативных документах, таких как ГОСТы, СанПиНы и клинические рекомендации. В сценарии студент, выполняя процедуру, реализует требования законодательства, благодаря чему юридическая ответственность и практическое действие становятся единым процессом.

Во-вторых, СОП обеспечивает интеграцию стандартизации и индивидуального подхода. СОП задает жесткий стандарт, но реальная клиническая ситуация всегда требует гибкости. В качестве примера можно рассмотреть кормление пациента с неврологическими нарушениями, где обучающийся вынужден адаптировать стандартный алгоритм под конкретные индивидуальные особенности человека. Суть этого процесса заключается в формировании способности сочетать строгие алгоритмы с индивидуализированным подходом к пациенту.

В-третьих, реализуется интеграция контроля качества и самоанализа, так как СОП используется в качестве эталона для объективной оценки. В сценарии студент самостоятельно сопоставляет свои действия с экспертным чек-листом. Суть состоит в том, что происходит объединение действия и его последующей оценки, что формирует профессиональную культуру качества.

В-четвертых, СОП обеспечивает технологическую интеграцию, описываемую триадой «ресурс – время – результат».

СОП включает в себя четкие требования к материальному оснащению и времени выполнения манипуляции. В сценарии студент правильно организует свое рабочее место, рационально использует только необходимые инструменты и расходные материалы, а также строго соблюдает установленные временные рамки. В итоге формируется навык рационального использования ресурсов и общая организационная компетентность.

Применение клинических сценариев в рамках программы модуля является высокоэффективным инструментом формирования профессиональных компетенций будущих медицинских работников. Данный метод позволяет обучающемуся совершить качественный переход от изолированного теоретического знания к осознанной, комплексной и безопасной профессиональной деятельности. Интегративный подход обеспечивает объединение всех компонентов подготовки – знаний, навыков, коммуникации, ответственности и клинического мышления.

Использование СОП в клинических сценариях позволяет успешно реализовать принципы доказательной медицины и подготовить студента к работе в современных условиях практического здравоохранения. Таким образом, студент выходит на практику не как пассивный исполнитель алгоритмов, а как подготовленный специалист, способный видеть в пациенте личность и обеспечивать комплексный, безопасный и качественный уход.

Литература

1. Островская И. В. Алгоритмы манипуляций сестринского ухода: учебное пособие / И. В. Островская, Н. В. Широкова, Г. И. Морозова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 312 с. – ISBN 978-5-9704-7008-4.
2. Сестринское дело. Практическое руководство: учебное пособие / под редакцией И. Г. Гордеева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 592 с. – ISBN 978-5-9704-8832-4.

Раздел IV

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ КОЛЛЕДЖА

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ

Д.С. Кушнарева,

педагог-психолог II квалификационной категории

Представлены результаты исследования особенностей восприятия образовательной среды студентами медицинского колледжа. На основе анкетирования обучающихся I–III курсов проведен анализ учебных, социально-психологических и организационных факторов, влияющих на качество образовательного процесса. Выявлены основные трудности, с которыми сталкиваются студенты в процессе обучения: высокая информационная нагрузка, недостаточная мотивация, напряженность во взаимодействии с отдельными преподавателями, а также потребность в более практико-ориентированном обучении. Особое внимание уделено динамике адаптации студентов на разных этапах обучения. Сформулированы практические рекомендации по совершенствованию образовательной среды колледжа.

Ключевые слова: образовательная среда, студенты колледжа, учебная мотивация, психологический климат, педагогическое взаимодействие, медицинский колледж, анкетирование.

Введение

Современная образовательная среда учреждения среднего профессионального образования представляет собой сложную систему, включающую учебные, организационные, коммуникативные и психологические компоненты. Эффективность образовательного процесса определяется не только качеством

учебных программ, но и тем, насколько комфортно и безопасно студент чувствует себя в образовательном пространстве.

Особую актуальность данная проблема приобретает в медицинском образовании, где обучение сопровождается высокой учебной нагрузкой, необходимостью быстрого усвоения значительного объема информации и развитием профессионально значимых личностных качеств. В условиях интенсивной подготовки возрастает значение психологического благополучия студентов, уровня их учебной мотивации и характера взаимодействия с преподавателями.

Вопросы психологической безопасности образовательной среды, учебной мотивации и адаптации студентов рассматриваются в работах И.А. Баевой, А.К. Марковой, Л.С. Выготского, И.С. Якиманской и других исследователей. В научной литературе подчеркивается, что благоприятная образовательная среда способствует не только повышению академической успешности, но и формированию профессиональной идентичности будущего специалиста.

В связи с этим изучение восприятия образовательной среды студентами медицинского колледжа является важным направлением психолого-педагогических исследований.

Цель исследования – выявить особенности восприятия образовательной среды студентами медицинского колледжа, определить основные учебные и социально-психологические трудности обучающихся, а также обозначить возможные направления совершенствования образовательного процесса.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГОУ ВПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича». В исследовании приняли участие 218 студентов:

- I курс – 76 человек;
- II курс – 90 человек;
- III курс – 52 человека.

В качестве метода исследования использовалось анонимное анкетирование. Анкета включала вопросы, направленные на изучение:

- отношения студентов к учебной деятельности;
- восприятия учебной нагрузки;
- оценки качества преподавания;
- особенностей взаимодействия «преподаватель – студент»;
- психологической атмосферы в группе;
- информированности студентов о возможностях получения помощи и поддержки.

Полученные результаты были обработаны методом количественного и качественного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Учебная мотивация и отношение к обучению. Результаты исследования показали, что среди студентов всех курсов сохраняется достаточно высокий уровень положительного отношения к обучению. Так, категорию «хочу и могу учиться» выбрали 30,3 % студентов I курса, 32,2 % студентов II курса и 42,3 % обучающихся III курса.

Одновременно значительная часть студентов указала на наличие мотивационных трудностей. Категория «могу учиться, но не хватает мотивации» составила 36,8 % на I курсе, 32,2 % на II курсе и 34,6 % на III курсе.

Полученные данные свидетельствуют о том, что проблема поддержания устойчивой учебной мотивации остается актуальной на всех этапах профессионального обучения.

Особый интерес представляет динамика показателей на III курсе. Увеличение доли студентов, положительно оценивающих свои учебные возможности, может свидетельствовать о постепенной профессиональной адаптации и осознанности профессионального выбора.

Оценка учебной нагрузки. Большинство студентов всех курсов отметили, что в целом справляются с учебной нагрузкой: 68,4 % студентов I курса, 67,8 % студентов II курса и 71,2 %

студентов III курса. Вместе с тем часть обучающихся указала на выраженные трудности, связанные с интенсивностью учебного процесса. Наиболее сложным в этом отношении оказался II курс, где 11,1 % студентов сообщили о том, что часто не успевают выполнять задания в установленные сроки.

Полученные результаты позволяют предположить, что период обучения на II курсе может сопровождаться повышенной адаптационной нагрузкой, связанной с усложнением учебного материала и возрастанием требований к самостоятельной работе.

Восприятие качества преподавания. Значительная часть студентов оценивает качество преподавания положительно. Вариант ответа «материал объясняется понятно, требования преподавателей обоснованы» выбрали 32,9 % студентов I курса, 24,4 % студентов II курса и 30,8 % студентов III курса.

Однако от 44 до 50 % респондентов указали, что в процессе обучения периодически испытывают трудности в понимании учебного материала.

На II курсе 16,7 % студентов отметили, что им часто приходится разбираться самостоятельно вследствие недостаточности объяснений. Это может указывать на необходимость расширения практико-ориентированных и наглядных методов обучения.

Основные трудности учебного процесса. Среди факторов, вызывающих трудности в обучении, наиболее часто отмечались:

- большой объем информации;
- быстрый темп объяснения;
- недостаточная наглядность;
- неясность критериев оценивания.

Особенно заметно увеличение показателя, связанного с большим объемом информации: от 32,9 % на I курсе до 65,4 % на III курсе.

Данный результат позволяет говорить о высокой когнитивной нагрузке студентов старших курсов. Вероятно, это связано с возрастанием объема профессионально ориентированных дисциплин и необходимостью совмещать теоретическую подготовку с практическим обучением.

Кроме того, значительная часть студентов указывает на необходимость большей прозрачности критериев оценивания, что подтверждает важность единых подходов к организации контроля знаний.

Социально-психологический климат образовательной среды. Анализ результатов показал, что большинство студентов оценивают отношения с преподавателями как доброжелательные либо корректные и деловые.

Доброжелательный характер взаимодействия отметили:

- 28,9 % студентов I курса;
- 32,2 % студентов II курса;
- 40,4 % студентов III курса.

Полученные данные позволяют предположить, что по мере профессионального становления студентов взаимодействие с преподавателями становится более конструктивным и партнерским. Вместе с тем определенная часть студентов указывает на наличие напряженности во взаимодействии с отдельными преподавателями. На II курсе 14,4 % респондентов отметили формальный характер отношений.

Исследование также выявило наличие факторов, влияющих на психологический комфорт обучающихся. Среди них наиболее часто встречались:

- страх отвечать на занятиях;
- страх получить неудовлетворительную оценку;
- трудности взаимодействия с отдельными преподавателями.

Наличие подобных факторов может оказывать влияние как на эмоциональное состояние студентов, так и на уровень их учебной активности.

Психологическая атмосфера в студенческих группах. Результаты исследования свидетельствуют о постепенном улучшении психологической атмосферы в группах по мере обучения.

Позитивной и дружелюбной атмосферу назвали:

- 28,9 % студентов I курса;
- 30,0 % студентов II курса;
- 57,7 % студентов III курса.

Одновременно наблюдается снижение количества студентов, оценивающих атмосферу как напряженную.

Полученные данные позволяют предположить, что в процессе совместного обучения происходит формирование более устойчивых внутригрупповых связей и развитие взаимной поддержки.

Система поддержки студентов. Около 80 % студентов всех курсов сообщили, что знают, к кому могут обратиться за помощью при возникновении трудностей.

Наиболее значимой фигурой поддержки для студентов остается классный руководитель. К нему готовы обратиться:

- 52,6 % студентов I курса;
- 57,8 % студентов II курса;
- 57,7 % студентов III курса.

Также обращает на себя внимание тенденция к росту самостоятельности студентов старших курсов. На II и III курсах около 50 % респондентов предпочитают самостоятельно решать возникающие трудности.

Снижение обращаемости к психологу на старших курсах может свидетельствовать как о развитии навыков саморегуляции, так и о формировании горизонтальной системы поддержки внутри студенческого коллектива.

Выводы

Проведенное исследование позволило выявить ряд особенностей восприятия образовательной среды студентами медицинского колледжа.

1. Большинство студентов в целом положительно оценивают организацию образовательного процесса и отношения с преподавателями.

2. Одной из наиболее значимых проблем является высокая информационная и учебная нагрузка, особенно выраженная на старших курсах.

3. На II курсе наблюдается сочетание повышенной учебной нагрузки, снижения учебной мотивации и роста эмоциональ-

ного напряжения, что позволяет рассматривать данный этап как период повышенной адаптационной сложности.

4. Для части студентов актуальными остаются страх оценки, тревожность при ответах на занятиях и трудности взаимодействия с отдельными преподавателями.

5. В процессе обучения наблюдается постепенное улучшение психологического климата в группах и повышение уровня самостоятельности студентов.

Полученные результаты подтверждают необходимость дальнейшего совершенствования образовательной среды колледжа с учетом как учебных, так и социально-психологических потребностей обучающихся.

Практические рекомендации

На основании результатов исследования представляется целесообразным:

1. Расширить использование практико-ориентированных и наглядных методов обучения.

2. Разработать единые и более прозрачные критерии оценивания учебных достижений студентов.

3. Усилить психолого-педагогическое сопровождение студентов II курса как группы повышенного адаптационного риска.

4. Продолжить работу по формированию благоприятного психологического климата и развитию культуры педагогического общения.

5. Совершенствовать материально-техническое обеспечение практической подготовки студентов.

Литература

1. Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды: теория и практика. – СПб. : Речь, 2006.

2. Реан А.А. Психология адаптации личности. – СПб. : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2008.

3. Якиманская И.С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. – М. : Сентябрь, 2000.

4. Зимняя И.А. Педагогическая психология. – М. : Логос, 2004.

5. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования. – М. : Академия, 2007.
6. Ковров В.В. Психолого-педагогическое сопровождение студентов в образовательной среде колледжа. – М. : Юрайт, 2018.
7. Панина Т.С., Вавилова Л.Н. Современные способы активизации обучения. – М. : Академия, 2015.
8. Фельдштейн Д.И. Психология развития человека как личности. – М. : МПСИ, 2009.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ОСНОВА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Н.Д. Саракуца,

преподаватель высшей квалификационной категории

Рассматривается формирование профессиональной компетентности преподавателей СПО Приднестровья. Цель СПО – подготовка квалифицированных специалистов, что требует от преподавателей высокого уровня знаний, педагогических и информационных навыков, а также готовности к самообразованию. Анализируются профессиональные, личностные и управленческие составляющие компетентности. Подчеркивается важность бинарной реализации компетенций преподавателя и специалиста, а также роль информационной компетентности в оптимизации обучения и адаптации к новым стандартам. Описаны этапы формирования компетентности, механизмы управления в колледже и формы повышения квалификации (наставничество, конференции, семинары, методическая служба) для самоактуализации и обобщения опыта.

Ключевые слова: профессиональная компетентность, информационная компетентность, педагогические кадры, самообразование, непрерывное образование, образовательные технологии, практик ориентированность, компетенции, методическая служба.

Основная задача среднего профессионального образования в Приднестровской Молдавской Республике – подготовка квалифицированного, конкурентоспособного специалиста на рынке труда, в совершенстве владеющего своей профессией, стремящегося к самообразованию и самосовершенствованию.

В связи с этим необходимо формирование высокой компетентности педагогических кадров, внедрение эффективных образовательных технологий и современного материально-технического оснащения.

К современному преподавателю предъявляются высокие требования, от него ожидают наличия знаний и навыков использования в своей педагогической деятельности педагогических и информационных технологий, правильного реагирования на быстро изменяющиеся профессиональные ситуации. Приоритетным становится профессионализм, который обеспечивается процессами непрерывного самообразования, направленного на развитие своих профессиональных качеств, удовлетворение образовательных запросов, создание собственного имиджа.

Профессиональная компетентность понимается учеными как интегральная характеристика личности, определяющая ее способность решать проблемы и задачи, возникающие в реальных жизненных ситуациях, с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и наклонностей [3, С. 87].

Профессиональная компетентность преподавателя – это система знаний, умений и способностей, составляющих основу его профессиональной деятельности [5, С. 75–76]. Составляющими профессионально педагогической компетентности являются:

- профессиональные качества (глубокие знания предмета, инициативность, творческое отношение к овладению технологией обучения и воспитания; организаторские способности);
- личностные качества (интеллигентность, энергичность, самообладание, уравновешенность, обязательность, чувство юмора, умение общаться с другими людьми);
- способности в области управления (восприятие новых идей и положений, способность к быстрым решениям и др.).

Образовательный процесс в организации СПО отличается высокой практической ориентированностью, что обуславлива-

ет реализацию его значительной части в отраслевых условиях производства и предполагает совмещение преподавателем в ходе учебного занятия педагогической и собственно–профессиональной деятельности [4, С. 204]. Таким образом, для обеспечения эффективного образовательного процесса преподавателю СПО необходима бинарная реализация компетенций, присущих двум разным специалистам (например: преподавателю и медицинской сестре). Для этого ему требуется постоянный поиск новых подходов к организации образовательного процесса (вопросы педагогики), непрерывная коррекция содержания преподаваемой дисциплины (вопросы базовой специальности).

Переход колледжа на реализацию новых образовательных стандартов, отличающихся еще большей практической ориентированностью, адаптивностью к реальным условиям производства и потребностям работодателя, преумножает актуальность проблемы. Для внедрения в практику новых образовательных стандартов, преподавателям необходимо в принципиально новой логике (замена существующего дисциплинарного подхода модульно-компетентностным) создать учебно-программную документацию, разработать методическое обеспечение учебных занятий, овладеть современными образовательными и информационными технологиями и т. д. [3, С. 125].

В этой связи важно акцентировать внимание на информационной компетентности современного педагога, содержание которой в современном научном дискурсе представлена множеством подходов. В системе общего среднего образования фундаментальное значение имеет подход, базирующийся на гносеологической сущности информации, специфике ее восприятия человеком и операциональном составе информационной деятельности (целенаправленный поиск, критический анализ, переработка и конвертация данных в знание). В рамках данной парадигмы информационная компетентность дефинируется как «интегративное качество личности, являющееся результатом отражения процессов отбора, усвоения, переработки, трансформации и генерирования информации в особый

тип предметно-специфических знаний, позволяющее вырабатывать, принимать, прогнозировать и реализовывать оптимальные решения в различных сферах деятельности» [2].

Перед педагогом, обладающим информационной компетентностью, открываются новые перспективы оптимизации процесса обучения. Он имеет возможность внедрения и использования новых методов представления информации в образовательный процесс (презентации, видеоролики, работа с интерактивной доской, интерактивный контроль знаний, компьютерных обучающих программ), применение сетевых технологий, ведение дистанционной образовательной деятельности и непрерывное повышение уровня своей квалификации.

Формирование профессиональной компетентности педагогов в колледже осуществляется поэтапно.

I этап – этап профессионального становления, приобретения необходимого минимума знаний и умений, без которых педагогическая деятельность просто невозможна.

II этап – этап совершенствования и приобретения комплекса умений в процессе профессионального становления педагога.

III этап – этап планомерной реализации своего опыта, критического осмысления всей системы педагогической работы, при этом используя достижения науки и техники.

Управляет процессом в колледже заместитель директора по учебной работе и методическая служба колледжа. Педагогу на этапе профессионального становления посильную помощь оказывают «школа начинающего педагога», наставничество в цикловых комиссиях, индивидуальные методические консультации и собеседования. Преподаватели колледжа принимают участие в конференциях различного уровня, тематических семинарах, мастер-классах, сопровождая свои выступления мультимедийными презентациями, используют интернет-ресурсы при подготовке к занятиям (электронные пособия, интерактивные тесты, интерактивную доску).

Приобретение профессиональной компетенции преподавателя колледжа есть результат тяжелого напряжения его

психики, воли, эмоций и чувств, целеустремленности и работоспособности. Это самостоятельная работа специалиста над различными источниками получения знаний и умений, внедрение, обобщение и распространение «своего опыта». Самообразование, как и образование вообще, – это образ жизни и основополагающая потребность человеческого существа. Рационализацию педагогической деятельности можно структурировать в следующей потребности:

- преподаватель избирает педагогическую проблему (тему), актуальную для образовательного процесса;
- подбирает литературу, другие информационные источники;
- занимается теоретическим изучением темы;
- проводит педагогические виды исследования;
- разрабатывает мониторинг по данной проблеме (теме);
- делает выводы, рекомендации;
- внедряет рекомендации в образовательный процесс;
- проводит практические исследования;
- анализирует, систематизирует результаты;
- обобщает, распространяет «положительный опыт».

Результатом деятельности является выход на городской и республиканский уровень:

- участие в конференциях;
- защита педагогического опыта;
- издание учебно-методических работ, пособий и т. д.
- выход на конкурс и пр.

Такая работа осуществляется в течение 2–3 лет, в результате чего и формируется конкретный уровень компетентности.

Осуществление образовательной деятельности колледжа в контексте государственных стандартов, количественные и качественные изменения в государственных требованиях к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по специальности, в учебных планах требуют от преподавателя энергичных усилий по преодолению сложившихся стереотипов, формированию индивидуальных подходов к профессиональной

деятельности, готовности решать любую профессиональную ситуацию. Этому, безусловно, помогает сложившаяся в учебном заведении система методов и форм повышения квалификации, которая призвана создавать условия самоактуализации преподавателей колледжа, совершенствовать приемы самообразования на основе имеющегося профессионального опыта.

Резюмируя, можно сформулировать итоговое понимание ключевого феномена исследования. Профессионально-информационная компетентность преподавателя медицинского колледжа – это сложная многокомпонентная система, объединяющая профессионально-личностные качества, бинарные предметные компетенции и готовность к эффективной технологизации образовательного процесса.

Исходя из специфики деятельности ГОУ ВПО «ПГМК им. Л.А. Тарасевича», эффективное функционирование данной компетентности выражается в способности педагога реализовывать полный цикл информационной и исследовательской активности: от выявления актуальной педагогической проблемы и критического отбора интернет-ресурсов до трансляции собственного положительного опыта на республиканском уровне через издание пособий и участие в конкурсах. Сложившаяся в учебном заведении система научно-методического сопровождения создает необходимые условия для самоактуализации преподавателей, превращая овладение информационными технологиями в основополагающую потребность и образ жизни современного педагога, готового оперативно реагировать на любые urgentные изменения в образовательной среде.

Литература

1. Акуленко В.Л. Формирование ИКТ-компетентности учителя – предметника в системе повышения квалификации. – Троицк: Тривант, 2004. – С. 344–346.
2. Ахмадиева Е.Ф. Учебник русского языка как средство формирования информационной компетентности // LINGUISTICA JUVENIS (Уральский государственный педагогический университет). – 2015. – № 17. – С. 3–9. – URL: <https://journals.uspu.ru/attachments/article/1921/01.pdf>

3. Гришин В.Н. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебник / В. Н. Гришин, Е. Е. Панфилова. – М.: ИД, 2013. – 416 с.
4. Киселев Г.М. Информационные технологии в педагогическом образовании: учебник / Г. М. Киселев, Р. В. Бочкова. – М.: Дашков и К, 2013. – 308 с.
5. Костинец И.К. Модель формирования профессиональной компетенции преподавателя СПО // СПО. – 2008. – № 8. – С. 72-75.
6. Максимов Н.В. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебное пособие / Н.В. Максимов и др. – М.: Форум, 2010. – 189 с.
7. Семёнов А.Л. Роль информационных технологий в общем среднем образовании. – М., 2000. – С. 32.

Научное издание

ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ
В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ – 2026

Материалы научных мероприятий
по итогам 2025/26 учебного года

Издается в авторской редакции.

Компьютерная верстка С.В. Олейников.

Формат 60*90/16. Уч.-изд. л. 6,75. Электронное издание.
Гарнитура CharterTC. Подписано в печать 30.06.2026.

3200. г. Бендеры, г. Бендеры, ул. Гагарина, д. 25