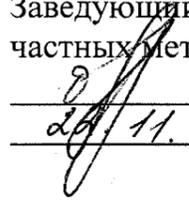


УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА»  
Институт повышения квалификации и переподготовки  
Кафедра частных методик

**РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ  
У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**  
(на материале учебной дисциплины «Сестринское дело в терапии»)

Допущена к защите  
в Государственной  
экзаменационной комиссии

Заведующий кафедрой  
частных методик  
 Ю.Н.Кислякова  
26/11 2016

Дипломная работа  
слушателя второго года обучения  
группы ПДС-151 специальности  
переподготовки 1-08 01 71  
«Педагогическая деятельность  
специалистов»  
заочной формы  
получения образования

Тарасевич Татьяны Витальевны

Научный руководитель:  
Шилова Е.С.,  
кандидат педагогических наук,  
доцент

Защищена 05 декабря 2016  
с оценкой 10 (десять)

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	3
<b>ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР</b>	5
1.1 Понятие «профессионально важные качества» в психолого- педагогической теории	5
1.2 Сущность и содержание понятия «профессионально важные качества медицинской сестры»	8
<b>ГЛАВА 2 ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ</b>	14
2.1 Развитие профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер в процессе реализации интенсивных технологий обучения	14
2.1.1 Реализация технологии коллективного взаимообучения	15
2.1.2 Реализация кейс-технологии	19
2.1.3 Реализация деловой игры	25
2.1.4 Педагогические условия реализации интенсивных технологий в процессе профессиональной подготовки будущих медицинских сестер	31
2.2 Анализ результатов опытно-экспериментальной работы	33
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	40
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b>	43
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	45

## ВВЕДЕНИЕ

Профессия медицинской сестры традиционно играет весомую роль в системе здравоохранения. На современном этапе развития общества она рассматривается не только как самая массовая из медицинских профессий, но и как одна из наиболее социально значимых, ведь в большинстве случаев именно медицинская сестра является первым, последним и наиболее постоянным медицинским работником, находящимся в контакте с пациентом. Оказание медицинской помощи на всех уровнях медицинского обслуживания населения невозможно без высококвалифицированной медицинской сестры, способной клинически мыслить, анализировать полученную информацию и выбирать решение в нестандартной ситуации, опираясь на глубокие теоретические знания.

Целью профессионального образования выпускника медицинского колледжа является подготовка грамотного специалиста соответствующего уровня и профиля. Однако, усвоение знаний учащимся медицинского колледжа и их применение выпускником – два разных типа деятельности. О том, что переход от первого ко второму представляет огромные трудности, свидетельствует длительный процесс адаптации выпускника на рабочем месте. По мнению работодателей, к числу основных недостатков недавних выпускников, затрудняющих процесс профессиональной адаптации, относятся: отсутствие навыков работы в коллективе, нехватка коммуникативных и презентационных способностей, низкий уровень социальной ответственности, отсутствие опыта работы и связанная с этим нехватка практических умений, отсутствие необходимых личностных качеств и стремления достигать поставленных целей. Зачастую молодой специалист не только не умеет применить полученные профессиональные знания, но и не владеет навыками социального взаимодействия и общения.

Актуальность темы дипломной работы «Развитие профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер (на материале учебной дисциплины «Сестринское дело в терапии») заключается в необходимости совершенствования профессиональной направленности подготовки будущих медицинских сестер, создания в процессе обучения в медицинском колледже условий, благоприятных для развертывания творческого потенциала личности учащегося, позволяющих приблизить обучение к профессиональной деятельности и сформировать у будущего специалиста профессионально важные качества, способствующие его профессионально-личностному становлению и успешной профессиональной деятельности.

Одним из путей решения данной задачи может стать реализация в образовательном процессе медицинского колледжа интенсивных технологий обучения, которые подразумевают не только совместную деятельность преподавателя и обучающегося, но и коллективную познавательную деятельность обучающихся, что позволяет в полной мере реализовать

интеллектуальный, деятельностный и личностный потенциал будущего специалиста.

**Цель исследования** – теоретически обосновать, методически обеспечить процесс развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер при обучении в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский колледж».

**Задачи исследования:**

- раскрыть сущность и содержание понятия «профессионально важные качества медицинской сестры»;
- разработать методическое обеспечение процесса развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения;
- обосновать и экспериментально проверить на основе разработанного диагностического инструментария эффективность развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа.

**Объект исследования** – процесс обучения в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский колледж».

**Предмет исследования** – развитие профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер в процессе обучения в УО «Белорусский государственный медицинский колледж».

**Методы исследования:**

1. Теоретический анализ психолого-педагогической и методической литературы по теме исследования.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Анализ результатов деятельности обучающихся.
4. Обобщение собственного педагогического опыта и опыта своих коллег.
5. Рефлексия опыта собственной преподавательской деятельности.
6. Педагогический эксперимент.
7. Тестирование.

**Гипотеза исследования:** использование интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа способствует формированию профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер.

**База исследования:** учреждение образования «Белорусский государственный медицинский колледж».

**Структура работы:** дипломная работа состоит из введения, двух глав, каждая из которых содержит несколько разделов и подразделов, заключения, списка использованных источников и приложения.

## ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

### 1.1 Понятие «профессионально важные качества» в психолого-педагогической теории

В психолого-педагогической литературе рассматриваются различные определения профессионально важных качеств.

Так, например, Э.Ф. Зеер понимает профессионально важные качества как психологические качества личности, определяющие продуктивность деятельности, функционирование и оперирование действиями, которые в процессе освоения и выполнения деятельности постепенно профессионализируются [8, с. 21].

В.А. Бодров определяет профессионально важные качества более широко: «Вся совокупность психологических качеств личности, а также целый ряд физических, антропологических и физиологических характеристик человека, которые определяют успешность обучения и реальной деятельности. Конкретный перечень этих качеств для каждой деятельности специфичен (по их составу, по необходимой степени выраженности, по характеру взаимосвязи между ними) и определяется по результатам психологического анализа деятельности...» [5, с. 153].

В.А. Толочек утверждает, что под профессионально важными качествами подразумеваются качества, необходимые человеку для эффективного решения профессиональных задач, и относит к ним значительный ряд качеств – от природных задатков до профессиональных знаний, полученных в процессе профессионального обучения и самоподготовки. К профессионально важным качествам он также относит особенности личности (мотивация, направленность, смысловая сфера), психофизиологические особенности (темперамент, особенности высшей нервной деятельности), особенности психических процессов, а для некоторых видов деятельности – даже анатомо-морфологические характеристики человека [27, с. 246-247].

По мнению А.В. Карпова, профессионально важные качества – это индивидуальные свойства субъекта деятельности, которые необходимы и достаточны для ее реализации на нормативно заданном уровне и коррелируют хотя бы с одним ее основным результативным параметром (качеством, производительностью, надежностью). В функции профессионально важных качеств могут выступать не только собственно психические, но и внепсихические свойства субъекта – соматические, биологические, морфологические, конституциональные, типологические, нейродинамические и др. Например, элементарная «физическая сила и выносливость» – ярко выраженное профессионально важное качество для многих видов деятельности [19].

Профессионально важные качества являются компонентом ключевых квалификаций специалиста-профессионала, влияют на осознание человеком своей принадлежности к определенному профессиональному сообществу, на успешность и продуктивность профессиональной деятельности, определяют гармоничную жизненную перспективу человека. Каждая профессия и специальность предполагает наличие своих профессионально важных качеств. Структура профессионально важных качеств будет зависеть от содержания и специфики трудовой деятельности.

Рассмотрим содержание профессионально важных качеств.

Многообразие профессионально важных качеств систематизировано в группы:

- 1) мотивы, цели, интересы;
- 2) профессиональные способности, профессиональное сознание, профессиональное мышление.

*Мотивация* вызывает активность человека к профессиональной деятельности, потребность в ней; определяет характер цели, ценностные ориентации, мотивы профессиональной деятельности. *Интересы* – это внешние выражения всего того, что происходит в мотивационной сфере (мотивов, целей, смыслов, эмоций, притязаний и т. д.). Соотношение мотивов, целей, интересов создает определенные *профессиональные установки* – стремление овладеть профессией, получить специальную подготовку, добиться в ней успеха, определенного социального статуса и др.

*Профессиональные способности* – это индивидуально-психологические свойства личности человека, отличающие его от других, отвечающие требованиям данной профессиональной деятельности и являющиеся условием ее успешного выполнения. Профессиональные способности не сводятся к конкретным знаниям, умениям, навыкам, приемам. Они формируются у человека на основе его анатомо-физиологических особенностей, задатков, но в большинстве профессий жестко не определяются ими. При анализе профессий с более жесткими требованиями к профессиональным способностям и качествам человека используют понятие «*профессиональная пригодность*», характеризующееся как совокупность психических качеств человека, необходимая и достаточная для достижения общественно приемлемой эффективности труда. Профпригодность определяется не только профессиональными способностями, но зависит также от склонностей и мотиваций, знаний и умений, черт характера (трудолюбие, самостоятельность и т.п.).

А.В. Карпов выделяет четыре основные группы индивидуальных качеств, образующие собой структуру профессиональной пригодности:

- 1) абсолютные профессионально важные качества – свойства, необходимые для выполнения деятельности как таковой на минимально допустимом, или нормативно заданном, «среднем» уровне;
- 2) относительные профессионально важные качества, определяющие собой возможность достижения субъектом высоких («наднормативных»)

количественных и качественных показателей выполнения деятельности («профессионально важные качества мастерства»);

3) адекватная мотивационная готовность к реализации той или иной деятельности (доказано, что она может существенно компенсировать недостаточный уровень развития многих профессионально важных качеств);

4) так называемые анти-профессионально важные качества – свойства, наличие которых выступает профессиональным противопоказанием к той или иной деятельности [19].

*Профессиональное самосознание* строится на базе общего самосознания личности. Оно представляет собой комплекс представлений человека о себе как о профессионале, систему отношений и установок к себе как к профессионалу.

*Профессиональное мышление* состоит в использовании мыслительных операций как средств осуществления профессиональной деятельности. Профессиональное мышление – это преобладающее использование принятых именно в данной профессиональной области приемов решения задач и проблем, способов анализа ситуаций, принятия решений.

А.В. Карпов выделяет так называемые *профессионально важные качества освоения деятельности* и *профессионально важные качества исполнения*. Первые наиболее важны для эффективного, т.е. качественного и быстрого, овладения субъектом деятельностью; вторые – для ее выполнения на заданном уровне. Эти две группы профессионально важных качеств частично совпадают, а частично различаются. Также для широкого круга деятельностей актуальной является дифференциация профессионально важных качеств на те, которые выступают таковыми в нормальных условиях ее выполнения, и те, которые необходимы в усложненных, а часто и в экстремальных условиях ее реализации [19].

Профессионально важные качества не могут рассматриваться как нечто однозначно заданное и неизменное. По мере овладения профессиональной деятельностью они развиваются, совершенствуются. Роль профессионально важных качеств различна по мере перехода от начального, или учебного уровня профессиональной успешности к высшему, или профессиональному уровню.

По мнению И.Ж. Калашникова, процесс формирования профессионально важных качеств способствует осознанию человеком своей принадлежности к определенному профессиональному сообществу, осознанию и самооценке своих профессионально важных и нежелательных качеств, собственных ограничений и возможностей профессионального развития, адекватному представлению об уровне сформированности своей профессиональной компетентности, реальных мотивах своего труда, своих профессиональных ценностях и представляет сложную динамическую систему представлений человека о себе как о профессионале, его профессиональную «Я-концепцию». Формирование профессионально важных качеств происходит не напрямую, а посредством сравнения полученных знаний и способностей, формирующихся согласно стандарту в рамках учебных программ, с собственным житейским опытом как в образовательном процессе, так и на основе процесса обучения в

ходе учебной, производственной практик. Специфика такого образовательного процесса и профессиональной адаптации будущего специалиста предполагает наличие гибкой системы мониторинга формирования профессионально важных качеств личности. Такой механизм отслеживания может осуществляться на двух уровнях:

- внешний (тестовый) уровень, т.е. диагностика уровня сформированности профессионально важных качеств с помощью тестов, опросников;
- внутренний (на основе сформированности рефлексии) уровень [10, с. 141].

Осуществление внутреннего мониторинга возможно при условии наличия благоприятной рефлексивной среды, позволяющей обучающемуся актуализировать прежний опыт, переосмыслить его, направить процесс переосмысления на реальную учебно-познавательную деятельность, в результате которой происходит формирование адекватной самооценки и профессиональное развитие. Самооценка как отношение личности к своим возможностям, результатам своей деятельности, личностным качествам, определяет место учащегося среди других, его отношение к собственным удачам и неудачам, поведению в целом, ко всем его жизненным задачам. Она изменяется в процессе воспитания, деятельности, самовоспитания. Наблюдения показывают, что в ситуации, когда учащийся способен оценить себя, свои качества, свою деятельность, он способен также замечать успехи других и не преувеличивать их недостатки. Он не испытывает чувства страха и неуверенности, имеет верное представление об уровне своих возможностей, что помогает избежать в дальнейшей профессиональной деятельности многих неприятных ситуаций.

## **1.2 Сущность и содержание понятия «профессионально важные качества медицинской сестры»**

Роль медицинской сестры в процессе лечения пациента трудно переоценить. Медсестра является не просто помощником врача, исполнителем его поручений, но и представителем самостоятельной профессии, владеющим навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами и располагающим знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции.

Деятельность медицинской сестры в плане обеспечения общедоступной и высококвалифицированной медицинской помощи населению является не менее важной, чем деятельность врача. Ведь именно от квалифицированных действий медицинской сестры зависит длительность и результативность лечения пациентов. Изменение статуса медицинской сестры из манипулятора в конкурентоспособного специалиста, самостоятельно осуществляющего сестринскую деятельность в пределах своих полномочий, возлагает высокие требования к её профессиональной компетентности.

Выполнение врачебных назначений, контроль за медикаментозным лечением, оказание неотложной доврачебной помощи, уход за тяжелобольными, пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний, ведение необходимой документации – все это является прямыми обязанностями среднего медицинского персонала. Медицинская сестра участвует в обследовании пациента, подготовке его к оперативным вмешательствам, работает в операционной в качестве анестезиста и операционной сестры, осуществляет наблюдение за пациентом в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Профессиональная деятельность медицинской сестры специфична, многопланова, эмоционально насыщена. Она сопровождается психофизическим напряжением и высоким количеством факторов, вызывающих стрессовые ситуации, поэтому эффективность профессиональной сестринской деятельности определяется не только профессиональными знаниями и умениями, но и способностью реализовать их в своей трудовой деятельности за счет развития профессионально важных качеств личности, представляющих собой широкий спектр качеств, зависящих от вида её деятельности.

Вспомним слова медицинской сестры Флоренс Найтингейл, основоположницы сестринского дела: «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезней, техническую – для ухода за больными». Надпись на медали имени Флоренс Найтингейл, самой почётной и высшей награде для сестёр милосердия во всём мире, учрежденной в 1912 году Лигой Международного Красного Креста и Красного полумесяца, гласит: «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества».

Рассмотрим профессионально важные качества медицинской сестры.

Согласно классификации профессий Е.А. Климова, профессия медицинской сестры относится к типу «человек – человек». Е.А. Климов указывает основные профессионально важные качества профессий данного типа:

1. Особенности психических процессов, связанные с неструктурированностью деятельности специалистов: познавательная деятельность определяется сложностью и текучестью, для решения нестандартных ситуаций необходим творческий склад ума, способность моделировать возможные последствия.

2. Высокие требования к коммуникативным и деонтологическим качествам: умение слушать, понимать человека; наблюдательность, отзывчивость, доброжелательность.

3. Требования к развитию эмпатических способностей: требуется способность сопереживать другому человеку.

4. Требования к нервно-психической устойчивости, регуляции поведения: выдержка, способность к самоконтролю.

5. Требования к широкому кругозору, знаниям.

#### 6. Качества направленности личности (гуманизм, долг, альтруизм).

Были определены и противопоказания к деятельности: дефекты речи, замкнутость, погруженность в себя, необщительность, выраженные физические недостатки, нерасторопность, излишняя медлительность, равнодушие к людям, отсутствие признаков бескорыстного интереса к человеку [11].

Э.Ф. Зеер включает в состав профессионально важных качеств медицинской сестры доброжелательность, терпимость, эмпатию, контактность, самообладание, способность к саморазвитию, самоконтроль, самостоятельность [8, с. 54]. Э.Ф. Зеер понимает профессиональную ответственность как профессионально важное качество личности, которое «позволяет специалисту действовать эффективно в профессиональной среде, работать с большей отдачей, обеспечивает качество и надежность труда» [8, с. 28].

А.А. Мутигуллина выделяет следующие профессионально важные качества, необходимые для эффективного осуществления практической деятельности медицинской сестры: желание помогать людям, аккуратность, тактичность, добросовестность, самоотверженность, стрессоустойчивость, решительность, трудолюбие, профессиональная эрудированность, осуществление самоконтроля выполненных действий [17].

Е.В. Богачева выделяет общие, базисные профессионально важные качества для медицинской сестры, к которым можно отнести трудолюбие, дисциплинированность, инициативность, организованность, и определенные специфические профессионально важные качества, определяемые особенностями самой профессии, такие как эмпатия, общительность, доброжелательность, отзывчивость, наблюдательность. Благодаря формированию и развитию специфических профессионально важных качеств у медицинских сестер можно достичь оптимальной трудовой мотивации и высокой эффективности труда [4, с. 66].

На основании вышеприведенного анализа и в зависимости от специфики профессиональной деятельности медицинской сестры представляется возможным выделить следующие группы профессионально важных качеств, обеспечивающих эффективность трудовой деятельности медицинской сестры:

1. **Морально-нравственные качества:** общительность, эмпатия, толерантность, трудолюбие, ответственность, сострадательность, альтруизм, внимательность, решительность, отзывчивость, коммуникабельность, терпеливость, выдержанность, доброжелательность, приветливость, тактичность, чуткость, добросовестность и др.

2. **Умственные качества и профессиональные способности:** развитые переключение, концентрация и распределение внимания (способность быстро переключать внимание с одного вида деятельности, предмета на другой, умение сосредоточиваться на одном объекте или виде деятельности, отвлекаясь от других, способность удерживать в центре внимания одновременно несколько предметов или параллельно выполнять несколько видов деятельности), профессиональная эрудированность, последовательность, логичность, аналитический склад ума, способность быстро реагировать на ситуацию,

способность работать в напряженных условиях (работа в ночное время, военно-полевые условия работы и т.д.), способность к самоконтролю, способность переносить большие физические нагрузки, ручная ловкость при проведении различных лечебных процедур.

**3. Эстетические качества:** опрятность, аккуратность и др.

Качества, препятствующие эффективности профессиональной деятельности медицинской сестры: брезгливость, безответственность, невнимательность, эгоистичность, жестокость, эмоциональная неуравновешенность, нетерпимость, рассеянность.

Рассмотрим более подробно ключевые профессионально важные качества личности медицинской сестры.

**Коммуникативные способности** – это способности человека, которые проявляются в его общении с людьми. Они включают в себя умение слушать и понимать людей, оказывать на них влияние, устанавливать с ними хорошие личные и деловые взаимоотношения. Слушание – это активный процесс, требующий внимания к тому, о чем идет речь, оно требует постоянных усилий и сосредоточенности на предмете беседы. В работе медицинской сестры это особенно важно, поскольку предмет беседы – это здоровье или жизнь пациента. Во время беседы с пациентом или с врачом медицинская сестра должна быть сосредоточена не на собственных переживаниях, заботах или проблемах, а на проблемах и переживаниях пациента.

Медицинский работник должен быть не просто общительным, его навыки общения должны быть ориентированы на оказание помощи. Умение эмоционально поддерживать, безоценочно воспринимать у медицинского работника должно значительно превосходить уровень, достаточный в быту. Необходимо также иметь гибкость, снисходительность и терпение. Медицинский работник должен уметь выбрать и эффективно использовать наиболее подходящую для каждого конкретного случая модель взаимодействия с пациентом. Способность начать, поддержать и завершить беседу, привлечь внимание собеседника, используя вербальные и невербальные средства общения; способность заметить эмоциональное состояние пациента и правильно на него отреагировать, проявить уважение и отзывчивость к собеседнику, уметь решать конфликты, используя адекватные методы, а также доброжелательность, приветливость, тактичность, чуткость – вот качества, необходимые медицинской сестре для продуктивного общения с пациентами.

Общение медицинской сестры и пациента можно назвать вынужденным общением, профессиональной необходимостью, поскольку основным мотивом встречи и беседы становится появление у одного из участников коммуникации проблем со здоровьем. Пациент по сути попадает в зависимость от эмоционального фона медицинского работника, именно поэтому выраженность эмоционально позитивного отношения к пациенту и его трансляция в процессе общения занимают важное место в индивидуально-личностных качествах медицинской сестры.

**Эмпатия** (от греч. *empathia* – «сопереживание») является ведущей социальной эмоцией и определяется как способность индивида эмоционально отзываться на переживания других людей. Она предполагает субъективное восприятие другого человека, осмысленное представление внутреннего мира партнера по общению, понимание его переживаний, мыслей и чувств. Эмпатическая способность личности возрастает с ростом жизненного опыта.

Различают три вида эмпатии:

- эмоциональную эмпатию, основанную на механизмах подражания поведению другого человека;
- когнитивную эмпатию, базирующуюся на интеллектуальных процессах (сравнение, аналогия и т.д.);
- предикативную эмпатию, проявляющуюся как способность человека предсказывать реакции другого в конкретных ситуациях.

В качестве особых форм эмпатии выделяют: сопереживание (переживание собеседником тех же самых чувств, которые испытывает другой человек, ставя себя на его место) и сочувствие (переживание из-за чувств другого).

Медицина – это та сфера деятельности человека, где преобладают негативные эмоциональные состояния. Пациенты ждут от медицинского персонала сочувствия, заботливости, т.е. проявления эмпатийности. Поэтому считается, что в медицину, как и в другие социомические профессии, должны идти люди с высоким уровнем эмпатии. Высокая эмпатийность медицинского работника помогает лучше прочувствовать состояние пациента. Но наряду с эмпатийностью медики должны быть и эмоционально устойчивыми.

**Толерантность** – это установка на либеральное, уважительное отношение и принятие поведения, убеждений, национальных и иных традиций и ценностей других людей, отличающихся от собственных. Толерантность способствует предупреждению конфликтов и установлению взаимопонимания между людьми. Толерантность в общении (которая способствует пониманию других) коротко можно охарактеризовать следующей фразой (статусом): *позволь себе быть собой, а другим – другими*. Отсутствие необходимой толерантности в межличностных отношениях часто приводит к конфликтам. Поэтому одним из важных факторов для профилактики и разрешения конфликтов является достаточный уровень толерантности.

Память. Какой вид памяти наиболее востребован в работе медицинского персонала, сложно сказать, поскольку слуховая память необходима, чтобы запомнить жалобы пациента и указания врача; зрительная – чтобы замечать возникшие изменения, сопоставляя изначальный образ (информацию) с последующими изменениями; длительная память необходима, чтобы в полном объеме пользоваться знаниями, полученными в ходе учебы; кратковременная – для срочных поручений.

Медицинская сестра обязана всегда быть выдержанной, приветливой, способствовать созданию нормальной рабочей атмосферы в лечебном учреждении. Если она чем-то расстроена или встревожена, пациенты не должны замечать этого. Ничто не должно отражаться на ее работе, на ее тоне в

разговорах с коллегами и пациентами. Все в медсестре должно располагать к себе пациента, включая ее внешний вид (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Поведение медицинской сестры должно внушать уважение к ней, создавать у пациента уверенность, что она все знает, все умеет, и что ей можно смело доверить свое здоровье и жизнь.

#### **Выводы по главе 1:**

1. В первой главе нами было рассмотрено понятие «профессионально важные качества», его структура и содержание. Профессионально важные качества – это качества, необходимые человеку для эффективного решения профессиональных задач. Они являются компонентом ключевых квалификаций специалиста-профессионала, влияют на осознание человеком своей принадлежности к определенному профессиональному сообществу, на успешность и продуктивность профессиональной деятельности. Структура профессионально важных качеств зависит от содержания и специфики трудовой деятельности. Среди многообразия профессионально важных качеств выделяют следующие группы:

- 1) мотивы, цели, интересы;
- 2) профессиональные способности, профессиональное сознание, профессиональное мышление.

2. Раскрыто и обосновано понятие «профессионально важные качества личности медицинской сестры». Нами были выделены следующие группы профессионально важных качеств, обеспечивающих эффективность трудовой деятельности медицинской сестры: морально-нравственные качества; умственные качества и профессиональные способности; эстетические качества. Выявлены их особенности и сущностные характеристики.

3. Раскрыта суть и роль в осуществлении профессиональной деятельности ключевых профессионально важных качеств личности медицинской сестры. Коммуникативные способности (способности, которые проявляются в общении с людьми) особенно важны в работе медицинской сестры, поскольку предмет беседы – это здоровье или жизнь пациента. Высокая эмпатийность медицинского работника помогает лучше прочувствовать состояние пациента. Толерантность способствует предупреждению конфликтов и установлению взаимопонимания между людьми.

## ГЛАВА 2

### ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

#### 2.1 Развитие профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер в процессе реализации интенсивных технологий обучения

Профессионально важные качества, с одной стороны, отражают личностные качества субъекта, с другой – определяют успешность выполнения различных видов учебно-познавательной и будущей профессиональной деятельности. Проблема формирования и развития профессионально важных качеств будущих специалистов в процессе их образовательной подготовки представляет собой самостоятельную педагогическую задачу, решение которой должно быть теоретически и методически обосновано в соответствии с профилем направления подготовки обучающихся и целенаправленно реализовано в течение всего периода обучения.

Недостаточный уровень существующей профессиональной подготовки будущих медицинских сестер к практической деятельности нацеливает преподавателей медицинских колледжей на применение новых, более эффективных технологий обучения. В качестве технологий, предоставляющих обучающимся широкий простор для свободы выбора, проявления своей личности, творческой активности, раскрывающих резервные возможности личности, а также позволяющих приблизить процесс обучения к реальной профессиональной среде, тем самым способствуя формированию и развитию профессионально важных качеств специалиста, предлагается применение в образовательном процессе медицинского колледжа интенсивных технологий обучения.

Под интенсивными технологиями обучения мы понимаем систему педагогических технологий, способствующих эффективному усвоению большого объема знаний за отведенное время и обеспечивающих достижение заранее спроектированных результатов на основе воздействия и взаимодействия субъектов деятельности.

Интенсивные технологии обучения являются средством целенаправленной, специально организованной групповой и межгрупповой деятельности, «обратной связи» между всеми ее участниками для достижения результатов и коррекции образовательного процесса, создания индивидуального стиля общения, рефлексивного анализа. В процессе реализации интенсивных технологий готовые знания не даются, а обучающиеся побуждаются к такой деятельности, которая требует самостоятельного поиска информации разнообразными игротехническими и креативными средствами. Интенсивные технологии обучения направлены на мобилизацию познавательного и творческого потенциала обучающихся. Активность преподавателя уступает место активности самих обучающихся. Задача

преподавателя как организатора образовательного процесса – внешнее управление процессом обучения и развития через организацию взаимодействия участников, создание условий для проявления ими инициативы и творческого поиска эффективных решений конкретных задач и ситуаций, установление обратной связи [9].

Профессионально важные качества – это системные характеристики личности, и процесс их формирования и развития предполагает овладение различными по исполнению, операциям и познавательности видами деятельности. Интенсивные технологии обучения способствуют развитию профессионально важных качеств личности, так как позволяют ориентировать образовательный процесс на личность как цель, субъект и результат его эффективности.

Каждая из интенсивных технологий имеет различную дидактическую значимость и влияние на формирование профессионально важных качеств специалиста. Мы рассмотрим и обоснуем реализацию в образовательном процессе медицинского колледжа на материале дисциплины «Сестринское дело в терапии» следующих интенсивных технологий: технологии коллективного взаимообучения, кейс-технологии и одной из игровых технологий – деловой игры.

### **2.1.1 Реализация технологии коллективного взаимообучения**

Коллективная форма организации учебной работы предполагает общение учащихся в парах сменного состава, при этом каждый участник взаимодействия является попеременно то обучающимся, то обучающим. Таким образом, коллективное взаимообучение осуществляется посредством включения каждого учащегося в активную деятельность по обучению других учащихся.

Для этого учащийся должен:

- 1) изучить новую тему или выполнить задание самостоятельно (индивидуальная работа);
- 2) объяснить тему или порядок выполнения задания другому учащемуся, выслушать объяснение другого учащегося или выполнить данное им задание (работа в паре);
- 3) найти нового партнера и осуществить действия, идентичные предыдущему этапу работы, а затем повторить их с другими участниками учебного процесса (работа в парах сменного состава);
- 4) отчитаться о выполнении задания в группе, быть готовым к управлению работой учебной группы (групповая форма).

Таким образом, коллективное взаимообучение позволяет реализовать потенциал индивидуальной, парной, групповой и коллективной деятельности обучающихся.

Парную работу можно использовать в трёх видах:

- 1) статическая пара, которая объединяет по желанию двух учащихся,

меняющихся ролями «преподаватель» – «учащийся». Работа организуется так, чтобы весь учебный материал был последовательно проработан сначала в позиции обучающегося, затем в позиции обучающего. Определено, что когда человек обучает других, он запоминает до 95% изучаемого;

2) динамическая пара: четверо учащихся готовят одно задание, но имеющее четыре части; после подготовки своей части задания и самоконтроля учащийся обсуждает задание трижды с каждым партнёром, причём каждый раз ему необходимо менять логику изложения, акценты, темп и т.п., то есть включать механизм адаптации к индивидуальным особенностям товарищей;

3) вариационная пара, в которой каждый член группы получает своё задание, выполняет его, анализирует вместе с преподавателем, проводит взаимообучение с остальными тремя товарищами, в результате каждый усваивает четыре порции учебного содержания.

Основной принцип работы: все по очереди учат каждого, а каждый по очереди всех. Каждый отвечает не только за свои знания и учебные успехи, но также за знания и учебные успехи товарищей. Ближайшая цель каждого учащегося – обучить других всему тому, что знает сам. Позиция учащегося в ходе коллективного взаимообучения – субъект учебной и рефлексивной деятельности.

На этапе подготовки занятия с использованием данной технологии преподавателю необходимо:

- подготовить учебный материал (учебные тексты);

- подготовить учащихся к реализации данной технологии – сформировать мотивационную готовность учащихся к совместным действиям, а также сформировать и отработать необходимые для осуществления взаимообучения умения и навыки: умение слушать партнера и слышать, умение работать в шумовой среде, умение переводить образ в слова и слова в образ.

Принципы реализации технологии коллективного взаимообучения:

- учет индивидуально-психологических и личностных особенностей обучающихся;

- ориентированность на совместный результат работы;

- сотрудничество и взаимопомощь между учащимися;

- вариативность тем и заданий;

- безоговорочное принятие обучающегося и его активной роли в учебном процессе;

- включение в контекст обучения личностного опыта;

- комбинирование индивидуального и группового обучения (самообучения);

- создание творческой атмосферы обучения.

Преимущества технологии коллективного взаимообучения:

- в результате регулярно повторяющихся упражнений совершенствуются навыки логического мышления и понимания;

- в процессе речи развиваются навыки мыследеятельности, включается работа памяти, идёт мобилизация и актуализация предшествующего опыта и знаний;
- каждый участник чувствует себя раскованно, работает в индивидуальном темпе;
- повышается не только ответственность за свои успехи, но и за результаты коллективного труда;
- отпадает необходимость в сдерживании темпа продвижения одних и в понукании других учащихся, что позитивно сказывается на микроклимате в коллективе;
- формируется адекватная самооценка личности, оценка своих возможностей и способностей, достоинств и ограничений;
- обсуждение одной информации с несколькими сменными партнёрами увеличивает число ассоциативных связей, что обеспечивает более прочное усвоение материала;
- участвуют все виды памяти: слуховая, зрительная, моторная, вербальная [9].

***Методика организации и проведения учебного занятия с использованием технологии коллективного взаимообучения на тему «Анемии»***

*Цель:* развитие у учащихся коммуникативных навыков, индивидуального сознания, мышления через организацию взаимодействия, сочетание индивидуальной работы, работы в парах, в творческих группах.

*Оборудование:*

- листы бумаги формата А4 с отпечатанным на них описанием различных форм анемий (приложение А);
- чистые листы бумаги формата А4 для работы учащихся;
- ручки, карандаши, маркеры.

*Время реализации – 30 - 45 мин.*

*Этапы проведения занятия:*

1. *Вводная лекция-инструкция:* преподаватель готовит учащихся к восприятию нового материала по теме занятия (повторение пройденного материала по теме «Анатомия системы крови») и поэтапно объясняет технологию проведения занятия.

2. *Индивидуальная работа с текстом:* учащиеся делятся на микрогруппы по четыре человека, каждый участник которой получает свой учебный текст, раскрывающий содержание одного из вопросов темы и алгоритм его изучения (составить опорный конспект по предложенному тексту и вопросы на его понимание).

3. *Работа в парах сменного состава:* пересказ своего текста и постановка вопросов своему партнеру, формулировка совместных выводов.

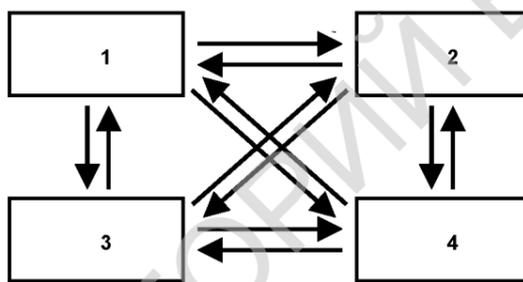
Каждый учащийся воспроизводит свой текст и прослушивает тексты своих товарищей следующим образом:

- вначале обучающиеся, получившие тексты №1 и №3, рассказывают о прочитанном и задают вопросы на понимание прослушанного своим товарищам, получившим тексты под №2 и №4; в свою очередь учащиеся, получившие тексты №2 и №4, пересказывают прочитанное и задают вопросы об услышанном своим соседям, получившим тексты №1 и №3;

- затем учащиеся, получившие тексты №1 и №2, пересказывают их содержание партнерам, получившим фрагменты №3 и №4, а обучающиеся, получившие тексты №3 и №4, рассказывают о прочитанном и задают вопросы учащимся, получившим фрагменты №1 и №2 соответственно;

- обучающиеся, получившие тексты под №1 и №2, рассказывают свою информацию и задают вопросы на понимание услышанного партнерам, работающим с текстом №4 и №3, а обучающиеся, получившие тексты под №4 и №3, пересказывают их содержание и задают вопросы на понимание партнерам, получившим тексты №1 и №2.

Обобщенная схема взаимодействия учащихся представлена на рисунке 2.1.



**Рисунок 2.1. – Схема взаимодействия учащихся при реализации технологии коллективного взаимообучения**

Таким образом, каждый из учащихся произносит свой текст и анализирует его с помощью подготовленных вопросов трижды, при этом сам также получает необходимый объем информации от каждого из участников своей микрогруппы. Многократное повторение прочитанного материала помогает обучающимся выявить главное, существенное, а значит помогает усвоить и запомнить информацию.

4. *Групповая работа:* образуются новые по составу группы участников, объединяющие тех, кто готовил один и тот же вопрос темы. Задача, стоящая перед каждой группой: повторно осмыслить текст на уровне его обобщения и подготовиться к выступлению на мини-конференции. Учащимся предлагается представить информацию по каждому вопросу в виде интеллект-карты.

5. *Мини-конференция:* каждая группа слушателей выступает по конкретному вопросу изучаемой темы, предлагая для лучшего усвоения нового материала оформленную интеллект-карту (Приложение Б).

6. *Подведение итогов.* Для самооценки и оценки результатов деятельности учащихся используется рефлексивная методика «Градусник»: учащимся предлагается отметить на шкале свое настроение в начале и в конце занятия, желание взаимодействовать в начале занятия, оценить форму проведения занятия, результативность собственной деятельности и результаты деятельности группы в конце занятия.

В процессе реализации технологии коллективного взаимообучения обучающиеся учатся самостоятельно работать с новым текстом, отбирать и объяснять новый материал, высказываться конкретно, информативно, формулировать вопросы, слушать и понимать собеседника. Организация процесса взаимодействия способствует развитию у обучающихся таких качеств как взаимопомощь, требовательность к себе и окружающим, личная ответственность, умение оценивать себя и своих партнеров. В результате реализации данной технологии формируются и развиваются качества личности, которые можно отнести к профессионально важным качествам медицинской сестры: активность, самостоятельность, способность к самоконтролю, выдержанность, отзывчивость, доброжелательность, тактичность, толерантность, контактность, самообладание, умение слушать и понимать человека.

### **2.1.2 Реализация кейс-технологии**

Кейс-технология, или кейс-метод (от английского «case» – случай) – это обучение путем анализа конкретной проблемной ситуации и поиска ее наиболее рациональных решений. Суть технологии в том, что учащимся предлагается осмыслить реальную жизненную ситуацию, описание которой не только отражает какую-либо практическую проблему, но и актуализирует определенный комплекс знаний, который необходимо усвоить при разрешении данной проблемы. Чаще всего ситуация излагается письменно в виде готовой «истории», причем финал остается «открытым». Участникам предлагается ее проанализировать и предложить свое решение.

Грамотно подготовленный кейс провоцирует дискуссию, привязывая учащихся к реальным фактам, позволяет смоделировать реальную проблему, с которой в дальнейшем им придется столкнуться на практике.

Основные идеи кейс-технологии:

1. Кейс-технология предназначена для получения знаний по дисциплинам, истина в которых плюралистична, т.е. нет однозначного ответа на поставленный вопрос, а есть несколько ответов, которые могут соперничать по степени истинности.

2. Акцент обучения переносится не на овладение готовым знанием, а на его выработку, на сотворчество обучающегося с другими обучающимися и преподавателем. Преподаватель выступает в роли ведущего, генерирующего вопросы, фиксирующего ответы, поддерживающего дискуссию, т.е. в роли диспетчера процесса сотворчества.

3. Результатом применения технологии являются не только знания, но и навыки профессиональной деятельности.

4. Несомненным достоинством кейс-технологии является развитие системы ценностей учащихся, их профессиональных позиций, жизненных установок, своеобразного профессионального мироощущения и миропреобразования. Кейс-технология способствует развитию у обучающихся

самостоятельного мышления, умения выслушивать и учитывать альтернативную точку зрения, аргументированно высказывать свою.

Разбирая кейс, обучающиеся фактически получают на руки готовое решение, которое можно применить в дальнейшей профессиональной деятельности в аналогичных обстоятельствах. Увеличение в «багаже» учащихся проанализированных кейсов увеличивает вероятность использования готового решения в сложившейся ситуации, формирует навыки решения более серьезных проблем.

Структура кейса.

Как правило, кейс включает в себя:

- ситуацию – случай, проблема, история из реальной жизни;
- контекст ситуации – хронологический, исторический, контекст места, особенности действия или участников ситуации;
- комментарий ситуации, представленный автором;
- вопросы или задания для работы с кейсом;
- приложения.

Классификация кейсов может проводиться по различным признакам. Например, по степени сложности различают:

- иллюстративные учебные ситуации, т.е. кейсы, цель которых – на определенном практическом примере обучить будущих специалистов алгоритму принятия правильного решения в определенной ситуации;
- учебные ситуации с формированием проблемы, в которых описывается ситуация в конкретный период времени, выявляются и четко формулируются проблемы; цель такого кейса – диагностирование ситуации и самостоятельное принятие решения по указанной проблеме;
- учебные ситуации без формирования проблемы, в которых описывается более сложная, чем в предыдущем варианте ситуация, где проблема четко не выявлена, а представлена в статистических данных, оценках общественного мнения, органов власти и т.д.; цель такого кейса — самостоятельно выявить проблему, указать альтернативные пути ее решения с анализом наличных ресурсов;
- прикладные упражнения, в которых описывается конкретная сложившаяся ситуация, предлагается найти пути выхода из нее; цель такого кейса – поиск путей решения проблемы.

Источники кейсов.

Кейс представляет собой результат научно-методической деятельности преподавателя. Как интеллектуальный продукт он имеет свои источники, которые можно представить следующим образом:

- общественная жизнь во всем своем многообразии выступает источником сюжета, проблемы и фактологической базы кейса;
- образование – определяет цели и задачи обучения и воспитания, интегрированные в кейс-технологии;

- наука – задает ключевые методологии, которые определяются аналитической деятельностью и системным подходом, а также множество других научных методов, которые интегрированы в кейс и процесс его анализа.

Данный подход положен в основу классификации кейсов по степени воздействия их основных источников. При этом можно выделить:

1. Практические кейсы, которые отражают абсолютно реальные жизненные ситуации. Учебное назначение такого кейса может сводиться к тренингу обучаемых, закреплению знаний, умений и навыков поведения (принятия решений) в данной ситуации. Такие кейсы должны быть максимально наглядными и детальными.

В образовательном процессе медицинского колледжа практические кейсы широко используются при преподавании клинических дисциплин, так как они отражают реальные жизненные ситуации и формируют конкретные практические умения и навыки. Чем больше кейсов учащиеся проанализируют, тем больше готовых схем у них будет для действий в аналогичных ситуациях. В данном случае кейс можно рассматривать, как информационный комплекс, позволяющий понять и решить ситуацию, с которой придется столкнуться медицинской сестре в процессе профессиональной деятельности.

2. Обучающие кейсы, основной задачей которых выступает обучение. Хотя каждый кейс несет обучающую функцию, степень выраженности этой функции в различных кейсах различна. Кейс с доминированием обучающей функции не отражает жизнь досконально, он отражает типовые ситуации, которые наиболее часты в жизни, и с которыми может столкнуться специалист в своей профессиональной деятельности. В обучающем кейсе на первом месте стоят учебные и воспитательные задачи, что предопределяет значительный элемент условности при отражении в нем жизни; ситуация, проблема и сюжет здесь не реальные, а такие, какими они могут быть в жизни; они характеризуются искусственностью, «сборностью» из наиболее важных и правдивых жизненных деталей; такой кейс позволяет видеть в ситуациях типичное и предопределяет способность анализировать ситуации посредством применения аналогии.

3. Научно-исследовательские кейсы, ориентированные на осуществление исследовательской деятельности. Обучающая функция кейса в данном случае сводится к обучению навыкам научного исследования посредством применения метода моделирования. Строится такой кейс по принципам создания исследовательской модели. Доминирование исследовательской функции позволяет достаточно эффективно использовать подобные кейсы в научно-исследовательской деятельности.

Выделенные выше источники кейсов являются базовыми, или первичными, поскольку они определяют наиболее значимые факторы воздействия на кейсы. Вместе с тем можно выделить и вторичные источники формирования кейсов, которые носят производный характер от описанных выше базовых источников:

1. Художественная и публицистическая литература, которая может подсказывать идеи, а в ряде случаев определять сюжетную канву кейсов. Применение художественной литературы и публицистики придает кейсу культурологическую функцию, стимулирует нравственное развитие личности обучающегося.

2. Использование «местного» материала, как источника формирования кейсов. Учащиеся чувствуют себя увереннее, если они хорошо знают среду и контекст, в котором происходят события, описанные в кейсах.

3. Анализ научных статей, монографий, посвященных той или иной проблеме.

4. Интернет с его ресурсами – этот источник отличается значительной масштабностью, гибкостью и оперативностью.

Виды представления кейса:

- 1) печатный кейс;
- 2) мультимедиакейс;
- 3) видеокейс.

Объем кейса может быть различным – от нескольких предложений до множества страниц.

Основные требования к кейсу. Кейс должен:

- быть написан интересно, простым и доходчивым языком;
- отличаться «драматизмом» и проблемностью;
- демонстрировать как положительные примеры, так и отрицательные;
- соответствовать потребностям выбранного контингента учащихся, содержать необходимое и достаточное количество информации.

Примеры кейсов, которые могут быть использованы в образовательном процессе медицинского колледжа при преподавании дисциплины «Сестринское дело в терапии», представлены в приложении В.

Деятельность преподавателя при использовании кейс-технологии включает в себя две фазы:

- первая фаза представляет собой сложную внеаудиторную творческую работу по созданию кейса и вопросов для его анализа, состоящую из научно-исследовательской, конструирующей и методической частей;
- вторая фаза включает в себя деятельность преподавателя в аудитории при обсуждении кейса.

Использование кейс-технологии как технологии профессионально-ориентированного обучения включает следующие этапы:

- ознакомление учащихся с текстом кейса;
- анализ кейса;
- организация обсуждения кейса, дискуссии, презентации;
- оценивание участников дискуссии;
- подведение итогов дискуссии.

Дискуссия занимает центральное место в реализации кейс-технологии. Важнейшей характеристикой дискуссии является уровень ее компетентности, который складывается из компетентности ее участников. Неподготовленность

учащихся к дискуссии делает ее формальной, превращает в процесс вытаскивания ими информации у преподавателя, а не самостоятельное ее добывание.

Основным фактором в дискуссии является степень ее руководства преподавателем. Руководя дискуссией, преподаватель должен добиваться участия в дискуссии каждого учащегося, выслушивать аргументы за и против, объяснения к ним, контролировать процесс и направление дискуссии, но не ее содержание. Обычно дискуссия начинается с постановки преподавателем стимулирующих вопросов, подготовленных заранее. Преподаватель должен стараться предусмотреть возможную реакцию аудитории на поставленные вопросы, направляя обсуждение на достижение учебных целей. На каждом этапе работы роль преподавателя-ведущего меняется. Если в начале, предлагая ситуацию, он может «интриговать», «провоцировать» обсуждение, не отвергая даже абсурдные предложения, то на этапе анализа ведущий мягко координирует обсуждение, задает уточняющие вопросы, тем самым «продвигает» дискуссию, когда обсуждение заходит в тупик, и, наоборот, стремится зафиксировать все предложения, чтобы ни одна идея не «потерялась», когда сталкиваются различные мнения и точки зрения. Особенно важна роль ведущего на этапе обсуждения решений. Часто участники ждут от него позиции судьи, арбитра, оценивающего предлагаемое решение. Даже имея собственную схему решения, преподавателю здесь важно, оставаясь на нейтральной позиции, дать возможность участникам самим оценить решение; свою же точку зрения «замаскировать» уточняющими вопросами, похвалой действительно сильных аргументов, предложением еще раз обдумать те позиции, которые, с его точки зрения, в этом нуждаются.

Кейс-технология достаточно легко может быть соединена с другими технологиями обучения. Обсуждение небольших кейсов может включаться непосредственно в учебный процесс на любом занятии. Наиболее эффективно систематическое изучение учащимися небольших кейсов в запланированном порядке. Принципиально важным в этом случае является то, чтобы часть теоретического курса, на которой базируется кейс, была бы уже прочитана и проработана учащимися.

Задачи, решаемые в процессе реализации кейс-технологии:

1. Осуществление проблемного структурирования, предполагающего выделение комплекса проблем ситуации, их типологии, характеристик, последствий, путей разрешения (проблемный анализ).
2. Определение характеристик, структуры ситуации, ее функций, взаимодействия с окружающей и внутренней средой (системный анализ).
3. Установление причин, которые привели к возникновению данной ситуации, и следствий ее развертывания (причинно-следственный анализ).
4. Диагностика содержания деятельности в ситуации, ее моделирование и оптимизация (праксеологический анализ).
5. Построение системы оценок ситуации, ее составляющих, условий, последствий, действующих лиц (аксиологический анализ).

6. Подготовка предсказаний относительно вероятного, потенциального и желательного будущего (прогностический анализ).

7. Выработка рекомендаций относительно поведения действующих лиц ситуации (рекомендательный анализ).

8. Разработка программ деятельности в данной ситуации (программно-целевой анализ) [9].

Организация работы с кейсом:

1. Этап погружения в совместную деятельность. Основная задача этого этапа – формирование мотивации к совместной деятельности, проявление инициативы участников обсуждения. Текст кейса раздается учащимся для самостоятельного изучения и подготовки ответов на вопросы, проверяется заинтересованность учащихся в его обсуждении. Выделяется основная проблема, лежащая в основе кейса.

2. Этап организации совместной деятельности. Основная задача этого этапа – организация деятельности по решению проблемы. Деятельность может быть организована в малых группах или индивидуально. В каждой малой группе идет сопоставление индивидуальных ответов, их доработка, выработка единой позиции, которая оформляется для презентации. В каждой группе выбирается или назначается «спикер», который будет представлять решение.

3. Этап презентации. Спикеры представляют решение группы и отвечают на вопросы. Преподаватель организует и направляет общую дискуссию.

4. Этап анализа и рефлексии совместной деятельности. Основная задача этого этапа – выявить образовательные и учебные результаты работы с кейсом. Кроме того, на этом этапе анализируется эффективность организации занятия, выявляются проблемы организации совместной деятельности, ставятся задачи для дальнейшей работы.

Результаты работы с кейсом.

Многообразие результатов, возможных при использовании кейс-технологии, можно разделить на две группы:

- учебные результаты – как результаты, связанные с освоением знаний и навыков;

- образовательные результаты – как результаты, полученные самими участниками взаимодействия, реализованные личные цели обучения.

При работе с кейсом у учащегося формируется умение не просто читать предложенный материал, но изучать и анализировать его. Обучающийся должен не упрощать ситуацию, а стараться ее объяснить, уметь вычлнить главное, уметь принимать решения с учетом возможных последствий и препятствий. Во время работы в малых группах и в дискуссии вырабатывается умение слушать других, защищать свою позицию, находить ошибки (свои или других участников). Следовательно, обучение на основе кейс-технологии – это целенаправленный процесс формирования умений и навыков принятия решений, построенный на всестороннем индивидуальном и групповом анализе и моделировании конкретных ситуаций с последующим обсуждением во время

открытых дискуссий сущности и путей преодоления содержащихся в ситуации проблем.

В результате освоения кейса у учащегося развиваются следующие умения и навыки:

- аналитические и прогностические: умение классифицировать, выделять существенную и несущественную информацию, анализировать, выявлять проблемы, ставить цели, разрабатывать план действий, ориентированных на результат;

- практические: умение пользоваться на практике теоретическими знаниями, принимать решения в условиях неопределенности;

- коммуникативные: умение общаться с пациентами и медперсоналом, вести дискуссию, убеждать окружающих, отстаивать свою точку зрения.

Методически грамотное использование кейс-технологии в системе подготовки специалистов среднего звена позволяет обучаемым приобретать новые знания, обогащаться практическим опытом, прогнозировать и планировать свою деятельность. [6].

В процессе сопоставления и оценки достоинств и недостатков различных ситуаций, выделения логики развития ситуации формируется способность учащихся принимать самостоятельные решения. Готовность к изменениям и гибкость – следствие выработки поведения в постоянно меняющихся ситуациях анализа. Вследствие необходимости аргументировать и отстаивать свою точку зрения формируются упорство и целеустремленность. В процессе поиска проблемы, определения ее основных характеристик и поиска путей разрешения формируется проблемность и конструктивность мышления.

Анализ конкретных жизненных ситуаций довольно сильно воздействует на профессионализацию учащихся, способствует их взрослению, формирует интерес и позитивную мотивацию к учебе. Выработка модели практического действия представляется эффективным средством формирования личностных и профессиональных качеств обучаемых [9].

### **2.1.3 Реализация деловой игры**

В образовательном процессе медицинского колледжа формированию и развитию профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер способствует применение при изучении клинических дисциплин, таких как «Сестринское дело в терапии», игровых технологий, в частности, деловой игры.

Деловая игра позволяет развивать у учащихся способность к самооценке своей будущей профессиональной деятельности. Она создает условия для формирования и закрепления профессиональных знаний, умений и навыков, развития умений самостоятельно мыслить, ориентироваться в новой ситуации, находить свои подходы к решению проблемы; вооружает знаниями, необходимыми специалисту в его квалификации. Деловая игра позволяет будущему специалисту испытать себя на профессиональную пригодность, совершенствоваться в профессионализме. По результатам реализации деловой

игры как квазипрофессиональной деятельности можно судить об определенном уровне сформированности у обучающихся профессионально важных качеств.

Г.А. Аксенова отмечает, что в настоящее время в образовании происходит переход от традиционной образовательной парадигмы к парадигме, основанной на инновационных методах. Одним из таких методов является игровая технология, включающая в себя тренинги, игровые упражнения, которые способствуют формированию профессионально важных качеств и усиливают мотивацию обучения [1, с. 20].

По мнению Т.В. Смирновой, обучение, осуществляемое при помощи сочетания традиционных и коммуникативных методов, включающих задания творческого характера, дискуссии, беседу, приучает обучающихся к самостоятельной работе. При этом большое значение придается учебным играм (деловым, ситуационным, ролевым), которые направлены на формирование у учащихся профессионально важных качеств, профессиональных навыков, а также коммуникативных умений [25, с. 19].

Преимущества игровых технологий обучения, реализуемых в образовательном процессе медицинского колледжа, следующие:

- создание условий имитации профессиональной среды при формировании общих и профессиональных компетенций, необходимых для осуществления практической деятельности;
- формирование навыков практического опыта без нанесения вреда здоровью пациента и обеспечение собственной инфекционной безопасности при отработке манипуляций;
- сокращение периода адаптации молодого специалиста при «вхождении в практическую деятельность» и т.д.

Высокая эффективность учебных деловых игр по показателям интенсивности и мотивации (по сравнению с традиционными лекционно-семинарскими формами обучения) достигается за счет:

- наиболее адекватного воспроизведения элементов и условий будущей реальной профессиональной деятельности специалиста;
- более заинтересованного личностного включения обучающихся в игровую ситуацию;
- интенсификации межличностных отношений участников игры;
- проявления в процессе игры ярких эмоциональных переживаний успеха и неудач.

Проигрывание ситуаций, имитирующих реальную профессиональную деятельность, позволяет будущим специалистам путем активного взаимодействия самим принимать решения, приобретать конкретные профессиональные умения, опыт социального общения. Используемые в образовательном процессе медицинских колледжей деловые игры погружают учащихся в модель ситуации, близкой к его будущей профессиональной деятельности, и умение или неумение действовать квалифицированно и эффективно в данной ситуации, в полном соответствии с реальностью, обуславливают либо улучшение состояния пациента, его выздоровление, либо

появление осложнений или даже гибель «модели пациента». Содержание же деловых игр, оригинальное преобразование обычной общепринятой медицинской информации в учебную игру – это, по мнению Пшеничной Л.Ф., для разработчика-преподавателя акт высокой, поистине творческой деятельности [22, с 169].

Обязательными элементами и условиями деловых игр, используемых в образовательном процессе медицинского колледжа при преподавании клинических дисциплин, должны быть:

- дидактическая (учебная) задача – направленность на формирование определенного круга умений, уточнение и систематизацию определенного круга знаний, развитие определенных свойств мышления и воспитание профессионально важных качеств личности будущего специалиста (трудолюбие, ответственность, внимательность, коммуникабельность, терпеливость, выдержанность, эмпатия, толерантность, приветливость, тактичность, добросовестность и др.);

- наличие ролей – каждый учащийся согласно условиям игры принимает на себя какую-то роль, соответствующую той должности, которую ему предстоит выполнять в трудовой деятельности согласно номенклатуре должностей, на которых могут использоваться выпускники медицинского колледжа;

- различие ролевых целей – каждая роль должна быть наделена определенными обязанностями, не совпадающими с другими, чтобы обязанности одного игрока не выполнялись другим лицом, иначе трудно будет оценить деятельность каждого;

- правила игры, то есть те ограничения, за пределы которых не могут выйти играющие, а также те «меры наказания», которые налагаются на играющего за неправильное выполнение действий и нарушение установленных ограничений (например, штрафные баллы);

- коллективный характер игры, взаимодействие играющих в процессе игры, выражающееся в выработке коллективных решений;

- состязательность в игре, которая достигается системой индивидуальной или групповой оценки деятельности участников игры.

Подготовка и реализация деловой игры включает в себя значительную организационную работу, которую условно можно разделить на три этапа: подготовительный, проведение деловой игры, заключительный.

Подготовительный этап включает написание сценария деловой игры, подготовку рабочих мест. Сценарий игры должен четко определять цели игры, время и место, включать описание каждого ее этапа, фрагмента (желательно не более трех), содержание и правила игры, полный комплект ролей, инструкции каждому игроку и экспертам, порядок использования технических средств и т.п. На подготовительном этапе необходимо также обеспечить подготовку аудитории к проведению игры с заблаговременным обеспечением игрового процесса необходимым инструментарием, документацией, расходными материалами, оборудованием и т.д.

На этапе реализации преподаватель распределяет роли и ролевые отношения участников, уточняет задачи каждого участника, дает задание по оценке результатов деловой игры незадействованной части группы обучаемых. При проведении игры руководитель направляет участников, выводит из тупика, создает новые проблемные ситуации, изменяет направление игры.

На заключительном, оценочном этапе преподаватель выслушивает мнение экспертов, следивших за ходом игры, но не участвовавших в ней, далее обсуждаются результаты игры, отмечаются ее позитивные и негативные стороны.

Прежде чем приступить к пошаговой или поэтапной разработке игры, необходимо иметь ясность в некоторых конкретных ее параметрах:

- продолжительность игры;
- в чем заключается суть игры, ее цель;
- сколько будет игроков;
- предположительные роли;
- какова форма игры, графическая модель;
- каким образом будут реализовываться поставленные цели;
- кто будет осуществлять экспертизу игры и по каким критериям;
- как будет проводиться разбор игры.

Проведение деловой игры целесообразно организовывать в конце изучения специального курса, перед профессиональной практикой, когда игра должна стать тем интегральным методом обучения и контроля, который в условиях, приближенных к реальным, объективно выявит способность учащихся к реальной, конкретной профессиональной деятельности. Если учащийся будет квалифицированно действовать в игре, есть основания полагать, что он окажется на должной высоте и при работе с пациентом.

Подготовку игры нельзя ограничивать учебной литературой. Необходимы посещения учреждений образования, встречи и беседы с «коллегами» по должности, изучение действующего оборудования, курация пациентов под руководством преподавателя и т.д.

Для разработки деловой игры принципиальным моментом является определение темы и целей. При выборе темы игры необходимо учитывать возможности учащихся, их способности, уровень и глубину знаний, активность. Тема должна быть актуальна и проблемна, иметь варианты решений. В теме игры могут быть отражены: характер, масштаб деятельности, условия обстановки и т.д. Например, «Оказание неотложной помощи при развитии острых осложнений сахарного диабета и дальнейшее ведение пациентов, страдающим сахарным диабетом, в условиях эндокринологического отделения больницы» или «Оказание неотложной помощи пациентам кардиологического профиля в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации больницы», «Неотложная помощь при гипертоническом кризе и ведение пациента с артериальной гипертензией в условиях поликлиники» (Приложения Г, Д) [26].

При постановке целей необходимо различать учебные цели игры (их ставит перед собой руководитель игры) и цели действий ее участников, которые ставятся ими, исходя из игровых ролей.

Примеры учебных целей: показать, как следует привлечь к выполнению конкретной задачи целый комплекс инструментов (вербальный контакт с пациентом и его родственниками, немедикаментозные и медикаментозные средства для оказания медицинской помощи, общение специалистов различных профилей и т.д.); проверить уровень подготовленности учащихся к выполнению профессиональной деятельности и др.

Цели, которые могут ставить перед собой учащиеся – закрепить навыки выполнения определенных манипуляций, отработать алгоритм действий при оказании неотложной помощи, научиться действовать в экстремальной ситуации, развить коммуникативные способности и т.д.

Когда тема игры определена и глубоко изучена, поставлены цели, руководитель игры выстраивает структурно-логическую схему игры (порядок выполнения работ на всех этапах, источники для сбора информации), разрабатывает комплект ролей и задания (перечень вопросов и источники информации) для каждого участника.

Количество ролей должно соотноситься с числом игроков в малой группе – обычно это 10 человек (количество учащихся в подгруппе на практическом занятии). Роли деловой игры заимствуются из реальной профессиональной действительности (в нашем случае это могут быть медицинская сестра, пациент, врач, младший медицинский персонал, родственники пациента). В комплект ролей также должна входить роль эксперта, или аналитика, в обязанности которого входит оценка игры по определенным критериям); желательно введение в комплект ролей «отрицательного персонажа», порождающего конфликтную ситуацию и заставляющего противоположную сторону более активно защищать свои позиции, что приближает игровую ситуацию к реальной профессиональной действительности и способствует выработке определенных профессионально важных качеств личности, таких как терпимость, выдержка, тактичность и др. (в нашем случае это может быть конфликтный пациент или родственники пациента).

При разработке заданий нужно стремиться к тому, чтобы помимо информации, необходимой и достаточной для достоверной сестринской диагностики, был обязательно включен и «информационный шум» – избыточные сведения. Так, например, при описании клинической ситуации будут перечислены жалобы пациента и сведения из анамнеза, имеющие отношение не только к неотложному состоянию, требующему диагностирования участником игры, но и к сопутствующим заболеваниям. Задача обучающегося – самостоятельно вычленив диагностически важную информацию.

Руководителем разрабатываются правила игры. По мнению С.А. Мухиной, на игру должно быть разработано не более 7–10 правил, причем они должны быть напрямую связаны с целями игры и сформулированы таким

образом, чтобы придать деловой игре ракурс, который помог бы сблизить профессиональную реальность с игровой условностью [18, с. 193-194].

На этапе реализации игры одним из важнейших факторов успеха является руководство игрой и контроль за ее процессом. Руководитель осуществляет постановку цели, знакомит участников с описанием игры, участвует в распределении ролей, представляет в распоряжение участников необходимую информацию, направляет свои усилия на детализацию понимания участниками игровой ситуации. При проведении игры в качестве ведущего может выступать сам руководитель или хорошо подготовленный учащийся. В процессе игры желательно оформление каждого действия псевдореальными документами (направление на исследование, лист назначений, процедурный лист и т.д.). Если ведущий обнаружил недостаточность знаний игроков по возникающим вопросам, он может ввести ситуацию обращения к компетентным специалистам для консультации. Такое оформление событий поддерживает игровой план деловой игры. Руководитель игры должен уметь наблюдать за особенностями поведения игроков, вовремя их фиксировать для того, чтобы поддерживать необходимый уровень эмоциональной и интеллектуальной напряженности. Тем не менее, необходимо минимизировать его вмешательство в ход игры. Авторитарная позиция руководителя блокирует игровое поведение участников, снижает эффективность рефлексии в ходе обсуждения результатов.

На заключительном этапе игры эксперты с участием руководителя подводят итоги игры: анализируется активность работы отдельных участников, качество оформления документации, правильность выполнения алгоритмов действий, манипуляций и т.д. По сумме набранных баллов определяется победитель. При этом преподаватель должен четко оценивать качество выполнения задания, аргументированность предлагаемых решений, другие показатели. Каждый участник деловой игры в дискуссионной форме может защищать свои решения.

При проектировании и реализации занятий с использованием деловой игры в процессе профессиональной подготовки будущих медицинских сестер преподаватель медицинского колледжа может столкнуться со следующими трудностями:

- недостаточное владение методикой реализации игровых технологий обучения;
- отсутствие четкого алгоритма проведения игры и некритическое заимствование технологий деловых игр при перенесении их в разные дисциплинарные практики;
- отсутствие формализованных критериев, позволяющих сделать более объективной оценку игры и сравнить с реальной действительностью ожидаемый результат;
- отсутствие достаточной материальной базы для проведения деловой игры с созданием условий, максимально приближенных к реальным условиям профессиональной деятельности;

- психологическая неготовность учащихся к работе с использованием деловой игры: например, межличностные отношения учащихся вне игры могут быть перенесены в игру;

- недостаточное владение учащимися теоретическим материалом и практическими навыками, необходимыми для достижения поставленных целей и решения проблем, сформулированных в процессе деловой игры.

Успех деловой игры зависит от ряда факторов: организационных, методических, психологических, технических и других. Из обширного круга вопросов, влияющих на качество и результат игры, следует выделить следующие:

- правильный выбор темы с учетом ее актуальности;
- подбор участников и распределение ролей с учетом знаний учащихся, микроклимата в учебной группе;
- построение структурно-логической схемы игры, четкая разработка заданий каждому участнику, подгруппе;
- глубокое изучение учащимися материалов разрабатываемой темы;
- подготовка сценария игры с учетом «запасных», усложненных ситуаций;
- проведение деловой игры с предварительным решением организационных и методических моментов;
- разбор результатов игры, ее оценка.

Личностно-развивающее профессиональное образование сегодня должно готовить специалистов-профессионалов, способных к постоянному развитию и совершенствованию профессионально важных качеств, ибо личностное развитие человека тесно связано с его успешностью и эффективностью в профессиональной деятельности. Деловая игра как форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования условий и систем отношений, характерных для данного вида практики, аспектов человеческой активности и социального взаимодействия, выступает методом эффективного обучения будущего специалиста и формирования профессионально важных качеств, поскольку снимает противоречия между абстрактным характером учебного предмета и реальным характером профессиональной деятельности.

#### **2.1.4 Педагогические условия реализации интенсивных технологий в процессе профессиональной подготовки будущих медицинских сестер**

Для реализации интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа и достижения цели их применения – развития профессиональных умений и профессионально важных личностных качеств будущего специалиста на основе коллективного взаимодействия – необходимо создавать и развивать определенные педагогические условия. Под педагогическими условиями понимается взаимообусловленное

функционирование элементов образовательной среды, обеспечивающее достижение педагогами поставленной цели.

Педагогические условия, обеспечивающие эффективную реализацию интенсивных технологий обучения как способа формирования и развития профессиональных навыков и профессионально важных качеств у учащихся медицинских колледжей, включают в себя:

1) готовность педагога к организации обучения с использованием интенсивных технологий;

2) учебно-методическое обеспечение процесса применения интенсивных технологий обучения в образовательном процессе;

3) готовность учащихся к обучению с использованием интенсивных технологий.

Рассмотрим подробнее каждое из этих условий.

Готовность педагога является одним из наиболее важных педагогических условий и включает в себя:

- мотивационный компонент – сознание необходимости развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер и ценности применения интенсивных технологий обучения как фактора, развивающего профессионально важные качества;

- информационный компонент – представление педагога об интенсивных технологиях обучения;

- операционно-деятельностный компонент – владение методами и приемами разработки, организации и проведения занятий с использованием интенсивных технологий обучения (проведение обучающих семинаров с освещением вопросов применения интенсивных технологий обучения и оказание методической помощи преподавателям при проектировании занятий с применением интенсивных технологий способствуют более активному применению преподавателями интенсивных технологий обучения в образовательном процессе);

- личностный компонент – положительное отношение педагога к применению интенсивных технологий, в том числе игровых, в обучении и сформированность тех личностных качеств педагога, которые обеспечивают успешность их применения в образовательном процессе (гибкость, готовность к эксперименту, умение найти подход к каждому учащемуся, создать ситуацию успеха для каждого участника и др.) [28].

Учебно-методическое обеспечение процесса применения интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа заключается в наличии открытой системы учебных и методических пособий, необходимых для усвоения учащимися необходимых теоретических знаний и практических навыков, применяемых при участии в занятиях с использованием интенсивных технологий, учебно-методических пособий для педагогов, актуализирующих их представления (знания) о способах (приемах, формах) организации занятий с применением интенсивных технологий обучения, а также предусматривает подготовку качественного раздаточного материала,

необходимой медицинской документации, оборудования, фантомов, т.е. оснащения, необходимого для моделирования ситуаций, соответствующих контексту будущей профессиональной деятельности учащихся и позволяющих проектировать максимально приближенные к реальной жизни действия учащихся.

Готовность учащихся к обучению с использованием интенсивных технологий определяется не только уровнем владения теоретическим материалом и практическими навыками по дисциплине, но и психологической подготовленностью обучающихся (преодоление стереотипов в обучении, умение ориентироваться в новой ситуации, находить свои подходы к решению проблемы и т.д.) Для успешной реализации интенсивных технологий обучения в образовательном процессе учащихся следует предварительно обучить способам ведения дискуссии, методам разыгрывания ролей и т.п.

## **2.2 Анализ результатов опытно-экспериментальной работы**

Целью опытно-экспериментальной работы являлось эмпирическое обоснование реализации комплекса интенсивных технологий обучения в процессе формирования профессионально важных качеств будущей медицинской сестры.

Эксперимент проводился в течение одного учебного года с сентября 2015 г. по июнь 2016 г., т.е. на протяжении двух семестров второго года обучения, на базе УО «Белорусский государственный медицинский колледж», где были определены контрольные группы (КГ) и экспериментальные группы (ЭГ). Экспериментальная выборка составила: КГ – 71 человек (учащиеся учебных групп СД 24, СД 25, СД 26), ЭГ – 70 человек (учащиеся учебных групп СД 21, СД 22, СД 23).

Образовательный процесс в КГ был ориентирован на применение традиционных форм обучения, тогда как в ЭГ применялся комплекс интенсивных технологий обучения.

На подготовительном этапе было разработано учебно-методическое обеспечение для дисциплины «Сестринское дело в терапии»:

- учебно-программная документация для дисциплины «Сестринское дело в терапии» (программа, календарно-тематический план) в соответствии с требованиями образовательного стандарта для специальности 2-79 01 31 «Сестринское дело» и типовой учебной программой;

- учебно-методическая документация для проведения занятий с применением комплекса интенсивных технологий обучения: учебный материал к занятиям, сборник кейсов, материалы для проведения деловых игр и др.

После предварительной подготовительной деятельности был проведен основной эксперимент по использованию комплекса интенсивных технологий обучения в процессе преподавания дисциплины «Сестринское дело в терапии», который включал констатирующий и формирующий этапы.

*На констатирующем этапе эксперимента* был выявлен начальный уровень сформированности у учащихся контрольных и экспериментальных групп таких

значимых для профессиональной деятельности медицинской сестры профессионально важных качеств, как эмпатия и коммуникативная толерантность.

Для фиксирования уровня сформированности эмпатии была использована методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко (тест на эмпатию Бойко), которая предназначена для оценки умения сопереживать и понимать мысли и чувства другого (Приложение Е).

Согласно данной методике, уровень эмпатии определяется как суммарное количество набранных по опроснику баллов и может составлять от 0 до 36 баллов: 30 баллов и выше – высокий уровень эмпатии; 29-22 – средний уровень, 21-15 – низкий, менее 14 баллов – очень низкий [23].

Для диагностики общей коммуникативной толерантности была также использована методика, предложенная В.В. Бойко (опросник для определения общей коммуникативной толерантности В.В. Бойко), которая позволяет диагностировать толерантные и интолерантные установки личности, проявляющиеся в процессе общения (приложение Ж). Чем выше число набранных по опроснику баллов, тем ниже уровень коммуникативной толерантности респондента, выше степень нетерпимости к окружающим и вероятность конфликтов: 1-45 баллов – высокая степень толерантности, 45-85 – средняя степень толерантности, 85-125 – низкая степень толерантности, 125-135 – полное неприятие окружающих [23].

Исследование начального уровня сформированности эмпатии позволило сделать заключение о преобладании среднего уровня эмпатии как в контрольных, так и в экспериментальных группах. Тревогу вызывает тот факт, что среди опрошенных будущих медицинских сестер 9,9% (7 человек из 71) в контрольных группах и 17,1% (12 человек из 70) в экспериментальных группах имели низкий исходный уровень эмпатии.

Сформированность уровня эмпатии у учащихся контрольных и экспериментальных групп отображена на рисунке 2.2.

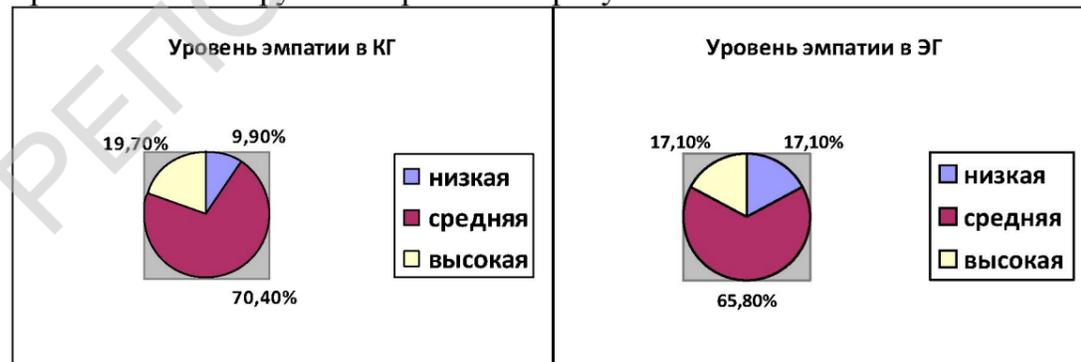


Рисунок 2.2. – Сформированность уровня эмпатии у учащихся контрольных и экспериментальных групп до эксперимента

Исследование начального уровня сформированности общей коммуникативной толерантности выявило преимущественно средний уровень толерантности среди учащихся и контрольных, и экспериментальных групп.

Сформированность уровня толерантности у учащихся контрольных и экспериментальных групп отображена на рисунке 2.3.



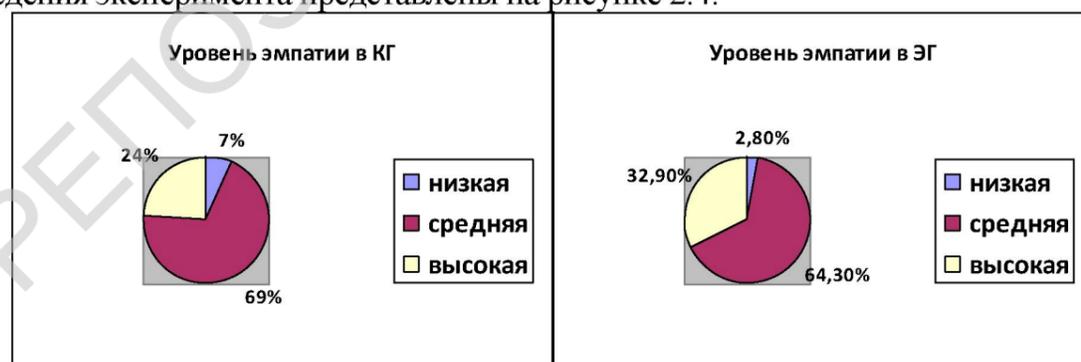
**Рисунок 2.3. – Сформированность уровня общей коммуникативной толерантности у учащихся контрольных и экспериментальных групп до эксперимента**

По представленным на рисунках диаграммам видно, что исходный уровень эмпатии и толерантности существенно не отличается в контрольных и экспериментальных группах.

На формирующем этапе эксперимента осуществлялась реализация комплекса интенсивных технологий обучения в процессе преподавания дисциплины «Сестринское дело в терапии»: технология коллективного взаимообучения использовалась при проведении теоретических занятий, кейс-технология и деловые игры – при проведении теоретических и практических занятий по дисциплине.

На завершающем этапе опытно-экспериментальной работы была проведена проверка эффективности применения комплекса интенсивных технологий обучения в формировании профессионально важных качеств будущей медицинской сестры. Для диагностики уровня сформированности эмпатии и коммуникативной толерантности были использованы те же опросники В.В. Бойко, что и на констатирующем этапе эксперимента.

Результаты диагностики уровня сформированности эмпатии после проведения эксперимента представлены на рисунке 2.4.



**Рисунок 2.4. – Сформированность уровня эмпатии у учащихся контрольных и экспериментальных групп после эксперимента**

Динамика показателей сформированности эмпатии в контрольных и экспериментальных группах представлена на рисунке 2.5.



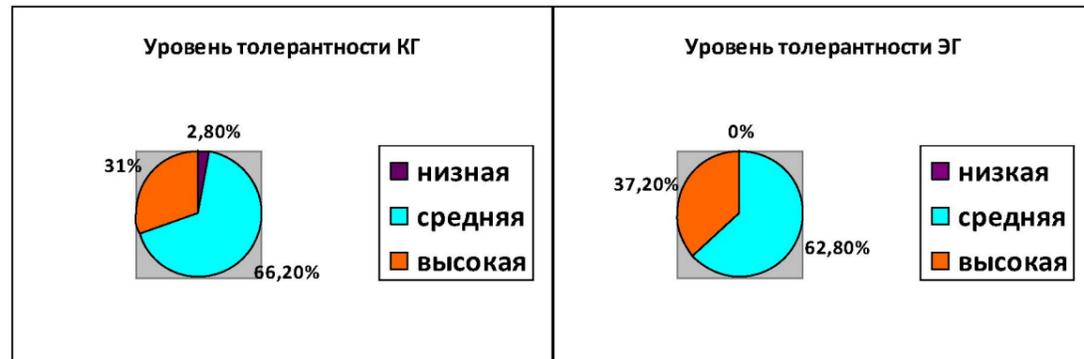
**Рисунок 2.5. – Динамика уровня эмпатии у учащихся контрольных и экспериментальных групп после эксперимента**

Диаграмма динамики уровня эмпатии у учащихся иллюстрирует значительный рост уровня сформированности эмпатических способностей в экспериментальных группах и незначительное повышение уровня эмпатии в контрольных группах. Так, например, процент учащихся, у которых исходный показатель уровня эмпатии определен как низкий, что является неприемлемым для профессии медицинской сестры, в контрольных группах изменился за время эксперимента очень незначительно (снизился на 2,9%, т.е. из 7 учащихся с низким уровнем эмпатии осталось 5 учащихся), в экспериментальных группах напротив снизился значительно, на 14,3% и составил 2,8% (2 учащихся) из числа респондентов, т.е. в экспериментальных группах 10 учащихся из 12 изменили свое отношение к чувствам и переживаниям других людей.

В данной ситуации преподаватель, анализируя динамику уровня сформированности эмпатии и осуществляя в дальнейшем учебный процесс, должен найти особый подход к учащимся, обладающим низкими эмпатическими способностями, систематически проводить с ними индивидуальную работу, внимательно подходить к вопросу организации и проведения занятий с применением интенсивных технологий в группах, где остаются учащиеся с низким уровнем эмпатии, учесть данный фактор при распределении ролей.

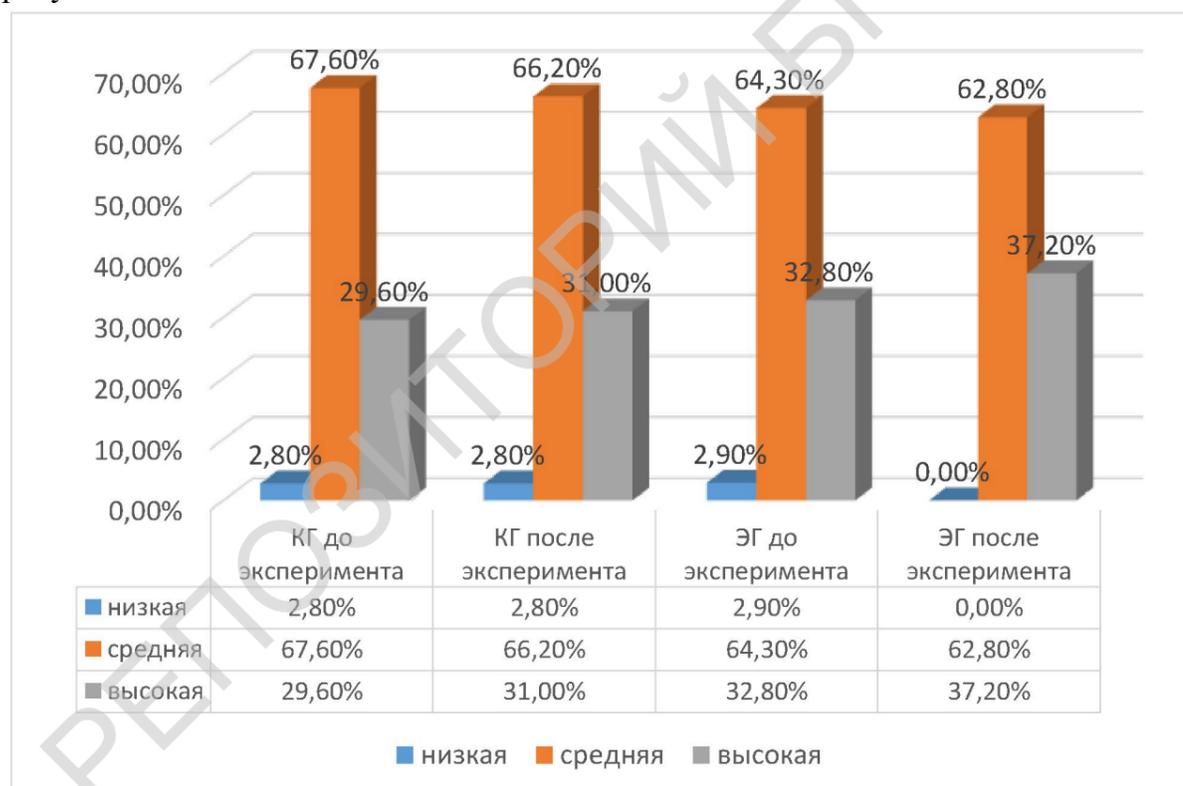
Также в экспериментальных группах отмечается значимый рост процента учащихся, обладающих высоким уровнем эмпатии (на 15,8%), в контрольных группах рост составил всего 4,3%.

Результаты диагностики уровня сформированности общей коммуникативной толерантности после проведения эксперимента представлены на рисунке 2.6.



**Рисунок 2.6. – Сформированность уровня общей коммуникативной толерантности у учащихся контрольных и экспериментальных групп после эксперимента**

Динамика показателей сформированности уровня коммуникативной толерантности в контрольных и экспериментальных группах представлена на рисунке 2.7.



**Рисунок 2.7. – Динамика уровня коммуникативной толерантности у учащихся контрольных и экспериментальных групп после эксперимента**

Отмечается некоторая положительная динамика показателя сформированности коммуникативной толерантности и в контрольных, и в экспериментальных группах, но следует отметить, что в экспериментальных группах после проведенного эксперимента процент учащихся с низким уровнем толерантности снизился с 2,9% (2 учащихся) до 0%, т.е. в экспериментальных группах не осталось учащихся, обладающих низким уровнем терпимости к окружающим, а в контрольных группах после эксперимента процент учащихся с низким уровнем толерантности остался на прежнем уровне и составил 2,8% (2

учащихся). Также наблюдается более выраженный прирост процента учащихся с высоким уровнем толерантности в экспериментальных группах (4,4%), чем в контрольных (1,4%).

Таким образом, диаграммы динамики уровней сформированности таких профессионально важных качеств как эмпатия и толерантность иллюстрируют более значимую тенденцию их роста в экспериментальных группах, чем в контрольных группах. Произошедшие изменения в уровне сформированности профессионально важных качеств можно считать следствием реализации комплекса интенсивных технологий обучения, что, на наш взгляд, является подтверждением целесообразности применения комплекса интенсивных технологий обучения в процессе формирования профессионально важных качеств будущих медицинских сестер.

Следовательно, полученные результаты опытно-экспериментальной работы дают основание утверждать, что использование в образовательном процессе медицинского колледжа интенсивных технологий обучения способствует формированию и развитию профессионально важных качеств будущих медицинских сестер.

Следует также подчеркнуть, что помимо роста уровня эмпатии и толерантности, выявленного с помощью проведенного тестирования, у учащихся экспериментальных групп произошло накопление опыта познавательной и профессиональной деятельности, социальных и деловых отношений. У них были отмечены: совершенствование процессов учебной коммуникации, усиление самостоятельности в принятии решений и выполнении учебных заданий, рост осознания собственной значимости и необходимости самосовершенствования, развитие умения сотрудничать, избегая конфликтов.

#### **Выводы по главе 2:**

1. Во второй главе нами было предложено теоретическое обоснование реализации комплекса интенсивных технологий обучения в процессе формирования профессионально важных качеств будущей медицинской сестры.

2. Рассмотрены структура, принципы, правила и основные этапы подготовки и реализации технологии коллективного взаимообучения, кейс-технологии, деловой игры в образовательном процессе медицинского колледжа.

3. Определены педагогические условия, обеспечивающие эффективную реализацию интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа: готовность педагога к организации обучения с использованием интенсивных технологий; учебно-методическое обеспечение процесса применения интенсивных технологий обучения в образовательном процессе; готовность учащихся к обучению с использованием интенсивных технологий.

4. Описана опытно-экспериментальная работа, проведенная на базе УО «Белорусский государственный медицинский колледж» с целью эмпирически обосновать реализацию комплекса интенсивных технологий обучения в процессе формирования профессионально важных качеств будущей медицинской сестры.

5. Полученные результаты опытно-экспериментальной работы дают основание утверждать, что использование в образовательном процессе медицинского колледжа интенсивных технологий обучения способствует формированию и развитию профессионально важных качеств будущих медицинских сестер.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Основные результаты исследования

Профессия медицинской сестры является одной из наиболее массовых и востребованных среди медицинских профессий. Ежегодно медицинские колледжи выпускают тысячи молодых специалистов среднего звена, но, к сожалению, по прошествии нескольких лет многие из них не работают по профессии. Одной из причин текучести сестринских кадров является неготовность будущей медицинской сестры реализовать свои знания и умения в практической деятельности. Как отмечают эксперты практического здравоохранения, в начале трудовой деятельности выпускники медицинских колледжей, имея достаточно хороший уровень теоретической подготовленности, сталкиваются с трудностями в практическом осуществлении разноплановой сестринской деятельности – в обеспечении ухода за пациентами, организации профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий, оказании неотложной помощи.

Один из возможных путей решения этой проблемы – совершенствование профессиональной направленности подготовки будущих медицинских сестер путем использования интенсивных технологий обучения при преподавании клинических дисциплин в образовательном процессе медицинского колледжа – рассмотрен в данной дипломной работе.

1. Раскрыта сущность и содержание понятия «профессионально важные качества медицинской сестры».

В результате теоретического анализа психолого-педагогической литературы по теме исследования раскрыты сущность и содержание понятия «профессионально важные качества»: профессионально важные качества – это качества, необходимые человеку для эффективного решения профессиональных задач. Они являются компонентом ключевых квалификаций специалиста-профессионала, влияют на осознание человеком своей принадлежности к определенному профессиональному сообществу, на успешность и продуктивность профессиональной деятельности.

Раскрыто и обосновано понятие «профессионально важные качества медицинской сестры». С учетом специфики профессиональной деятельности медицинской сестры выделены следующие группы профессионально важных качеств, обеспечивающих эффективность трудовой деятельности медицинской сестры: морально-нравственные качества; умственные качества и профессиональные способности; эстетические качества. Выявлены их особенности и сущностные характеристики.

2. Разработано методическое обеспечение процесса развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения;

Предложено теоретическое обоснование реализации комплекса интенсивных технологий обучения в процессе формирования профессионально важных качеств будущей медицинской сестры.

Смоделирован комплекс интенсивных технологий обучения, представленный технологией коллективного взаимообучения, кейс-технологией, деловыми играми, как наиболее эффективный в процессе формирования профессионально важных качеств будущей медицинской сестры.

Рассмотрены структура, принципы, правила и основные этапы подготовки и реализации технологии коллективного взаимообучения, кейс-технологии, деловой игры в образовательном процессе медицинского колледжа; раскрыты содержательные и процессуальные особенности реализации интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа.

Выявлены и обоснованы педагогические условия эффективного использования интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа: готовность педагога к организации обучения с использованием интенсивных технологий; учебно-методическое обеспечение процесса применения интенсивных технологий в образовательном процессе; готовность учащихся к проведению занятий с использованием интенсивных технологий. Готовность педагога к организации обучения с использованием интенсивных технологий рассмотрена как качество личности, интегрирующее в себе мотивационный, информационный, операционно-деятельностный и личностный компоненты и выступает главным условием их эффективного применения.

Разработано методическое обеспечение процесса развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения:

- представлены методика организации и проведения, материалы для проведения занятия с использованием технологии коллективного взаимообучения;
- представлен сборник кейсов, которые могут быть использованы в образовательном процессе медицинского колледжа при преподавании дисциплины «Сестринское дело в терапии»;
- представлен сценарий деловой игры на материале дисциплины «Сестринское дело в терапии».

Предлагаемый в данной работе сценарий деловой игры «Неотложная помощь при гипертоническом кризе и ведение пациента с артериальной гипертензией в условиях поликлиники» был апробирован на II-ом Республиканском конкурсе профессионального мастерства WorldSkills Belarus – 2016, проходившем 17-19 мая 2016 г. в городе Минске.

3. Обоснована и экспериментально проверена на основе разработанного диагностического инструментария эффективность развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа.

Эффективность развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения в образовательном процессе медицинского колледжа была проверена в ходе эксперимента, проведенного на базе УО «Белорусский государственный

медицинский колледж» в период с сентября 2015 г. по июнь 2016 г., т.е. на протяжении двух семестров второго года обучения будущих медицинских сестер.

Оценка уровня сформированности до и после эксперимента таких профессионально важных качеств будущей медицинской сестры как эмпатия и толерантность проводилась на основе разработанного диагностического инструментария – адаптированных к возрастным и социальным особенностям учащихся медицинского колледжа опросников (тест на эмпатию и опросник для определения общей коммуникативной толерантности В.В. Бойко).

Результаты экспериментальной работы подтверждают целесообразность реализации комплекса интенсивных технологий обучения в формировании профессионально важных качеств будущей медицинской сестры: динамика уровней сформированности таких профессионально важных качеств как эмпатия и толерантность выявляет тенденцию их роста в экспериментальных группах, более значимую, чем в контрольных группах. Произошедшие изменения в уровне сформированности профессионально важных качеств можно считать следствием реализации комплекса интенсивных технологий обучения.

Полученные результаты опытно-экспериментальной работы, обобщение собственного педагогического опыта и опыта своих коллег, педагогическое наблюдение и рефлексия опыта собственной преподавательской деятельности дают основание утверждать, что использование в образовательном процессе медицинского колледжа интенсивных технологий обучения способствует развитию у учащихся способности к самооценке своей будущей профессиональной деятельности и формированию профессионально важных качеств.

Практическая значимость работы состоит в разработке методического обеспечения процесса развития профессионально важных качеств у будущих медицинских сестер посредством реализации интенсивных технологий обучения на материале дисциплины «Сестринское дело в терапии» и апробации разработанных материалов в процессе обучения. Представленные в работе материалы могут быть использованы преподавателями клинических дисциплин в образовательном процессе медицинского колледжа.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Аксенова, Г. А. Использование игровых технологий / Г. А. Аксенова // Специалист. – 2006. – № 10. – С. 20–25.
2. Алёшина, О. Г. Деловая игра как средство развития профессиональных компетенций студентов / О. Г. Алёшина // Молодой ученый. – 2014. – № 4. – С. 10–12.
3. Андарало, А. И. Педагогическое исследование: методология, структура, содержание: пособие / А. И. Андарало, В. А. Листратенко, В. В. Чечет. – Минск : БГПУ, 2013. – 92 с.
4. Богачева, Е. В. Профессионально важные качества медицинских сестер / Е. В. Богачева // Среднее профессиональное образование. – 2011. – № 7. – С. 65–67.
5. Бодров, В. А. Психология профессиональной пригодности: учебное пособие / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2001. – 511 с.
6. Двойников, С. И. Ситуационное обучение в сестринском деле: учебное пособие для студентов мед. вузов, обучающихся по специальности «Сестринское дело» / С. И. Двойников, С. В. Лапик. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004. – 216 с.
7. Звонков, А. Л. Пока едет «Скорая». Рассказы, которые могут спасти вашу жизнь / А. Л. Звонков. – М. : Эксмо, 2015. – 368 с.
8. Зеер, Э. Ф. Личностно ориентированное профессиональное образование: теоретико-методологический аспект / Э. Ф. Зеер. – Екатеринбург : изд-во Урал. гос. проф. пед. ун-та, 2000. – 190 с.
9. Интенсивное обучение: технологии организации образовательного процесса: практическое руководство / И. В. Шеститко [и др.]; рец. О. В. Клезович. – Светлая Роша : ИППК МЧС Респ. Беларусь, 2014. – 136 с.
10. Калашников, И. Ж. Психологические особенности формирования профессионально важных качеств личности специалиста по социальной работе / И. Ж. Калашников // Психология профессионально-образовательного пространства: сб. науч. ст. науч. ред. Н. С. Глуханюк. – Екатеринбург, 2003. – С. 140–142.
11. Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения: учебное пособие / Е. А. Климов. – М. : Академия, 2012. – 304 с.
12. Князева, О. В. Игровые технологии в процессе подготовки студентов медицинского колледжа к работе с пациентами пожилого возраста / О. В. Князева // Человек и образование. – 2013. – № 1 (34). – С. 109–112.
13. Колеченко, А. К. Энциклопедия педагогических технологий: пособие для преподавателей / А. К. Колеченко. – СПб : КАРО, 2002. – 368 с.
14. Литвинов, А. В. Литературно-художественное пространство кардиологии / А. В. Литвинов, И. А. Литвинова // Клиническая медицина. – 2012. – № 11. – С. 68–74.

15. Литвинов, А. В. Медицина в литературно-художественном пространстве / А. В. Литвинов, И. А. Литвинова. – М. : МЕД пресс информ, 2012. – 271 с.
16. Мокринская, Н. А. Деловая игра как метод активного обучения и развития профессиональной компетентности / Н. А. Мокринская // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 4. – С. 197–200.
17. Мутигуллина, А. А. Имитационные методы обучения в формировании практической компетентности будущей медицинской сестры: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / А. А. Мутигуллина; ФГНУ «Институт педагогики и психологии профессионального образования» Российской академии образования. – Казань, 2014. – 24 с.
18. Мухина, С. А. Нетрадиционные педагогические технологии в обучении: учебное пособие / С. А. Мухина, А. А. Соловьева. – Ростов-н/Д : Феникс, 2004. – 384 с.
19. Общая психология: учебник / Н. П. Анисимова [и др.]; под общ. ред. Л. В. Карпова. – М. : Гардарики, 2005. – 232 с.
20. Педагогические технологии: учебное пособие для студентов педагогических специальностей / М. В. Буланова-Топоркова [и др.]; под общ. ред. В. С. Кукушкина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д : Издательский центр «МарТ»; Феникс, 2010. – 333 с.
21. Практикум по дифференциальной психодиагностике профессиональной пригодности: учебное пособие / В. А. Бодров [и др.]; под общ. ред. В. А. Бодрова. – М. : ПЕР СЭ, 2003. – 768 с.
22. Пшеничная, Л. Ф. Педагогика в сестринском деле: учебное пособие / Л. Ф. Пшеничная. – Ростов-н/Д : Феникс, 2002. – 352 с.
23. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методика и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
24. Селевко, Г. К. Современные образовательные технологии: учебное пособие / Г. К. Селевко. – М. : Народное образование, 1998. – 256 с.
25. Смирнова, Т. В. О роли учебных игр / Т. В. Смирнова // Специалист. – 2005. – № 11. – С.19–23.
26. Тарасевич, Т. В. Сестринское дело в терапии: учебное пособие / Т. В. Тарасевич. – Минск : РИПО, 2013. – 612 с.
27. Толочек, В. А. Современная психология труда: учебное пособие / В. А. Толочек. – СПб : Питер, 2005. – 479 с.
28. Шеститко, И. В. Педагогические условия формирования рефлексивных умений у младших школьников: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / И. В. Шеститко. – Минск, 2007. – 136 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ А

#### Учебный материал к занятию по теме «Анемии» [26]

##### Текст № 1

**Постгеморрагическая анемия** возникает вследствие кровопотери и бывает острой и хронической. Под острой постгеморрагической анемией понимают анемию, развившуюся в результате быстрой потери значительного количества крови, хроническая развивается в результате повторных кровотечений.

**Патогенез.** При острой кровопотере происходит быстрое уменьшение объема циркулирующей крови, что приводит к гипотонии или даже коллапсу. Уменьшение количества циркулирующих эритроцитов ведет к острой гипоксии — появляются одышка, сердцебиение. В первые часы после кровопотери показатели крови существенно не меняются в связи с компенсаторным поступлением в кровоток депонированной крови. Через 1-2 дня в сосудистое русло поступает тканевая жидкость для восстановления первоначального объема циркулирующей крови, и в единице объема крови уменьшается количество эритроцитов и гемоглобина. На 3-7 сутки активизируется эритропоэз, т.е. появляются молодые эритроциты – ретикулоциты, что указывает на восстановление организма после кровопотери.

**Прогноз** зависит от величины и скорости кровопотери. Быстрая потеря 25% крови приводит к шоку, а потеря 50% крови несовместима с жизнью.

##### **Клиническая картина**

Клиническая картина определяется количеством потерянной крови и скоростью истечения. **Симптомы:** головокружение, слабость, одышка, сердцебиение, сухость во рту, холодный пот, бледность, снижение артериального давления, тахикардия, слабое наполнение пульса, возможны судороги.

**Диагностика.** Диагноз постгеморрагической анемии подтверждается при выявлении нормохромной нормоцитарной анемии в анализе крови; выявлении источника кровопотери (реакция кала на скрытую кровь, эндоскопия).

##### **Лечение** включает:

- устранение причины кровотечения;
- переливание плазмозаменителей (реополиглюкин, желатиноль) в сочетании с солевыми растворами (изотоническим, раствором Рингера), при больших кровопотерях переливают донорскую кровь.
- для борьбы с острой сосудистой недостаточностью и для повышения АД назначают кордиамин, кофеин, мезатон.

**Текст № 2**

**Железодефицитная анемия** – это анемия, возникающая вследствие нарушения поступления в организм железа.

**Этиология железодефицитной анемии:**

- 1) алиментарный дефицит железа (малое потребление продуктов, богатых железом);
- 2) снижение всасывания железа в кишечнике: обширные резекции тонкой кишки, изменения слизистой оболочки тонкой кишки (энтерит, амилоидоз, лимфома);
- 3) снижение всасывания железа в желудке: резекция желудка, гастрит с пониженной секрецией;
- 4) повышенная потребность в железе у подростков, беременных женщин, кормящих матерей, детей первого года жизни;
- 5) хронические кровопотери: обильные и длительные менструации, кровотечения из желудочно-кишечного тракта (эрозии, язвы, опухоли), носовые, легочные кровотечения;
- 6) перераспределение железа в организме: очаги инфекции, злокачественные опухоли.

**Клиническая картина.**

В клинической картине железодефицитной анемии выделяют следующие группы симптомов:

- 1) симптомы, обусловленные гипоксией тканей: слабость, утомляемость, головокружение, сонливость, бледность кожи и слизистых, головная боль, тахикардия, одышка, колющие боли в области сердца;
- 2) симптомы, обусловленные нарушением трофики тканей: сухость кожи и слизистых, ломкость и исчерченность ногтей, ломкость и сухость волос, трещины в углу рта, боль и жжение языка;
- 3) специфические симптомы из-за атрофии слизистых оболочек пищевода и желудка: дисфагия (нарушение глотания), извращение вкуса – непреодолимое желание есть несъедобное (мел, известь, земля), извращение обоняния (пристрастие к запаху ацетона, выхлопных газов, бензина).

*В общем анализе крови:* микроцитарная, гипохромная анемия с повышенным содержанием ретикулоцитов, повышенная СОЭ. В биохимическом анализе крови отмечается пониженный уровень сывороточного железа.

**Лечение.**

*Диетотерапия* предполагает введение в рацион пациента продуктов питания с полноценным аминокислотным составом (творог, мясо, рыба, яйца), а также с железом (язык, печень и субпродукты, черная икра, абрикосы, гранаты, земляника, свекла, тыква, яблоки, малина, ежевика, гречка). Также необходимо потребление продуктов с высоким содержанием аскорбиновой кислоты, способствующей усвоению железа в организме (свежие фрукты, ягоды, соки).

*Медикаментозная терапия.* Основу медикаментозной терапии составляют *препараты железа*: сорбифер дурулес, тардиферон.

**Текст № 3**

**Витамин В<sub>12</sub>-дефицитная анемия** – это анемия, развивающаяся в результате недостатка витамина В<sub>12</sub> в связи с недостаточным поступлением его в организм или невозможностью утилизации.

**Причины дефицита витамина В<sub>12</sub>:**

- 1) нарушение секреции внутреннего фактора Кастла: аутоиммунный гастрит, поражение слизистой оболочки желудка под влиянием крепких алкогольных напитков, резекция желудка (гастрэктомия);
- 2) нарушение всасывания витамина В<sub>12</sub> в кишечнике;
- 3) конкурентное потребление витамина В<sub>12</sub> при инвазии широким лентецом;
- 4) нерациональное питание (при вегетарианстве, однообразном рационе);
- 5) повышенная потребность в витамине В<sub>12</sub>, например, при гипертиреозе, в молодом возрасте, у беременных, кормящих женщин.

**Клиническая картина В<sub>12</sub>-дефицитной анемии.** Общая слабость, сердцебиение, головокружение, одышка, ухудшение аппетита, тошнота. Характерно воспаление языка (глоссит), проявляющееся жжением языка; трещины на губах, их покраснение и шелушение. Так как мегалоциты и мегалобласты имеют меньшую продолжительность жизни и быстро разрушаются, могут появиться признаки гемолиза: желтуха, гепато- и спленомегалия. Появляются симптомы поражения ЦНС, в первую очередь спинного мозга: нарушение чувствительности (не чувствует пола, тапочек и др.), в том числе снижение болевой чувствительности по типу носков, перчаток; онемение конечностей, спастические парезы (ограничение движения в конечностях); нарушение походки (атаксия); нарушение функции тазовых органов; снижение зрения из-за поражения зрительного нерва, мышечная слабость.

В общем анализе крови при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии выявляется: гиперхромная макроцитарная анемия (цветовой показатель 1,2-1,3), анизоцитоз, пойкилоцитоз, мегалобласты, мегалоциты, лейкопения, тромбоцитопения, тельца Жолли (фрагменты разрушенных клеток).

Лечение В<sub>12</sub>-дефицитной анемии предполагает питание с употреблением в пищу яиц, молочных продуктов, печени, мяса (говядины, телятины в отварном виде) и медикаментозное лечение: витамин В<sub>12</sub> вводят по 200-400-500 мкг (до 1000 мкг) в сутки внутримышечно в течение 4-6 недель.

**Текст № 4**

**Фолиеводефицитная анемия** – это анемия, развивающаяся в результате недостатка фолиевой кислоты в связи с недостаточным поступлением в организм или невозможностью утилизации.

**Фолиевая кислота.** Поступая с пищей, фолиевая кислота через тонкий кишечник всасывается в кровь, затем попадает в костный мозг, где участвует в гемопоэзе эритроцитов.

**Причины дефицита фолиевой кислоты:**

- 1) недостаточное поступление фолиевой кислоты с пищей;
- 2) недостаточное усвоение фолиевой кислоты (заболевания кишечника, прием некоторых лекарственных средств – противосудорожные препараты, оральные контрацептивы, заболевания печени, хронический алкоголизм);
- 3) повышенная потребность в фолиевой кислоте (беременность, кормление ребенка грудью).

**Клиническая картина фолиево-дефицитной анемии:** охриплость голоса, тошнота, воспаление языка, появление трещин на губах, их покраснение и шелушение, депрессия.

*При объективном исследовании* кожные покровы бледные с желтушным оттенком, красный «лакированный» язык с атрофированными сосочками.

*В общем анализе крови* при фолиеводефицитной анемии выявляется: гиперхромная макроцитарная анемия, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

**Лечение.** Лечение фолиево-дефицитной анемии предполагает употребление в пищу зелени, особенно листьев салата, фруктов, овощей, картофеля, печени, грибов, а также медикаментозное лечение – прием фолиевой кислоты по 5-15 мг/сут.

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

**Продукты деятельности учащихся по теме «Анемии»**

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

**ПРИЛОЖЕНИЕ В****Примеры кейсов, которые могут быть использованы при преподавании дисциплины «Сестринское дело в терапии»****Кейс № 1**

Пациентка А., 22 лет, состоит на учете в женской консультации по поводу беременности 24-25 недель. Беременность первая. В первую половину беременности анализы были хорошие, но в двух последних анализах мочи (общий анализ и анализ мочи по Нечипоренко) появилась лейкоцитурия. Пациентка встревожена признаками болезни, обеспокоена за исход беременности, плохо спит из-за этого, часто плачет. Узнав о необходимости пройти УЗИ почек, спрашивает врача и медсестру – не повредит ли это ребенку, как подготовиться к данному обследованию.

**Вопросы к кейсу:**

1. Какой диагноз можно заподозрить у пациентки?
2. Какие вопросы необходимо задать пациентке для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные методы исследования можно применить, а какие методы противопоказаны, учитывая беременность пациентки?
4. Как психологически поддержать пациентку в данной ситуации?
5. Какие факторы могли привести к данному осложнению беременности и можно ли было его предупредить?

**Кейс № 2**

Пациент М., 52 лет, жалуется на чувство сдавления за грудиной, появляющееся периодически во время быстрой ходьбы, из-за чего он вынужден останавливаться. Впервые эти явления появились четыре месяца назад. Пациент повышенного питания, курит. Работает в банке, работа в основном сидячая. Спиртное употребляет редко.

**Вопросы к кейсу:**

1. Какой диагноз можно заподозрить у пациента?
2. Какие вопросы необходимо задать пациенту для уточнения диагноза?
3. Какие факторы могли привести к данному заболеванию и можно ли было его предупредить?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза?
5. Какие мероприятия необходимо провести для вторичной профилактики заболевания и чему обучить пациента?

**Кейс № 3**

Во время ночного дежурства к медицинской сестре обратился пациент за таблеткой нитроглицерина для своего соседа по палате. Медсестра дает ему таблетку и ложится спать.

**Вопросы к кейсу:**

1. Правильно ли поступила медицинская сестра?
2. Как поступили бы вы в данной ситуации?

**Кейс № 4**

Пациентка М., 52 лет, страдает ИБС, стенокардией напряжения 2-ого функционального класса. Постоянно принимает изосорбида динитрат по 40 мг в сутки. Встретив на лестнице соседку по лестничной площадке, работающую медсестрой, она пожаловалась, что сегодня боли в области сердца не проходят от обычных средств, а если проходят, то ненадолго. Медсестра дала ей 2 таблетки нитроглицерина, и боль прошла. Все успокоились: и медсестра, и соседка.

**Вопросы к кейсу:**

1. Правильно ли поступила медицинская сестра?
2. Как поступили бы вы в данной ситуации?

**Кейс № 5**

На амбулаторный прием обратился пациент с жалобами на учатившиеся в последние дни приступы болей в области сердца, которые стали появляться на меньшую нагрузку, чем прежде, хуже купируются приемом нитроглицерина, носят более выраженный характер, чем прежде. Врач принял решение экстренно госпитализировать пациента с диагнозом «Прогрессирующая стенокардия». Пока медсестра оформляла направление в больницу, пациент обратился к ней с просьбой не вызывать «скорую помощь», дать ему возможность сходить домой за вещами, а затем вызвать «скорую помощь» для транспортировки в больницу. За услугу пообещал принести коробку конфет.

**Вопросы к кейсу:**

1. Как необходимо поступить медицинской сестре в данной ситуации?
2. Как поступили бы вы?

**Кейсы, источником для которых стали произведения художественной литературы [14]**

**Кейс № 1****Фрагмент из рассказа А. И. Куприна «В цирке»**

«Было уже совсем темно, когда Арбузов вдруг вскочил и сел в кровати, охваченный чувством дикого ужаса от нестерпимой физической тоски, которая начиналась от сердца, переставшего биться, наполняла всю грудь, поднималась до горла и сжимала его. Легким не хватало воздуха, что-то изнутри мешало ему войти. Арбузов судорожно раскрывал рот, стараясь вдохнуть, но не умел, не

мог этого сделать и задыхался. Эти страшные ощущения продолжались всего три-четыре секунды, но атлету казалось, что припадок начался много лет тому назад, и что он успел состариться за это время. «Смерть идет!» — мелькнуло у него в голове, но в тот же момент чья-то невидимая рука тронула остановившееся сердце, как трогают остановившийся маятник, и оно, сделав бешеный толчок, готовый разбить грудь, забилося пугливо, жадно и бестолково. Вместе с тем жаркие волны крови бросились Арбузову в лицо, в руки и в ноги и покрыли все его тело испариной».

После бессонной ночи на следующий день борец выходит на ринг, чтобы добиться победы в трудной схватке с известным чемпионом по имени Ребер. И на ковре в решающий момент схватки разыгрывается трагедия: «И вдруг прежняя, знакомая физическая тоска разрослась у Арбузова около сердца, наполнила ему всю грудь, сжала судорожно за горло, и все тотчас же стало для него скучным, пустым и безразличным: и медные звуки музыки, и печальное пение фонарей, и цирк, и Ребер, и самая борьба».

Схватка была проиграна. Дальше наступила трагическая развязка: «Шатаясь, он добрался до уборной. Вид сваленного в кучу хлама напомнил ему что-то неясное, о чем он недавно думал, и он опустился на него, держась обеими руками за сердце и хватая воздух раскрытым ртом. Внезапно вместе с чувством тоски и потери дыхания, им овладела тошнота и слабость. Все позеленело в его глазах. Потом стало темнеть и проваливаться в глубокую черную пропасть. В его мозгу резким, высоким звуком – точно там лопнула тонкая струна – кто-то явственно и раздельно крикнул: бу-ме-ранг! Потом все исчезло: и мысль, и сознание, и боль, и тоска. И это случилось также просто и быстро, как если бы кто дунул на свечу, горевшую в темной комнате, и погасил ее ...».

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?
2. Что могло привести к развитию данной ситуации?
3. Можно ли было ее предотвратить в тех условиях?
4. Что бы вы сделали в данной ситуации в настоящее время?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай развития нарушения сердечного ритма, за которым последовал приступ стенокардии, а затем инфаркт миокарда с летальным исходом.

**Кейс № 2**

**Отрывок из романа «Доктор Паскаль» Эмиля Золя**

«Паскаль, уснувший наконец после бессонницы, полный лучезарных надежд и мечтаний, внезапно пробудился от ужасного приступа. Ему казалось, что какая-то огромная тяжесть, что весь дом обрушился ему на грудь, и его грудная клетка сплющилась до самого позвоночника. Он задыхался, боль охватила плечи, шею, парализовала левую руку. Но, несмотря на это, он ни на

минуту не потерял сознания: у него было такое чувство, что сердце его останавливается, и жизнь вот-вот погаснет в этих ужасных тисках удушья. Обливаясь холодным потом, он ... упал на кровать; он не мог больше ни пошевелиться, ни вымолвить слово. В глазах Паскаля еще сохранилась жизнь: челюсти его были сжаты, язык прикушен, лицо изуродовано мукой».

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?
2. Что можно было сделать в данной ситуации в тех условиях?
3. Что бы вы сделали в данной ситуации в настоящее время?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай развития инфаркта миокарда.

**Кейс № 3**

**Отрывок из романа французского прозаика Робера Мерля «За стеклом»**

«... Профессор Н ... все еще мучился от сердечного приступа, который начался под вечер. Невыносимо болело за грудиной, казалось, на грудь навалилась скала и вот-вот раздавит ребра своей страшной тяжестью. Боль растекалась, захватывая левую руку. <...> Струйки пота не переставая текли по шее, между лопаток, струились из-под мышек. Ощущение, что он задыхается, было таким нестерпимым, что хотелось разорвать грудь и высвободить легкие. <... > Две гигантские руки стиснули его грудную клетку и сжимали ее с такой силой, что она должна была вот-вот треснуть. ... Пароксизм наступил не сразу, клещи сжимались постепенно, точно на средневековой пытке. Мало-помалу палач превосходил самого себя, боль достигала невыносимой остроты, хотелось закричать, но голоса не было. Внезапно наступило временное затишье, профессор Н... поглядел на часы, он был поражен, его страдания длились всего два часа. Спустя мгновение он ощутил, что боль возвращается, наклонил голову вперед и весь напрягся, чтобы ее встретить. Она обрушилась на него с устрашающей силой. Жестокая, неотступная, она превосходила все, что он уже вынес. Он откинул голову назад, губы его дрожали, он судорожно хватал воздух короткими, прерывистыми глотками. На бесконечно долгое время он впал в полубезыбие, мозг его был во власти нелепых кошмаров».

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?
2. Что можно было сделать в данной ситуации в тех условиях?
3. Что бы вы сделали в данной ситуации в настоящее время?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай развития инфаркта миокарда.

**Кейс № 4**

**Отрывок из романа «Закон вечности» Н. В. Думбадзе**

«Боль возникла в правом плече. Затем она поползла к груди и застряла где-то под левым соском. Потом будто чья-то мозолистая рука проникла в грудь, схватила сердце и стала выжимать его, словно виноградную гроздь. Выжимала медленно, старательно: раз-два, два-три, три-четыре ... Наконец, когда в выжатом сердце не осталось ни кровинки, та же рука равнодушно отшвырнула его. Сердце остановилось. Нет, сперва оно упало вниз, как падает налетевший на оконное стекло воробушек, забилося, затрепетало, а потом уже затихло. Но остановившееся сердце – это еще не смерть, это широко раскрытые от неимоверного ужаса глаза и мучительное ожидание – забьется вновь или нет проклятое сердце?!

- Сердце нельзя проклинать ... Его нужно лелеять, дуть на него осторожненько, как на закипающее молоко, — проговорила фельдшерица.

- Уважаемая, не до художественной литературы мне! Помогите!».

Дальше автор описывает реанимационные мероприятия, которые заканчиваются успешно:

«- Кажись, выкарабкался, - сказал стоявший у монитора.

- Скатилось, - вздохнул больной.

- Что скатилось? - переспросил удивленный врач.

- Колесо скатилось, - повторил больной.

- Какое колесо? Откуда? - голос у врача задрожал.

- Отсюда, вот отсюда... - больной приложил руку к сердцу и улыбнулся.

Врач, облегченно вздохнув, вытер со лба больного холодный пот.

- Спасли как будто! - проговорил он.»

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?

2. Что могло привести к развитию данной ситуации?

3. Можно ли было ее предотвратить в тех условиях?

4. Что бы вы сделали в данной ситуации в настоящее время?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай приступа стенокардии, закончившегося развитием инфаркта миокарда и кардиогенного шока.

**Кейс № 5**

**Описание заболевания, данное около 200 лет назад Геберденом (1710 – 1801)**

«При ходьбе, особенно в гору, или вскоре после еды возникают сильные боли в груди: больному кажется, что он вот-вот лишится жизни, если боль усилится или продлится еще минуту. Как только больной останавливается, боль прекращается. Вне этих признаков больной чувствует себя совершенно здоровым. Боль локализуется иногда в верхней трети, иногда в середине или у основания грудины. Боли могут усиливаться при ходьбе против ветра, на холоде. Пульс на лучевой артерии во время припадков не изменяется, болезнь не имеет ничего общего с одышкой».

**Вопрос:** какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай приступа стенокардии.

**Кейс № 6**

**Отрывок из повести А. А. Лиханова «Инфаркт миокарда»**

Получив за аттестат в конечном итоге общую пятерку, герой повести Олег, «светловолосый мальчик интеллигентного вида, любимец и бесценное сокровище семьи», должен был поступать в вуз: «Олегу его будущий экзамен казался адовым огнем, судом, окончательным и бесповоротным решением участи... Будущая, если он не поступит, жизнь казалась мрачной чернотой, судьба подводила его к краю крутого обрыва. - Если ты не поступишь, это же катастрофа! <... > Пирамида, возводимая нами столько лет, рухнет в один миг! Нет, ты представляешь, как надо собраться, в какой кулак сжать свою волю, энергию, знания, сообразительность, - наставляли его родители. Олегу захотелось броситься на диван, завывать в полный голос». В таком состоянии он пришел на экзамен. «Первым было сочинение. <... > Он задумался, стал выбирать тему, тут же покрылся потом, похолодел. Одна тема казалась просто замечательной, он принялся писать, но вспомнил отца, подумал, что ведь нужна непременно пятерка, иначе смерть, в общем ужасно, и, что будет дома, представить невозможно... Руки дрожали, он был бледен и все думал про отца - только отец не выходил из головы». Не выдержав напряжения, Олег не справляется с эмоциями. Написанное им показалось ему убогим («на уровне седьмого класса»), и он разорвал его. Очутившись после экзамена вечером на душном и людном вокзале, он упал и потерял сознание. Окружающие вызвали «неотложку». «В больнице установили дикий диагноз: инфаркт миокарда в семнадцать лет».

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?
2. Что могло привести к развитию данной ситуации?
3. Можно ли было ее предотвратить?
4. Что бы вы сделали в данной ситуации?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай развития инфаркта миокарда у юноши.

**Кейс № 7**

**Отрывок из романа «Поднятая целина» М. А. Шолохова**

«Похоронив своих друзей, заметно сдал и неузнаваемо изменился дед Щукарь: он стал нелюдим, неразговорчив, еще более, чем прежде, слезлив. <...> ...пролежал после похорон дома, не вставая с кровати, четверо суток, а когда поднялся, - старуха заметила, не скрывая своего страха, что у него слегка перекосило рот и как бы повело на сторону всю левую половину лица».

- Да что же это с тобой подеялось?! - в испуге воскликнула старуха, всплеснув руками.

Немного косноязычно, но спокойно дед Щукарь ответил, вытирая слюну, сочившуюся с левой стороны рта:

- А ничего такого особого. Вон какие молодые улеглись, а мне давно уж там покоиться пора. Задача ясная?

Но когда медленно пошел к столу, оказалось, что приволакивает левую ногу. Сворачивая папироску, с трудом поднял левую руку...

- Не иначе, старая, меня паралик стукнул, язви его!».

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?

2. Что могло привести к развитию данной ситуации?

3. Можно ли было ее предотвратить в тех условиях?

4. Что бы вы сделали в данной ситуации в настоящее время?

**Комментарий:**

В отрывке описан случай развившегося инсульта.

**Кейс № 8**

**Отрывок из романа «Война и мир» Л. Н. Толстого**

«Увидав дочь, он зашевелил бессильными губами и захрипел. Нельзя было понять, чего он хотел. Его подняли на руки, отнесли в кабинет и положили на тот диван, которого он так боялся последнее время ... Старый князь был в беспамятстве, он лежал, как изуродованный труп. Он не переставал бормотать что-то, дергая бровями и губами, и нельзя было знать, понимал он или нет то, что его окружало. Одно можно было знать наверное – это то, что он страдал и чувствовал потребность еще выразить что-то. Он лежал, высоко опираясь головой на подушки. Руки его были симметрично выложены на зеленом шелковом одеяле ладонями вниз. Когда Пьер подошел, граф глядел прямо на него, но глядел тем взглядом, которого смысл и значение нельзя понять человеку. Или этот взгляд ровно ничего не говорил, как только то, что, куда есть глаза, надо же глядеть куда-нибудь, или он говорил слишком многое. <...> Вдруг в крупных мускулах и морщинах лица графа появилось содрогание. Содрогание усиливалось, красивый рот покривился (тут только Пьер понял, до какой степени его отец был близок к смерти), из перекошенного рта послышался неясный хриплый звук... Глаза и лицо больного выказывали нетерпение. Он сделал усилие, чтобы взглянуть на слугу, который безотходно стоял у изголовья постели».

**Вопросы к кейсу:**

1. Какое заболевание описано в данном отрывке из художественного произведения?

2. Что могло привести к развитию данной ситуации?

3. Можно ли было ее предотвратить в тех условиях?

4. Что бы вы сделали в данной ситуации в настоящее время?

**Комментарий:**

В отрывке описана клиническая картина инсульта.

**Кейсы, источником для которых стала книга А.Л. Звонкова «Пока едет «Скорая». Рассказы, которые могут спасти вашу жизнь» [7]**  
**Действующие лица** (описание дано автором книги):

**Таня Савина**, 21 год, фельдшер-практикант. В медицинский колледж поступила потому, что не была уверена в выборе профессии и решила получить среднее образование, чтобы иметь возможность, если не понравится медицина, заняться чем-то иным. Все-таки оставить практику фельдшера или медсестры не так жалко, как бросить работу врача после семи лет учебы. Воспитана в скромности. Очень не любит просить у родителей деньги. Предпочитает сама зарабатывать их на свои нужды. Поэтому в период учебы работала продавцом в кафе быстрого питания, санитаркой в больнице на втором и третьем курсах. Осторожна при выборе друзей. Подруг немного, все еще с детсадовского возраста. Следит за фигурой. Считает, что она слишком маленького роста и каждый лишний килограмм ее портит. Она считает себя жуткой трусихой. Из положительных качеств – исполнительна и старательна. Всегда доводит начатое дело до завершения. Любит учиться.

**Александр Ерофеев** – около 28 лет, хотя выглядит на все 30. Фельдшер скорой помощи. Рост средний, волосы светлые, коротко острижены. После окончания медицинского колледжа служил в армии. На «03» работает шестой год. О себе рассказывать не любит – один, семьи нет. Дальние родственники вроде бы есть, но где они и кто, неизвестно. На подстанции у него репутация отличного парня. Саша снимает комнату у какой-то старушки за десять тысяч в месяц, оказание медицинских услуг и помощь по дому. Любит заниматься подводной охотой. Ответственный и серьезный профессионал, однако не лишен своеобразного чувства юмора. С Таней Ерофеев держит дистанцию. У него явно есть тайна, которую стажерке еще предстоит раскрыть.

**Основная сюжетная линия:** Таня Савина проходит преддипломную практику на подстанции «скорой помощи» в составе фельдшерской бригады Александра Ерофеева.

**Кейс № 1**

Тане было интересно решительно все. Машина, ящик, вызовы, новые люди, постоянное движение, смена впечатлений. И то, как Саша разговаривает с пациентами и родственниками. Глядя на него, она бы не подумала, что он не врач. Спокойствие и уверенность. Осматривает, ставит диагноз. Назначает лечение. Он помнит наизусть все стандарты. А ей нравится учиться. А тут уже настоящая работа. Движение. Скорость. Люди.

После полудня они повезли женщину в больницу. Выехав оттуда, Ерофеев не стал звонить диспетчеру и решил:

– Заедем в «Ласточку». Это рядом. Там пообедаем.

Уселись за стол, Ерофеев загреб ложкой суп с фрикадельками. Таня хлебнула ложечку из тарелки и отставила ее.

– Саша, мне кажется, он не свежий.

Ерофеев, подгребая со дна тарелки последние капли, ответил:

– Поздно. Теперь, если меня прихватит, заедем в аптеку за имодиумом.

Приехав на подстанцию, Таня стала делиться с подругами событиями первого рабочего дня. Они все уже успели покатаются, поработать на вызовах и наперебой рассказывали, кто что видел и чему сумел научиться.

Ровно через двадцать минут диспетчер объявила их бригаде вызов. Ерофеев разглядывал карточку: «Мужчина, восемьдесят восемь лет, плохо с сердцем». Свободных врачебных бригад не было, поэтому диспетчеры дали ему «врачебный повод» с неременной присказкой: «Если что – вызовешь на себя». В машине Ерофеев пощупал живот. Там начиналась революция. Проклятый супчик и вечный русский «авось» наложились на его беспечность – он отравился! Саша обернулся через окошко в салон. По кишечнику пролетали «электрические разряды», вызывая весьма болезненные ощущения. Поздно было корить себя. Нужно принимать меры.

– Похоже, ты была права. Супчик был прокисшим.

Водитель, усмехаясь, спросил:

– Так куда сейчас: на вызов или все-таки в аптеку?

Довольно болезненный спазм скрутил Ерофеева, он кисло улыбнулся и ответил:

– Нет уж. Давай на вызов... Времени нет. Я потерплю.

Дверь им открыла пожилая женщина. Ерофеев поставил ящик в прихожей и рванулся к туалету, на ходу только и успев сказать Тане:

– Больного осмотри, давление померь – в общем, занимайся! Я сейчас приду и помогу.

Таня уже через минуту скреблась под дверью туалета и докладывала громким шепотом:

– Саша, там давление двести пятьдесят на сто тридцать. Он хрипит и весь синий-синий... Одышка у него!

Ответом сначала был стон, затем слабое:

– В легких что?

– Хрипы, кажется, влажные, – голосок у Тани дрожал.

Ерофеев:

– Похоже, это отек легких.

Пауза. Потом:

– Значит, так. Посади его. Открой окно, дай граммов пятьдесят водки. Но не больше. Есть у них водка? И сделай внутривенно три ампулы лазикса, можешь не разводить.

– Я же не умею еще внутривенно.

Слезы у Тани готовы были вырваться наружу, так стало страшно.

– Ладно, я сейчас выйду, сам сделаю. Ноги его в таз с горячей водой опусти, и жгуты на бедра. Только не очень туго.

Судя по голосу, Ерофееву было нелегко все это проговорить. Он надеялся, что практикантка выполнит все, как он сказал, не задумываясь.

Таня убежала. Через пять минут она прибежала опять. Ерофеев все еще сидел, скорчившись, в туалете, и его сильно тошнило.

– Водки у них нет. Все остальное я сделала. А жгуты из чего? У нас только один.

– Значит, так! Слушай внимательно. Спирту плесни в рот, немного – пару кубиков, только разведи водой, чтобы слизистую не обжечь. Жгут сделай из колготок или чулок. Если у них нет, сними свои, разрежь пополам и перетяни бедра, только не слишком сильно, просто крепко.

Чуть помолчал.

– И все-таки набери мочегонное – лазикс, три ампулы. Я уже иду.

Новый спазм, взрыв и бурчание сообщили, что он поторопился с этим заявлением.

Таня покраснела. Вот еще, свои! Колготки она, конечно, покупала не суперкрутые, но и не дешевенькие!

Бабушка – жена больного – нашла старые капроновые чулки. Спирт Таня налила прямо в рот из ложки, после чего, как их учили на терапии, выслушала легкие: булькающих хрипов стало меньше. Сине-фиолетовый дед начал розоветь. От тазика с горячей водой поднимался пар. Больной, дыша ртом, исторгал спиртовой перегар. Таня подумала и решила снова посоветоваться с Сашей, но идти никуда не понадобилось. В дверном проеме, прижавшись к косяку, стоял бледно-зеленый Ерофеев.

– Ну как он? – спросил фельдшер, увидев, что Таня меряет давление.

– Уже сто восемьдесят на сто. Хрипов поменьше. Я ему дала таблетку клофелина.

– А мочегонное ввела?

Ерофеев, зеленея лицом, снова повернулся в сторону туалета.

– Нет еще. Ты ж сказал, что сам сделаешь.

– Набери в шприц, я сейчас.

– Я уже давно набрала.

– Ну и сделай, куда хочешь: в мышцу или хоть в рот вылей. Под языком всасывается быстро. А я сейчас приду и сделаю в вену.

Дедушка, глядя в спину Ерофеева, прошамкал:

– Доктор, а вы что же? Что с вами?

У Саши кружилась голова и не проходила тошнота. Он проклинал свою торопливость. Промыть желудок – он уже промыл. Но отравление продолжалось. Особенно стыдно было, что абсолютно неподготовленную и трусливую стажерку пришлось «бросить в бой».

– Крепись, дед! На студентах вся медицина держится. Кому еще работать, как не им? – снова хлопнула дверь туалета.

Выйдя наконец, Ерофеев тщательно вымыл руки, позвонил диспетчеру, вызвал спецбригаду на отек легких. Реаниматологи приехали через полчаса. Больной дедушка уже нормально дышал, губы его порозовели, в трехлитровой банке было до половины мочи, а Ерофеев уже в пятый раз заседал в туалете. В

лекарственном арсенале пенсионеров он обнаружил таблетки левомецетина и, даже не посмотрев на срок годности, проглотил пару.

Таня героически справилась с критической ситуацией под его руководством. Они вернулись в машину, и уже там Ерофеев отвечал на вопросы: «Зачем спирт? Почему жгуты на бедра? И зачем ноги в горячую воду?»

Ерофеев методично и терпеливо объяснял:

– Спирт уменьшает поверхностное натяжение и гасит пену в легких, улучшая газообмен. Ноги в горячей воде отбирают на себя много крови, потому что сосуды расширяются, а венозные жгуты на бедрах позволяют ее удержать в ногах и затруднить приток к сердцу и легким. Мочегонные, естественно, сгоняют мочу, а клофелин, который ты «догадалась» сунуть дедушке под язык, снизил давление. Доступно?

– Вполне, – ответила Таня.

Ей понравилась легкость ерофеевских объяснений.

После вызова их отправили на подстанцию. Пищевое отравление у фельдшера не проходило. Боли, спазмы, озноб – все развивалось как по учебнику, но уходить с дежурства Саша не хотел. Было стыдно и обидно – так проколоться! Корил себя. Он вздохнул с кислой миной и негромко сказал себе под нос: «Сам себя перехитрил, а стажерку бог послал... Повезло».

Не хотелось даже думать, что было бы, если б с ним не было Тани.

После того злополучного дежурства, когда Саша руководил стажеркой через туалетную дверь, она вошла в кураж. Таня перестала бояться пациентов, решительно и смело бралась за шприц и набиралась опыта. Что особенно ее радовало – работа понравилась!

#### **Вопросы к кейсу:**

1. В чем заключается проблема описанной ситуации?
2. По вашему мнению, правильно ли действовали герои в сложившейся ситуации?
3. Соответствуют ли действия бригады алгоритму оказания неотложной помощи при данном состоянии?
4. Что сделали бы вы, оказавшись в подобной ситуации?

#### **Комментарий к кейсу:**

Развитие **отека легких** у пожилого человека на фоне резкого повышения артериального давления – гипертонического криза – это развитие острой левожелудочковой сердечной недостаточности, из-за чего возникает избыточное давление в системе малого круга кровообращения (легочного) с пропотеванием плазмы в просвет альвеол, преимущественно в нижних отделах легких.

При дыхании содержащая белок плазма начинает пениться, уменьшая доступ воздуха в легкие, что приводит к общей гипоксии (снижению концентрации кислорода в крови и тканях).

Простые действия, произведенные стажеркой Таней по инструкции опытного фельдшера Ерофеева, привели к следующему: сидячее положение вызвало перераспределение «воды» в легких и освобождение их верхних отделов; открытое окно пусть немного, но увеличило общее содержание кислорода во вдыхаемом воздухе; спирт, введенный в рот, частично всосался в кровь и выделился в выдыхаемый воздух, а частично, смешиваясь с вдыхаемым воздухом, уменьшил поверхностное натяжение пены и осадил ее, увеличивая площадь газообмена в легких; ноги, опущенные в таз с горячей водой, активно «накапливают» кровь за счет расширения сосудов, а венозные жгуты из колготок препятствуют оттоку крови по венозному руслу, уменьшая, соответственно, ее приток к легким. Снижающий давление клофелин (клонидин) и мочегонный лазикс (фуросемид) прекратили отек легких. Однако, такой больной обязательно должен быть госпитализирован для стационарного обследования и подбора лекарственной терапии.

### **Кейс № 2**

График практики у студентов не совпадал с графиком дежурств работников подстанции, поэтому Тане не всегда удавалось попасть в бригаду к Ерофееву. Но когда их графики совпали, Ерофеев собственноручно вписал Таню к себе в бригаду.

Вызовы «подсыпали» по одному, и фельдшер со студенткой то приезжали на подстанцию, то мотались с адреса на адрес.

И вот, когда они уходили с очередного вызова, на лестничной площадке их остановила женщина из соседней квартиры:

– Посмотрите моего мужа! Что-то он неважно себя чувствует.

Ерофеев насторожился:

– А что случилось?

– Он говорит, что сильно болит грудь, и потеет!

Ерофеев пошел за женщиной, Таня – за ними. В комнате за столом сидел мужчина, по его мертвенно-бледному лбу градом катился пот.

– А, доктор... – сказал он, закатил глаза и рухнул со стула.

Ерофеев бросил ящик на стол, подскочил к мужчине и перевернул его на спину. Первым делом прижал пальцы к шее, потом ровно уложил тело, сдернул с дивана валик и подсунул под плечи и шею. Голова при этом откинулась назад, рот приоткрылся. Саша пальцем зацепил и вытащил наружу посиневший язык, крикнул Тане:

– Воздуховод достань, перчатки!

И пока она открывала ящик, он еще раз поискал пульс на сонной артерии. Наложив ладони на грудину, Ерофеев начал коротко и резко нажимать, «хакая» на выдохе. Между «хаками» коротко сказал:

– Бинта кусок оторви!

Таня распаковала пачку бинта и, оторвав с полметра, сложила салфеткой. Ерофеев, досчитав до пятнадцати «качков», наложил на открытый рот мужчины бинт и, зажав ему нос, сильно ртом выдохнул в его рот воздух. Грудная клетка

того приподнялась. После второго вдоха Ерофеев тут же начал снова качать грудину. Тридцать «качков», два вдоха. Между вдохами Саша приказал:

– Зрачки ему посмотри! Потом набери адреналин, туда пять глюконата кальция и десять физа... Потом беги в машину за дефибриллятором.

Таня наклонилась над мужчиной, раздвинула чуть приоткрытое веко. Зрачки были сужены.

Она сказала:

– Узкие.

Ерофеев на секунду прервался и приложил пальцы к сонной артерии, уловил еле заметную пульсацию. А может, ему показалось, потому что руки дрожат? Таня бросилась наполнять шприц, а Ерофеев продолжал ритмично нажимать на грудину. Когда разогнулся на секунду, добавил: – Потом иди принеси аппаратуру и звони диспетчеру, пусть присылают реанимацию. Тут «остановка сердца». – Саша снова сделал два выдоха в мужчину. – Еще из машины принеси мешок с растворами. И потом поможешь подышать, а то я скоро сдамся.

Он уже чувствовал начинающееся от гипервентиляции головокружение. Таню как ветром сдуло к телефону. Ерофеев краем уха слушал ее щебет: «Остановка сердца. Нет, не на том вызове, а в соседней квартире».

Сколько минут прошло? Ощущение времени деформировалось.

По самым приблизительным подсчетам, от момента потери сознания реально прошло не больше трех минут, но казалось, что полчаса. Ерофеев качал, дышал, думая: «Только бы не сломать ребра, и хорошо бы завести сердце». Он насадил иглу на приготовленный Таней шприц и, нащупав на шее яремную вену, ввел иглу, потянул за поршень – в раствор плеснула темная кровь. Саша резко и быстро выдавил лекарство, выдернул иглу, не обращая внимания на капельку крови на шее, сразу же резко ударил двумя кулаками в грудину, прижал фонендоскоп к груди, прислушался. Уловил тихие, постепенно набирающие силу удары. Появился слабенький пульс на сонной артерии. Мужчина сделал вдох, несколько секунд дышал через рыжий резиновый воздуховод, затем выплюнул невкусную штукину. Он продолжал некоторое время лежать, откинув голову, затем приподнял ее и посмотрел на Ерофеева. Женщина стояла в углу и сдерживалась, чтобы не подбежать. Только молча качалась вперед-назад. Ерофеев начал мерять давление. Низковато – девяносто на пятьдесят. Мужчина сглотнул, потом сипло спросил:

– Что это было-то?

Ерофеев усмехнулся, вытер пот со лба и сказал:

– С днем рождения! Рассказывайте, что видели?

Он подошел к ящику и принялся выкладывать ампулы с преднизолоном, норадреналином, катетер для вены на руке, потом, вспомнив про шею, наклонился и вытер кровь. Про себя отметил, что не стоит рассказывать об этом и в карту писать. Не фельдшерская манипуляция.

Вошла Таня, с сумками и брезентовым мешком в руках.

– С каким днем рождения? У меня в октябре, – удивился мужчина. – Вот вас видел... Вы в дверях стояли. А потом ничего не помню.

– А как себя чувствуете сейчас?

– Невероятная слабость во всем теле и грудь болит. – Мужчина положил руку на грудь и потер ушибленное место. – Но не так, как сначала.

Ерофеев повернулся к Тане:

– Дефибриллятор не понадобится пока. Я сниму ЭКГ, а ты собирай капельницу с физраствором, туда вот три ампулы преднизолона, норадреналин, панангина две и две глюкозы. Ты вызвала бригаду?

Таня кивнула, а Саша вспомнил, что слышал ее разговор с диспетчером, но в голове была каша из того, что происходило и что еще нужно было сделать.

Ерофеев разматывал провода, крепил электроды на руках и ногах больного. Повернулся к мужчине:

– Рубашку расстегните. Давно сердце заболело?

– Часа полтора назад, – мужчина посмотрел на часы, висящие на стене, одной рукой расстегивая пуговицы. – Как-то постепенно начиналось. Я ходил в магазин. Когда вернулся – лифт отключился. Ну, я и пошел пешком, и, как на свой этаж поднялся, сначала челюсть заболела и зубы, – он потер подбородок, – потом плечи и локти, а потом грудь. Я жене говорю, вызови скорую, нехорошо мне, а тут сразу вы пришли...

Пока мужчина рассказывал, Ерофеев набрал морфин и, как только поставил в вену катетер, сразу ввел наркотик.

Судя по рассказу, у больного развился инфаркт миокарда, и ситуация могла вновь ухудшиться в любой момент. ЭКГ они снять должны обязательно. Как бы ни сложилась ситуация, ЭКГ – это залог их успеха и правильности действий. Но сперва нужно было исполнить формальности. Они записали данные больного, запросили наряд, чтобы оформить вызов, пока капал раствор, и ждали бригаду реанимации. Ерофеев поручил Тане следить за капельницей и больным, а сам расспрашивал женщину:

– А вы-то почему не вызвали скорую?

Дама, по-видимому, не могла прийти в себя от всего происходящего и находилась в каком-то ступоре. Саша знал это состояние. Оно вполне могло закончиться очень бурными, неадекватными действиями.

– Нет, я не стала. Вот увидела вас и решила подождать.

Ерофеев деликатно промолчал на это, а Таня, которая сворачивала провода ЭКГ, удивленно спросила:

– А если б мы задержались у ваших соседей?

Женщина посмотрела на нее, и всем стало понятно – эта мысль ее голову как-то не посетила. До нее никак не могло дойти, что муж только что перенес клиническую смерть. Не у порога был, а там – на той стороне жизни. И то, что бригада скорой оказалась в соседней квартире, – это совпадение, редкое чудо, которые иногда случаются почему-то. Ерофеев сказал уже в машине, на вопрос водителя, что произошло: «Планы Бога в отношении больного резко поменялись, и Он решил дать ему еще один шанс все исправить в жизни».

Они сдали больного бригаде реанимации и поехали на подстанцию. По дороге, как обычно, обсуждали происшедшее. Ерофеев объяснял:

– У мужчины, судя по описанию его жалоб, был инфаркт. Если объем поражения большой, может произойти остановка сердца. Если остановка полная, завести сердце очень трудно. Если фибрилляция – шансов больше, но мы без кардиографа в тот момент этого знать не могли. Поэтому непрямой массаж и искусственное дыхание делать надо обязательно в любом случае. На тридцать «качков» сердца – два вдоха. Если б ты могла мне помочь, мы бы его качали по-другому: не тридцать к двум, а на пять «качков» – один вдох. Такая реанимация более эффективна.

Таня мотала на ус, а Ерофеев, глядя на ее серьезное личико, добавил:

– Я б качал, а ты дышала рот в рот. – Это, конечно, не целоваться, но, когда речь идет о жизни человека, брезговать уже не приходится. Возьмешь салфетку, накроешь рот – и вдувай.

Он помолчал. Потом добавил:

– Ты заметила одну деталь?

– Какую? – спросила Таня.

– Я применил то, что в реанимации называется «тройной прием Сафара»: положить на жесткое, откинуть насколько возможно голову, приподнять плечи и вытащить язык, освобождая дыхательные пути. Одной из частых ошибок бывает то, что качать начинают прямо на кровати, где произошла остановка. Это пустое. Так сердце не сдавить. Надо обязательно спустить больного на пол.

Таня задумалась.

– Ну а как я его могла бы спустить?

– Взять за одну руку и ногу и просто сбросить на пол.

– Сбросить?!

– Конечно, у тебя нет времени ни на поиски помощника, ни на аккуратный спуск. Да и хуже, чем есть, ты все равно не сделаешь.

– Да уж, хуже некуда, – Таня засмеялась. – А все-таки как здорово, что ты его оживил!

– Конечно, здорово.

Ерофеев снова повернулся назад, к окошку в салоне «газели»:

– Но его жена меня поразила. Вот люди: при головной боли, температуре высокой и прочем вызывают скорую, не сомневаются, а при тяжелейшем состоянии будут стоять и ждать нас, вместо того чтобы вызвать бригаду. Но на будущее я тебя прошу, на вызове с родственниками и больными их поведение не обсуждай. Понятно?

Таня кивнула. Санитарная машина въезжала во двор подстанции. Ерофеев, будто вспомнив, сказал Тане:

– Чисто тактически, знаешь, какую мы главную ошибку не совершили?

Та помотала головой.

– Нет. Какую?

– Понимаешь, главной ошибкой было бы сказать этой даме: «Вызывайте скорую» – и уйти, не посмотрев больного.

– А так можно?

– Нельзя, но такое случается. Точнее, скажу, я знаю людей, которые способны так ответить и поступить. НЕ будь такой. Любое обращение к работнику скорой, когда он дежурит, приравнивается к вызову «03», и такое поведение юридически расценивается как отказ от помощи. А к чему привел бы наш уход и подобный ответ, ты понимаешь. Когда ты не на работе, это дело твоей совести. Если ты не в форме, на лбу у тебя не написано, что ты – медик. А на дежурстве это уголовное преступление. Таня кивнула. Она как-то очень остро ощутила эту ситуацию, и холодок пробежал по спине.

**Вопросы к кейсу:**

1. В чем заключается проблема описанной ситуации?
2. По вашему мнению, правильно ли действовали герои в сложившейся ситуации?
3. Соответствуют ли действия бригады алгоритму оказания неотложной помощи при клинической смерти?
4. Что сделали бы вы, оказавшись в подобной ситуации?

**Комментарий к кейсу:**

В рассказе описан классический случай **острой ишемии миокарда**, когда в результате спазма сосудов или тромбоза в сердечной мышце возникает участок, сперва обедненный питанием и кислородом, а вследствие этого и отказывающийся работать. Такая ситуация может привести к остановке сердца или к фибрилляции – мелким неэффективным сокращениям миокарда, приводящим к клинической смерти. Решительные и быстрые действия окружающих – единственный шанс спасти жизнь. При острой ишемии миокарда необходимо сделать сердечно-легочную реанимацию (СЛР). Для начала надо положить больного на твердую поверхность. В данном случае пол – самое лучшее. Затем нужно откинуть максимально далеко голову, так чтобы подбородок, шея и грудина оказались на одной линии – в этом случае откроются дыхательные пути и прикроется пищевод. Вдуть воздух лучше через нос (если он проходим). Одновременно с этим нужно проводить непрямой массаж сердца, как это делал фельдшер. Положив основание правой ладони параллельно грудине, между межключичной ямкой и мечевидным отростком (ни в коем случае не слева), левую ладонь – на правую, прямыми руками, наваливаясь всем телом, короткими импульсами надавливать на грудь (при этом сердце сокращается, несмотря на фибрилляцию, обеспечивая достаточный выброс оксигенированной (обогащенной кислородом) крови, чтобы не погиб мозг).

Широкий зрачок указывает на смерть коры головного мозга, и если при СЛР он не сужается – значит, наступила биологическая (необратимая) смерть.

Для правильного искусственного дыхания надо откинуть как можно сильнее голову – так, чтобы подбородок был на одной линии с грудной). У проводящего ИВЛ (искусственную вентиляцию легких) после пяти-десяти вдохов-выдохов может развиваться головокружение вследствие гипервентиляции.

Для здорового человека (не страдающего эпилепсией и не перенесшего черепных травм) это не опасно.

Что касается тактики работы бригады «03», ЛЮБОЕ обращение к сотруднику бригады с просьбой оказать помощь – это фактически «вызов», а отказ хотя бы осмотреть – это отказ от исполнения своих обязанностей. Сотрудник скорой помощи должен оценить ситуацию и обязательно связаться с руководством, доложить о пострадавшем или больном, получить наряд на оказание помощи для оформления документов. Медики из-за этого могут быть очень уязвимы для мошенников, бандитов, наркоманов, ибо нет закона, защищающего любого другого работника, кроме сотрудника милиции, при исполнении.

### **Кейс № 3**

В вестибюле подстанции Ерофеев сказал:

– Иди пополни ящик, а я пока загляну в диспетчерскую.

Они вновь встретились на том же месте через пять минут. В карманах Таниного халатика при каждом шаге звенели ампулы. Она с лестницы окликнула Ерофеева:

– Ну что?

– Вызов дали. Поехали.

По пути к машине Таня спросила:

– А что на этот раз?

– Отрав.

– Отравление? Чем?

– Пищевое, – пояснил Саша. – ПТИ, или пищевая токсикоинфекция.

«Газель» петляла среди домов, дворов и мусорных контейнеров и наконец остановилась у подъезда.

Таня начала вытаскивать из салона ящик, но Ерофеев ее остановил:

– Возьми тонометр. Остальное не понадобится.

Девушка послушно поставила ящик обратно, извлекла из него прибор для измерения артериального давления и на всякий случай спросила:

– А если там совсем не ПТИ?

– Вот тогда и сбегает за ящиком, квартира на первом этаже. Пошли.

Мужчина в одних трусах, держась за стенку, открыл им дверь. И так же, кренясь и цепляясь за углы, побрел в комнату, однако на полпути дернулся, прокрипев:

– Проходите, проходите, – и быстро просеменил в туалет.

Через некоторое время мужчина вошел в комнату, присел на краешек стула. Таня, пока он снова не убежал, выяснила паспортные данные, а Ерофеев спросил:

– Ну, и что вы съели?

– Да глупость какая-то получается, – мужчина скривился от боли в животе. – Мы вообще уехали на дачу и живем там. – Опять спазм скрутил его. –

Жена перед отъездом еще сварила щавелевый суп, ну и, зная, что мне придется вернуться, оставила его в холодильнике.

Мужчина вдруг замолчал, лицо его стало задумчивым, и он произнес:

– Я сейчас!

И, вскочив со стула, качнулся и побрел к туалету. Ерофеев несколько секунд слушал плеск и кряхтение, потом, обернувшись к Тане, сказал:

– Загляни к соседям. Спроси, не выключали ли свет вчера или позавчера.

Таня ушла.

– Так вот, – продолжил мужчина, вернувшись в комнату, – я приехал утром. На даче не завтракал – боялся опоздать на электричку, поэтому, само собой, голодный был. В общем, налил я себе миску, разогрел все в микроволнушке и срубал...

– Съели? – поправил Ерофеев.

– Ну да.

– И когда началось? На вокзале пирожки или шаурму не покупали?

– Нет, не люблю питаться на ходу. Вот уже часа три как несет, – ответил больной. – Помогайте.

– Чего уж тут помогать... – сказал Саша. – Собирайтесь, поедem в больницу. Там вас за три дня приведут в полный порядок.

Мужичок снова сорвался к туалету, но на полпути притормозил и, полуобернувшись, сказал:

– Не, я в больницу не могу. У меня сегодня вечером очень важная встреча. Я ради нее и приехал!

Вернулась Таня. Ерофеев вопросительно поднял на нее глаза.

– Ну что?

– Было, – слегка запыхавшись, ответила она. – Позавчера с утра, а может быть, и с ночи отключали на весь день и дали только в девять вечера. Часов двенадцать света или все двадцать не было. Тетенька сказала, что утром проснулись, а света нет, и включили уже когда стемнело. У нее тоже что-то там прокисло.

– Значит, супчик стоял в тепле больше десяти часов. Вполне достаточно. А на вкус он и так кисленький... Вот и не шевельнулось подозрение. Значит, все-таки ПТИ... Что ты думаешь?

– Я думаю, надо исключить ботулизм, – сказала Таня, – и сальмонеллез.

– Валяй, – согласился Ерофеев, – исключай. Только ботулизма тут быть не может, а почему?

Таня сообразила, что малость перестаралась с вероятным диагнозом.

– Ботулинус растет в бескислородной среде. Он анаэроб. А вдруг больной ел консервы?

– Верно. Спроси на всякий случай, но больше все-таки выясняй насчет сальмонеллы. А мне что посоветуешь?

Ерофеев в ожидании ответа молчал и смотрел в коридор, откуда в который уж раз медленно выплывал похожий на привидение мужчина.

– Я пока схожу на кухню...

– Понимаешь, что такое жизненное пространство, – сказал мужчина, – когда оно сужается до размеров туалета.

– Да вы философ, – отозвался Ерофеев из кухни.

Таня не ответила и принялась выпрашивать у мужчины, не ел ли он консервов вчера вечером или утром, не двоится ли у него в глазах и прочее, что могло бы намекнуть на более страшные заболевания, чем ПТИ.

С кухни Ерофеев принес трехлитровую банку. Мужчина посмотрел на него удивленно.

Саша спросил Таню:

– Ну, что выяснилось?

– Да ничего особенного: консервы не ел, кур ни в каком виде – тоже, даже в виде яиц... – ответила стажерка.

– А кремовые торты или творог?

– Нет, – сказал мужчина, – ничего такого я не ел. На даче гречка с грибами была, но это проверенные грибы. Подосиновики и белые. Я грешу только на шавелевый суп. Но почему? У нас холодильник – зверь! Огурцы за два часа в стекло превращает на нижней полке! Не с чего было супу прокисать...

– У вас в доме больше чем полсуток света не было, – сказал Ерофеев. – Вот с чего он прокис. Но это неважно уже. Я в последний раз спрашиваю: поедете в больницу?

– Нет, – жалобно сморщился мужчина, – я не могу. У меня вечером важная встреча.

Я специально из-за нее приехал. Еще и машину из сервиса забирать. Ну, придумайте что-нибудь.

– Что уж тут придумывать, – сказал Ерофеев, – все давно придумано до нас.

– У вас аптечка есть? – спросил Ерофеев.

– Есть, – мужчина с готовностью нырнул в нижний ящик комода и извлек большую коробку с лекарствами.

Саша принялся копаться среди упаковок, сказав Тане:

– Налей в банку воды и насыпь туда по три чайные ложки соли и соды, – Татьяна была уже на низком старте, но видела, что Ерофеев не закончил давать указания, и ждала, – и еще три, нет, четыре столовые ложки сахара. Все перемешай хорошенько, чтобы растворилось.

Уже выходя из комнаты, Таня спросила:

– А ложки с верхом или под уровень?

– Неважно. Кашу маслом не испортишь. Сыпь.

Из коробки Ерофеев извлек пластмассовую баночку с панангином, потряс – таблеток пять-шесть.

– Мало.

Покопался еще и достал облатку калия оротата, следом – половину блистера аспаркама.

– Двадцать таблеток. Нормально! На первое время хватит, а потом бананами и сухофруктами доедите.

Рядом на стол легла коробочка с лоперамидом.

– Ну что, Татьяна, будем лечить или пусть живет? – пошутил Ерофеев, видя, что стажерка принесла трехлитровую банку, полную мутноватой и еще крутящейся воды. – Вот любопытно, кто это у них дома калий потребляет? Старички есть в семье?

Мужчина кивнул.

– Мой отец – сердечник. Три года назад инфаркт перенес. Они все сейчас на даче.

– Будем лечить, – откликнулась Таня.

Мужчина кривовато усмехнулся:

– Да уж, пожалуйста, лечите. Я вот искал имодиум... Ну, вы рекламу видели? Спасает от диареи... И не нашел. Жена говорила, что купила, а я не нашел...

– Вы не нашли, зато я нашел, – сказал Ерофеев, придвигая к мужчине препараты. – Вот он, имодиум, он же лопедиум, он же лоперамид. Разные названия одного и того же препарата.

Сейчас выпейте пару капсул, потом после каждого похода на горшок по одной, пока понос не прекратится. И вот это – левомицетин. К счастью, непросроченный.

Мужчина слушал внимательно. Ерофеев из банки отлил в чашку воду, приготовленную Таней.

– А вот эту жидкость будете пить, все три литра чтоб выпили.

Мужчина проглотил две капсулы лоперамида, запил раствором из банки, поморщился.

– Отрава. Мерзостное сладко-соленое пойло, но пить можно.

– Вот и пейте. Это специальный электролитный раствор. Вы сейчас из-за рвоты и поноса теряете много солей – калия, натрия, хлора, бикарбонатов... Здесь есть все, кроме калия. Его количество вы доберете с панангином и калия оротатом. Ясно?

Мужчина кивнул. А Ерофеев продолжил:

– Таблетки будете принимать по две три раза в день, сегодня и завтра. Банку выпьете, наведите еще одну. Состав запишите или запомните... – Мужчина принялся записывать в блокноте. – На литр воды по одной чайной ложке соли и соды пищевой и одну столовую ложку сахара. Воду можете использовать некипяченую, если ее нет. Мы оставим актив на завтра участковому терапевту, а он передаст уже инфекционисту.

Мужчина торопливо дописывал рецепт раствора.

– Все. Пошли, – уже обращаясь к Тане, сказал Ерофеев.

– А есть-то когда можно будет? – вдогонку спросил мужчина.

– Ешьте хоть сейчас – сухари, сушки, рис рассыпчатый без масла, только ничего жирного и острого пока не ешьте, – уже в дверях ответил Саша.

– А суши можно, роллы?

– Можно. Только без рыбы, соевого соуса и васаби. Пожалейте желудок.

Как обычно, в машине Таня спросила Ерофеева:

– Я все поняла, кроме одного: зачем сахар?

– То есть как «зачем»? – Ерофеев улыбнулся. – Супчик шавелевый давно вылетел. Мужик с утра, а точнее сказать, со вчерашнего вечера ничего не ел. Жир расщепляться еще не начал. Откуда ему энергию брать? А так худо-бедно, но хоть часть необходимых калорий получит. Сейчас главное, чтоб он все сделал как надо, без самостоятельности... Тогда к вечеру понос у него прекратится. И вообще хватит про это, я есть хочу!

Обернувшись к водителю, попросил:

– Сергеич, давай порезвей, у меня уже голодные боли начались в брюхе...

И снова повернувшись к Тане:

– Стихи знаешь?

– Какие?

– Уходи с дороги, бабка, уходи с дороги, дед! Видишь, скорая несется, значит, дали ей обед!

**Вопросы к кейсу:**

1. В чем заключается проблема описанной ситуации?
2. По вашему мнению, правильно ли действовали герои в сложившейся ситуации?
3. Соответствуют ли действия бригады алгоритму оказания неотложной помощи при данном состоянии?
4. Что сделали бы вы, оказавшись в подобной ситуации?

**Комментарий к кейсу:**

**Пищевая токсикоинфекция (ПТИ)** – довольно распространенное явление в быту. Фельдшеры совершенно верно дифференцировали ситуацию, ведь клинические явления отравления могут быть и при ПТИ, и при ботулизме, и при сальмонеллезе. Отличие в нарушении работы центральной нервной системы. Ее поражение ботулотоксином (ботулиническим токсином) сопровождается двоением в глазах (диплопией), головокружением. Также важно не спутать ПТИ с сальмонеллезом, дизентерией, холерой. К сожалению, эти заболевания встречаются довольно часто. Поэтому и ситуация, описанная в рассказе, не редкость. Но бывают и более тяжелые отравления. Иногда они становятся такими из-за того, что помощь не была оказана в первые часы. Больной пьет просто воду, промывая желудок, и при этом теряет очень много электролитов. **ОСОБЕННО ОСТРО И БЫСТРО ПРИ ПТИ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ У ДЕТЕЙ.** Поэтому если взрослого можно оставить дома на самолечении, то детей необходимо обязательно госпитализировать вместе с мамой или кем-нибудь из родственников. Распространенной ошибкой является питье раствора марганцовки. Это не решает проблему, а вот если в желудок попадет нерастворившийся кристаллик – проблема будет очень серьезная (до прободения язвы). Гораздо лучше давать раствор, описанный в рассказе, или готовый порошок регидрон (продается в

виде пакетиков в аптеках). Очень неплохо снимает явления отравления активированный уголь (1 таблетка на 10 кг веса). До осмотра врачом можно начинать принимать такие препараты, как смекта, имодиум (и его аналоги), интетрикс, а также нифуроксазид (стопдиар), фталазол. В случаях тяжелой токсикоинфекции надо лечиться стационарно. Электролитные растворы в этом случае вливаются внутривенно.

#### **Кейс № 4**

Когда бригада отправилась на очередной вызов, в машине Саша спросил:

– Ну что, Татьян, будешь за главного на вызове?

Во как! Ну что ж, все-таки не зря она уже неделю через день работает на скорой. Надо накопленный опыт претворять в практику.

– Я попробую, – ответила она.

– Попробуй дать мне баллон с закисью, – сказал Ерофеев.

Таня полезла в деревянный ящик рядом с носилками, достала баллон с закисью азота и протянула Саше.

– На.

– Я просил попробовать дать, а ты даешь.

– Я не понимаю, – растерянно сказала Таня.

– Ну что тут непонятного? Мне надо, чтобы ты попробовала дать мне баллон с закисью.

– Ну, я попробовала – и даю, – разозлилась девушка.

– Нет, ты мне просто даешь. А ты только попробуй, – серьезно сказал Ерофеев.

– Это невозможно, – сказала Таня, – я или даю, или не даю...

– А почему ты думаешь, что можно попробовать осматривать больного? Ты или уверенно осматриваешь его, или он с порога видит твою нерешительность – и ты для него никто! Поняла?

– Поняла.

– Будешь пробовать или смотреть?

– Буду смотреть.

– Ну, пошли.

Дверь им открыла старушка лет под восемьдесят, но крепенькая. Стоит прямо, смотрит ясно. Ерофеев посторонился, пропуская вперед «доктора» – Таню. Они поздоровались. Старушка ответила:

– Спаси, Господи! Приехали. Проходите.

Покачала головой:

– Докторша-то молоденька. Это что ж, прямо с института?

Ей никто не ответил. Таня, судорожно сжимая фонендоскоп, прошла в комнату.

На неприбранной кровати сидел тучный дядька, лохматый, мутноглазый какой-то. Часто дышал и чесался. Скребся он самозабвенно. Скоблил запястья, шею, подмышки, пах, уши, снова запястья и локтевые сгибы...

– Что вас беспокоит? – спросила Таня.

– На фонтане у руля... наливаю, крепкое – боржом не пить, а язык... жуть, – сообщил больной. – Сила мыло... Муть.

Ерофеев подозрительно смотрел на больного, принюхивался. Потом наклонился к старушке, спросил вполголоса:

– Он не пил?

Старушка махнула рукой.

– Что вы! Он совсем не пьет. Он гипертоник. Давление скачет! Участковый замучился совсем. Что ни назначит, не помогает! Или давление туда-сюда! Вся пенсия – на лекарства, а все не впрок.

Она убежала и вернулась с огромным пакетом, из которого вываливались разнокалиберные коробки.

Таня, поняв, что от больного ничего путного не добьется, стала осматривать. Измерила давление, послушала легкие, оттянула веки и посмотрела в глаза, потребовала показать язык.

Больной высунул кончик малинового языка и сказал:

– Бе-бе-бе... Бяшка, дура! В бульоне булькают бульонки! – выдал он новую «народную мудрость».

– Мне надо руки помыть, – сказала Таня, обращаясь к старушке.

– А, пойдете, доктор!

Та повела «доктора» в ванную, повесила на крючок хрустящее вафельное полотенце.

Таня пустила воду и попросила:

– Фельдшера позовите, пожалуйста!

Ерофеев втиснулся в маленькую комнатку, навис над Таней.

– Саша, я не знаю, что с ним. Давление – сто пятьдесят на сто, пульс под сотню, чешется непрерывно, язык сухой. И чушь несет...

– А чем от него пахнет? – спросил Ерофеев. – Запах чувствуешь?

– Не могу понять. Чем-то приторным... И химический какой-то запах...

– Ну, на что похоже?

Таня перебирала в уме все возможное. Наконец сказала:

– Наверное, это бред, но пахнет жидкостью для снятия лака.

– Совсем даже не бред! Ацетон. А когда у нас от больного пахнет ацетоном?

– При диабетической коме...

– Вот! Правильнее, при гипергликемической. Ну, до комы тут дело еще не дошло, но она не за горами. Пошли лечить.

В коридорчике им встретилась старушка с большой кружкой холодной воды. Увидела Таню, пробормотала:

– Пьет и пьет... пьет и бегаёт...

Таня переглянулась с Ерофеевым. Тот остановил женщину.

– Попросите его помочиться в баночку. Нам надо посмотреть, какая моча.

Пока старушка разговаривала с сыном, Ерофеев наклонился к Тане и прошептал:

– Спроси, есть ли у них активированный уголь, и назначь выпить сейчас же. И еще заставь его выпить раствор соды. Сделай покрепче: столовую ложку на пол-литра воды. Поняла?

– Поняла.

– Действуй. Я пока место на него запрошу. Надо везти в больницу.

Ерофеев пытался дозвониться до диспетчера, запрашивал место и слышал, как Таня уверенным голосом отдает распоряжения. Диспетчер сообщила номер больницы. К Саше подошла старушка и протянула банку с мочой. Из банки поднимался знакомый запах «жидкости для снятия лака».

На кухне фельдшер аккуратно плеснул несколько капель из банки на линолеум. Подождал минутку и наступил. Когда отрывал кроссовку от пола, линолеум чвакнул. Ерофеев еще пару раз почвакал и заключил:

– Не моча – сироп!

Он извлек из ящика портативный глюкометр и, получив каплю крови из пальца больного, определил уровень сахара. На дисплее высветилось число 22,7.

Таня вошла в кухню и негромко доложила:

– Он проглотил двадцать таблеток активированного угля и выпил пол-литра содового раствора.

– Хорошо. Ты про госпитализацию им сказала?

– Да. Старушка хлопчет, собирает его. А он пока невменяемый, но послушный. Что говоришь, то он и делает. Но дурашливый какой-то.

– Это ацетон. Точнее, кетоацидоз. Ничего, ему сейчас полегче станет.

Саша показал стажерке результат измерения уровня сахара.

– Правильнее будет сказать, гипергликемическая атака, кетоацидоз, прекома. Хотя последнее мы уже предотвратили. Поехали. Он еще может подкинуть сюрпризы.

– Какие же?

– Да любые. Например, инсульт, или инфаркт, или тромбоз артерий кишечника. У него сейчас кровь как перестоялый вишневый кисель – кисло-сладкая и с хмельком.

В машине Ерофеев сел в салон, а Таню посадил на переднее место. Мужчина в дороге немного изменился. Дурашливость прошла. Он по-прежнему бешено чесался и жаловался, что все зудит. Ерофеев его успокаивал, увещевал, что, мол, надо потерпеть, сейчас начнут лечение и через день, от силы два, все прекратится.

По дороге на подстанцию Таня высунулась в салон и спросила:

– Я поняла, зачем уголь и сода, но мне не ясно, почему мы не стали ему колоть инсулин? Ведь ему сразу стало бы легче. Так?

– Сколько и как инсулин расщепляет глюкозу? – задал встречный вопрос Ерофеев.

Таня порылась в памяти.

– Кажется, так: одна единица инсулина расщепляет четыре грамма глюкозы.

– Верно! А какой у него был сахар в крови?

– Ну, 22,7.

– Это я измерил, а ты ведь не знала. А как же ты собиралась колоть инсулин? Вслепую? А ось поможет? И сколько его надо вводить при такой цифре? Ты знаешь формулу пересчета миллимолей на литр к сухой глюкозе в организме?

– Ну, нет, не знаю. Но можно же ввести не полную дозу, а немного, шесть или восемь единиц... Ему сразу стало бы легче. Ведь не всегда же есть глюкометр под рукой.

– В общем, если проблема с госпитализацией, а ситуация обостряется и выходит из-под контроля, и ты не знаешь, сколько глюкозы в крови, ты так и можешь делать. Сначала шесть единиц, потом еще шесть, а уж потом везти. Да, так можно, но... больше – нельзя. А то можно из одной комы загнать в другую. Почему? Тут все просто: организм уже привык к высокой концентрации глюкозы, и если ты быстро сгонишь сахар к норме, то это содержание будет для него уже как гипогликемия – и приличный обморок гарантирован. Это как минимум. Так что лучше обходись угольком и содой, а уж в больнице пусть инсулин делают. Так, поверь, безопаснее. И следи в это время за давлением и пульсом. Если заметишь, что развивается гипогликемия, питай больного сиропом. Учти еще – ты одна. У тебя только две руки. И очень сложно все сразу держать под контролем. Сейчас больной в сознании, с нормальным давлением, ты углем и содой стабилизировала его состояние. Но как только ты влезешь в него с инсулином, уже глаз не спускай! Если б все происходило в глуши, где нет больницы, и ты его лечишь, это одно. Но мы в мегаполисе, поэтому оставь тонкую работу специалистам. Твоя задача – привезти больного в сознании, с давлением, пульсом и соответствующими симптомами, подтверждающими поставленный тобой диагноз. И лучше его отвезти таким, какой он есть. Да, сейчас почти у каждого диабетика есть глюкометр. Уяснила?

– Угу, – сказала Таня, загибая пальцы и стараясь запомнить все по пунктам.

#### **Вопросы к кейсу:**

1. В чем заключается проблема описанной ситуации?
2. По вашему мнению, правильно ли действовали герои в сложившейся ситуации?
3. Объясните проводимые ими мероприятия.
4. Соответствуют ли действия бригады алгоритму оказания неотложной помощи при данном состоянии?
5. Что сделали бы вы, оказавшись в подобной ситуации?

#### **Комментарий к кейсу:**

В описанной ситуации **диабет** – впервые выявленный. Больной и его мама не подозревали об этом заболевании. И пока не произошла гипергликемическая атака, не спохватились.

Ситуация нередкая, даже у тех, кто знает о своем заболевании. Особенно возможно развитие гипергликемии у недисциплинированных больных сахарным диабетом II типа. Или, как его еще называют, «диабетом пожилых и полных». Активированный уголь снижает концентрацию ацетона в крови, а содовый раствор немного погасит кислотность (ацидоз), развивающуюся из-за того же ацетона. Дозировка инсулина (не пролонгированного, а короткого действия), которую можно ввести без страха при условии стопроцентной уверенности именно в диабетической – гипергликемической – коме, – 6 единиц. Для того чтобы человек пришел в себя, вполне достаточно. Если же нет уверенности, что потеря сознания связана с высоким уровнем сахара, можно ввести в вену 10-20 мл 40% глюкозы, и если эта мера не приведет человека в чувство – вводить инсулин. Главное, помнить, что от избытка сахара смерть не наступит в ближайшее время после потери сознания, а вот от инсулиновой комы – гипогликемии, из-за критического снижения уровня глюкозы в крови – умереть можно наверняка.

#### **Кейс № 5**

Причина очередного вызова следующая: «Мужчина, сорок пять лет, болит спина».

Ерофеев показал водителю адрес, тот включил сирену, маяк и чуть наподдал газку, учитывая сложную обстановку на дороге.

Таня высунулась в кабину.

– Что дали?

– Боли в спине, – ответил Ерофеев.

– Дорсопатия? Радикулит?

– Боли в спине, – повторил Саша. – Может быть и радикулит, и миозит...

Приедем – увидим. Ты же помнишь, что повод к вызову не добавляет ясности, а только усложняет качество тумана. Поэтому ориентируемся на него, но не опираемся в планах оказания помощи.

– Будет пациент, будут жалобы, анамнез – будет и диагноз! – повторила заповедь Таня.

– А повод – это только повод, чтобы вызвать бригаду. Вообще правильно сформулировать повод – самое сложное. Это ты уже могла бы заметить. Что нам чаще попадается: совпадение поводов или несовпадение?

– Несовпадение, – улыбнулась Таня. – Но все равно, ведь мы как-то ориентируемся благодаря поводу?

– Не мы. Ориентируется диспетчер. По поводу он определяет, какой бригаде ехать. Детской, взрослой, врачебной или фельдшерской.

Машина въехала во двор и уперлась в шлагбаум. Подождали полминутки. Водитель посигналил, посвистел сиреной – ноль внимания. Ерофеев вышел, открыл боковую дверь в салон и взял рыжий ящик с лекарствами. Таня выскочила следом, поправила халат, волосы, забрала у фельдшера карту вызова и средство связи.

– Нам в дальний подъезд. Если откроют – езжай в самый конец, к первому подъезду, – сказал Саша.

Шофер его понял, молча кивнул, достал сигарету.

У подъезда Саша вдруг остановился и сказал:

– Знаешь что, дай мне карту и сбегай в машину, забери кардиограф.

– Думаешь, понадобится? – зачем-то спросила Таня, но отдала карту и развернулась к машине.

– Не знаю, интуиция, на всякий случай. Беги, я пока дверь открою.

Он принялся набирать код к подъезду. Почему вдруг подумал о кардиографе? Сам себе ответил: «Если боли связаны с грудной клеткой, по инструкции надо снимать ЭКГ. Повод «боли в спине» условно не указывает на «боли в груди», но разница невелика. Лучше сразу взять с собой «машинку», чем потом бегать за ней, время тратить».

В квартире их ждали. Скептическая дама, которая встретила Ерофеева с Таней, фыркнула:

– Посолиднее врачей не нашлось?

Ерофеев не отреагировал, а Таня невольно покраснела.

– Здравствуйте, покажите, пожалуйста, где больной, – сказал Саша.

Дама повела по квартире.

Больной сидел в кресле, криво усмехался – он только что выключил телевизор. Ерофеев нашел на столе свободный уголок, сдвинув грязные чашки с остатками чая, недопитую бутылку водки, куски грудинки на блюдечке. Тане сказал:

– Померяй давление, пожалуйста, посчитай пульс.

Повернулся к женщине:

– Мне нужно помыть руки, проводите...

Мужчина порывался рассказать Тане, как и где у него болит спина, но она приложила пальчик к губам и сказала:

– Помолчите минутку, сейчас придет доктор, и ему все расскажете по порядку, а я давление меряю.

Больной послушно умолк.

Ерофеев вернулся, сел напротив. Таня положила ему в руку сложенный листок, на котором было написано: «Сто сорок на девяносто, восемьдесят восемь в минуту». Он кивнул, отдал бумажку.

– Я внимательно слушаю, жалуйтесь.

– Да не умею я жаловаться, – смутился мужчина. – Я в гараже был...

– Ханку жрал с дружками! – вставила женщина.

– Не жрал я... Головку блока снимали втроем, а когда вынимали, то я ее на себя – и как-то так вышло, что я один держал с полминуты. А как перехватили ее, так чую, что как-то ноги ослабели и спину запекло... Ну, присел я, к стенке гаража прислонился, а она железная и прохладненькая такая... Мужики, конечно, сто граммов поднесли... с огурчиком.

Ерофеев внимательно слушал. Женщина за его спиной что-то неразборчиво нудела.

– Ну а как не принять? Такое дело большое... Она ж полцентнера весит. Да еще я так неудобно держал. Видно, спину сорвал.

– Вы лечь можете? – спросил Ерофеев.

– Могу, – мужчина послушно прилег на диван. – Вот.

– И при движении боль в спине не меняется? Двигаться не мешает?

Таня распутывала провода у электрокардиографа. Ерофеев пощупал пульс.

– Нет. Ровно так печет, будто гвоздь раскаленный вбили.

– Со спины? Или спереди?

Мужчина задумался.

– Не пойму. Наверное, со спины, – но тер он при этом грудь и живот. – Сюда отдает. Прямо навывлет.

– Сейчас мы вам снимем кардиограмму, лежите спокойно.

Ерофеев обратился к Тане:

– Снимаем и сразу передаем на пульт кардиологам.

Таня кивнула, а Ерофеев тихо сказал:

– Что увидишь или услышишь – без комментариев! Обсудим потом.

Она снова кивнула. Уже привыкла выполнять команды, а вопросы задавать позже.

Пока Таня снимала ЭКГ и передавала ее на пульт кардиологов, Ерофеев набрал ампулу морфина и развел физраствором. Стажерка выслушала заключение специалистов и записала его на бумажку. Торопливо подсунула ее Ерофееву под нос. *«Острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка»*. Саша кивнул.

– Дай мне набор для установки венозного катетера, подготовь систему и пакет с физраствором, больному в рот таблетку аспирина, а мне набери в шприц гепарина пять тысяч. Потом звони на центр и вызывай бригаду. Диагноз ты знаешь.

Таня бросилась выполнять, а Саша повернулся к мужчине:

– Постарайтесь точно сказать, сколько времени прошло с момента, как заболела спина.

Мужчина задумался.

– Часа два, наверное.

– А домой как дошли?

– Да нормально, с остановками, правда. Постою минутку, жжение успокоится – снова иду. Как разойдется – торможу. Я поэтому, как добрался, решил скорую вызвать.

Ерофеев достал из ящика нитроспрей.

– Рот откройте.

Брызнул одну дозу под язык. Пока мужчина осознавал изменения в состоянии, установил ему в вену на руке катетер. Собрал и подключил капельницу.

– Ну как?

– Отпускает!

Мужчина зажмурился.

– Отпускает! Уходит в ниточку... Это что было?

– Не было, а стало, – Ерофеев принялся медленно вводить морфин. – Инфаркт у вас – острый.

Мужчина недоверчиво посмотрел на фельдшера. Женщина опять что-то скептически каркнула за спиной.

– Да ладно! Это точно?

– Точнее не бывает. На ЭКГ видно. А еще реакция на нитроглицерин, боль очень необычная. Если бы это был грудной радикулит, вы бы двигаться не могли от боли. А вы и до дома дошли, и ложились спокойно. Так что это жжение от сердца. От инфаркта.

– А чего ж я кони не двинул? – засомневался больной. – Инфаркт... Даже не верится.

– Ну, во-первых, все только начинается, – спокойно сказал Ерофеев. – Мы вызвали специальную бригаду, ведь нет никаких гарантий, что ситуация не качнется в худшую сторону.

– Так боль же прошла! – сказал мужчина. – Во! Совсем не болит ничего!

– После морфина, – улыбнулся Ерофеев, – оно и не должно болеть.

Женщина высунулась из-за Тани и елевым голосом спросила:

– Мне его в больницу собирать?

– Приготовьте паспорт, – сказал Ерофеев, – больше пока ничего не понадобится.

– Мы еще что-нибудь будем делать? – спросила Таня. – ЭКГ убирать?

Она подозвала женщину и отдала ей пакет с физраствором, который держала над мужчиной.

– Давай снимем еще пленочку для себя и спецов, потом смотаешь все, – ответил Саша. –

Я пока карту напишу.

Спецы ввалились шумной толпой из трех человек. Те самые реаниматологи, что любили подтрунивать над Ерофеевым и его стажеркой.

– Ну чего тут? – осведомился доктор. – Говорят, инфаркт?

– Да, – спокойно ответил Ерофеев, отдавая ему кардиограмму. – Два часа и еще пятнадцать минут. Гепарина пять тысяч и аспирин полграмма. Обезболит морфином, гемодинамика пока стабильная. Давление чуть снизилось после нитро, до ста двадцати на семьдесят, пульс – восемьдесят в минуту. Капельницу поставили, если вы решите ввести тромболитик.

Доктор протянул пленку между пальцами, кивнул.

– Мудро. Все правильно. Спасибо, Саша. Можете быть свободны.

Он наклонился к мужчине, слушая сердечные тоны.

– «Выхлоп» откуда?

– Нитро на спирту, – сказал Ерофеев.

– Ну да, – согласился доктор. – И то верно.

Он обратился к женщине, не успевшей вставить реплику:

– Паспорт – и мы поедem в больницу. Тромболизис – по обстоятельствам.

Ерофеев спросил:

– С погрузкой помочь?

– Справимся, – сказал один из фельдшеров, – езжайте.

И, как обычно, в машине Таня начала забрасывать Ерофеева вопросами:

– А ты сразу понял, что это не дорсалгия, а инфаркт? А почему? А разве можно, если пьяный, морфин? А зачем капельницу, если давление нормальное? А почему сразу нитро в рот не прыснул? А...

– Стоп, – сказал Ерофеев, – давай по порядку.

Таня умолкла и приготовилась усваивать.

– Смотри сама. Мужик переносит большую физическую нагрузку – держит один больше пятидесяти килограммов в очень неудобной позе. У него развивается приступ стенокардии, который он принимает за радикулит. Логично?

Таня кивнула.

– Не всякий решит, что боль связана с сердцем, когда такие обстоятельства и начинается все со спины. Но это все пока детали. Дальше, ему дают сто граммов водки. При его весе в восемьдесят килограммов (а он явно не алкаш запойный, а нормальный такой мужик, иногда позволяющий себе немного принять, то есть немного толерантен к спирту и потому не сильно опьянел, главное, получив то, что его уберегло от болевого шока, – наркоз) водка сняла слишком сильную боль и не вызвала угнетения работы сердца и дыхания. А по сути, спасла его. Он кое-как добирается до дома и вызывает нас, при этом он не принимает никаких лекарств, а жена долбит ему про то, что он выпил. Что происходит в сердце? В зоне ишемии идет формирование отека, а в центре этой зоны развивается участок некроза – собственно инфаркта. За два часа водка частично расщепилась, зона инфаркта, к счастью, не задела проводящие пути, не повлияла на сократительную способность. Так что давление и пульс сохранялись в пределах нормы. Но если бы мы не начали лечить, так продолжалось бы недолго: еще через час или два начал бы развиваться кардиогенный шок – снижение давления и, возможно, острая сердечная недостаточность в левом желудочке и отек легких. Мы вполне могли эту картину увидеть. Нитро сработал очень неплохо. Гепарин и аспирин разжижают кровь, и это тоже способствует улучшению питания в зоне ишемии. Ты поняла, почему я запретил тебе вслух передавать диагноз от кардиологов?

– Чтобы он не запаниковал?

– Да. Пока я не ввел ему морфин и нитро, лучше было не создавать ситуации для стресса. Диагноз ведь страшный. Так?

– Но он довольно спокойно отреагировал. Сперва даже не поверил тебе.

– Теперь насчет сочетания морфина и алкоголя. Официально нельзя вводить морфин при алкогольном опьянении из-за угрозы развития блокады дыхательного центра. Но не надо путать легкую алкоголизацию – по сути, минимальную степень опьянения – и полную отключку. Если бы он выпил бутылку водки, я бы обошелся анальгином – ввел бы кубика четыре – или кетопрофеном. А теперь давай представим, что вот ты пришла в гости к его

жене и застала такую вот картину. Приходит дядя из гаража и жалуется на жжение в спине, от него немного разит водочкой. Жена пилит. А он стесняется попросить у тебя помощи. Твоя тактика?

– Ну, не знаю, – сказала Таня честно. – Если б не попросил помочь, сама бы не полезла.

– Правильно, мы услуги не навязываем. И выходит, что дядя через пару часов, если б не принял еще сто граммов, начал бы задыхаться, жаловаться на то, что боль теперь во всей груди, и на сильную слабость. А ты, если б тебя позвали как соседку-знакомую, услышала бы влажные хрипы в легких, увидела бы картину истинного кардиогенного шока с давлением семьдесят на сорок и пульсом больше ста двадцати... Та-ак?

Таня кивнула.

– Кинулась бы вызывать скорую на острый коронарный синдром... инфаркт с отеком легких – и в целом шансов выжить тут было бы меньше одного к ста. А все почему?

– Почему? – как эхо повторила Таня.

– Потому что после пятидесяти лет нужно регулярно проходить полноценное обследование по кардиологическому профилю хотя бы один раз в год. С нагрузкой на тредмиле или велоэргометре... И если, не дай бог, при нагрузке появится хоть намек на ишемию делать коронароангиографию в плановом порядке. Иначе будет так, как мы сегодня видели. И наш разговор помнишь, когда мы вызов получили?

– Какой?

– А про несовпадение повода и реальной ситуации. Вот то, что мы обсуждали. Болит спина, а реально – инфаркт. Не пришлось долго ждать.

Водитель крикнул:

– Ну, я так и понял, когда вторая машина прикатила, что вы вляпались во что-то.

– Но ведь у него реально спина болела. Он ведь и нам все про спину говорил. Помнишь?

Таня устала висеть на перегородке.

– Мы домой едем?

– Да, возвращаемся. Надо морфин списать, пока начальство и аптека не разошлись по домам.

Ерофеев обернулся к устроившейся в кресле Тане.

– И все-таки, если б ты поняла, что у дядьки, ну, скажем, что-то не так... Ну не мог он крутиться с болью в спине. И тебя бы это насторожило. Допустим?

Таня согласилась.

– Что б стала делать?

– Пощупала бы спину, – ответила она.

– Боль не меняется.

– Померяла бы давление.

– Сто сорок на восемьдесят.

– Дала бы нитро...

– Молодец! – Ерофеев улыбнулся. – Вот ты даешь ему нитроглицерин, он говорит:

«Ура! Все прошло!» Ты думаешь: «Оба-на! Стенокардия или инфаркт». Так?

Таня подтвердила.

– Ну а он через пару минут говорит: «Снова печет». И на этот раз уже трет грудь. Ну... что дальше?

– Опять дам нитро и вызову скорую помощь.

– Хорошо. Это снова боль на три минуты уберет. Так и будешь ему по таблетке в рот кидать?

– А что еще делать? Хорошо, если нитро есть.

– Нитроглицерин есть у всех почти и везде. Но ты права: именно в такой момент его и не найти. Пошлешь жену в аптеку. Пусть купит что?

– Нитроспрей, ну... – Таня задумалась, – анальгин в ампулах, шприцы, салфетки спиртовые, ну... Что еще?

– Аспирин и обязательно валокордин или корвалол. Особенно если ты знаешь, что скорая придет не через пятнадцать минут, а намного дольше придется ждать.

– Да! – вспомнила Таня и чуть не вскочила. – Я хотела спросить, зачем ты ему аспирин дал? Одного гепарина мало?

– Мало, – сказал Ерофеев. – Они все дезагреганты и антикоагулянты, то есть разжижают кровь и уменьшают тромбообразование. Но каждый действует по-своему. Аспирин уменьшает «слипчивость» форменных элементов, а гепарин блокирует один из факторов свертывания крови. В результате мы получаем отличную кровь, делая меньше риск образования тромбов и закупорки сосудов в сердце. Уже сформированный тромб это не растворит, конечно, но остановит его дальнейший рост.

– Я поняла. А валокордин – для мадам?

– Нет, для него.

Машина вкатывалась во двор подстанции. И, уже немного торопясь, Ерофеев объяснил:

– В валокордине есть фенобарбитал (снотворное), который в комбинации с анальгином усиливает его обезболивающее действие. При настоящем инфаркте это все, конечно, что мертвому припарки, но, чтобы дождаться бригаду, минут на тридцать или даже на час хватит. При условии, что анальгин ты введешь в вену, а валокордин дашь выпить.

– Сколько?

– Чтоб не тратить время на счет капель, набирай шприцем два кубика и давай, разведя водой, чтобы можно было выпить. Он подействует минут через десять. За это время введешь анальгин внутривенно. Понятно?

– Понятно. А если кто не умеет колоть? Можно пить?

– Можно. Что ж поделаешь.

Ерофеев открыл перед стажеркой дверь.

– Ты запоминаешь?

– Я стараюсь, потом даже записываю в тетрадку, – сказала Таня и опять почему-то покраснела, будто стыдилась.

Ерофеев отвернулся, притворившись, что не заметил ее смущения. Он улыбнулся. Ему нравилось, что девчонка не просто зазубривает, а думает и ищет нестандартные пути решения проблем.

**Вопросы к кейсу:**

1. В чем заключается проблема описанной ситуации?
2. По вашему мнению, правильно ли действовали герои в сложившейся ситуации?
3. Соответствуют ли действия бригады алгоритму оказания неотложной помощи при данном состоянии?
4. Что сделали бы вы, оказавшись в подобной ситуации?

**Комментарий к кейсу:**

Описанная в рассказе боль характерна для «нижнего» инфаркта, или, как его еще называют, диафрагмального. Именно эта стенка левого желудочка прилежит к диафрагме, и, когда развивается болевой приступ, импульсация может выглядеть и так, как описано в рассказе (в нижней трети грудины, ближе к солнечному сплетению, но сзади вперед), а может опуститься ниже в область солнечного сплетения, маскируясь под боли в животе, имитируя боль при гастродуодените, язве двенадцатиперстной кишки или остром панкреатите. Такая форма инфаркта называется абдоминальной (брюшной), потому что настолько симптомы напоминают проблемы в животе, что даже рвота присутствует. Сила, интенсивность боли при инфаркте часто пропорциональны тяжести заболевания, осложнений и прогноза. Поэтому нарастание боли, слабая реакция на нитроглицерин (кратковременная) или ее отсутствие, падение артериального давления, одышка (до 24–28 дыхательных движений в минуту), появление хрипов в легких при дыхании, которые можно услышать даже без фонендоскопа, – все это говорит о наличии осложнения. К счастью, у пациента бригады «03» осложнений не было, но, как справедливо заметил фельдшер Ерофеев, тут дело времени.

**Видеокейс по теме «Неотложные состояния в терапии»  
(диск прилагается)**

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Деловая игра

**Тема:** «Неотложная помощь при гипертоническом кризе и ведение пациента с артериальной гипертензией в условиях поликлиники».

**Цели:**

**Дидактические:**

1. Систематизировать, обобщить и закрепить знания по теме «Артериальная гипертензия».
2. Отработать алгоритм оказания неотложной помощи при неотложном состоянии – гипертоническом кризе.
3. Закрепить навыки проведения субъективного и объективного обследования пациента, выполнения забора крови на биохимическое исследование, внутривенной струйной и внутривенной капельной инъекции, снятия ЭКГ, измерения АД.
4. Закрепить навыки подготовки пациента к выполнению диагностических исследований (анализы крови, мочи).
5. Сформировать социальные умения и навыки общения с пациентом и его родственниками, взаимодействия с коллегами по работе.
6. Развить такие профессионально важные качества как коммуникабельность, тактичность, эмпатия, терпимость, доброжелательность, способность к самоконтролю, выдержанность, способность слушать и слышать другого, толерантность, ответственность, внимательность, добросовестность, способность клинически мыслить, быстро реагировать на ситуацию и т.д.
7. Проверить уровень подготовленности учащихся к выполнению профессиональной деятельности.

**Воспитательные:**

1. Научить принимать решения в условиях неопределенности.
2. Выработать навыки эффективного взаимодействия, работы в сотрудничестве.
3. Сформировать умение вести диалог, отстаивать свою точку зрения, принимать согласованные решения.

**Место проведения игры:** кабинет доклинической практики, оборудованный необходимыми для выполнения манипуляций медицинской аппаратурой (электрокардиограф), фантомами, медицинским инструментарием.

**Методическое обеспечение:** сценарий игры, медицинская документация, памятки для учащихся с описанием ролей, содержания ролей и заданий для участников игры.

**Время проведения:** практические занятия.

**Продолжительность игры:** 2 часа.

**Правила игры:**

Игра проходит в форме разыгрывания ситуации, имитирующей профессиональную деятельность будущих медицинских сестер. Задача

играющих – набрать максимальное количество баллов, которые начисляются за правильно выполненные задания и тактичное поведение во время игры.

Игроки могут обращаться за консультацией к ведущему (преподавателю). Ведущий следит за ходом игры, контролирует время, помогает учащимся в случае каких-либо затруднений, может влиять на ход игры, участвовать в дискуссии, подавая реплики и задавая вопросы.

По окончании игры подсчитываются баллы, набранные участниками, за определенную сумму баллов каждый игрок получает отметку.

**Система оценивания.**

**Правильность выполнения заданий** оценивается по следующим критериям:

- правильность;
- последовательность алгоритма действий;
- техника выполнения манипуляций;
- ориентация в материале;
- использование профессиональных терминов;
- логичность, выделение существенного;
- коммуникативные умения.

Максимальное количество баллов за выполнение каждого из заданий – 5 баллов.

**Поведение участников игры** оценивается по следующим критериям:

- взаимопомощь;
- умение общаться с коллегами;
- умение организовать работу в сотрудничестве;
- умение уложиться во времени при выполнении заданий.

Количество баллов, которое начисляется за тактичное поведение во время игры – 5 баллов.

**За нарушение дисциплины взимаются штрафы:**

- каждое замечание ведущего или эксперта-консультанта – 1 балл;
- несоблюдение правил игры – 1 балл;
- грубое нарушение правил – до 5 баллов.

**Структура деловой игры:**

Организационный этап – 10 мин.

Проведение игры – 1 ч. 40 мин.

Подведение итогов игры – 10 мин.

В зависимости от уровня подготовки учащихся и наличия времени игра может быть упрощена, а также сокращена по длительности.

**Ход игры.**

**Подготовительный этап:** подготовка кабинета и методического обеспечения к проведению деловой игры.

**Организационный этап:**

Ведущий озвучивает тему, цели, правила игры, критерии оценки и систему штрафов.

Распределяются роли:

- 1) пациент;
- 2) медицинская сестра кабинета доврачебного приема;
- 3) медицинская сестра кабинета функциональной диагностики;
- 4) врач дневного стационара;
- 5) первая медицинская сестра дневного стационара;
- 6) вторая медицинская сестра дневного стационара;
- 7) медицинская сестра процедурного кабинета;
- 8) первая медицинская сестра «школы АГ»;
- 9) вторая медицинская сестра «школы АГ»;
- 10) эксперт.

Раздаются задания для участников игры:

- пациент на приеме в доврачебном кабинете описывает симптомы неосложненного гипертонического криза (клинические симптомы в памятке не описаны), на приеме в дневном стационаре рассказывает данные анамнеза (изложены в памятке), пациент критически настроен, не верит в успех лечения;
- медицинская сестра кабинета доврачебного приема проводит субъективное и объективное обследование пациента, выявляет и обосновывает неотложное состояние, оказывает доврачебную помощь;
- медицинская сестра кабинета функциональной диагностики снимает электрокардиограмму;
- врач дневного стационара – проводит осмотр пациента, выполняет медикаментозные назначения, назначает обследование;
- первая медицинская сестра дневного стационара выполняет назначенное врачом внутривенное струйное введение раствора Лазикса 2 мл в 10 мл физиологического раствора;
- вторая медицинская сестра дневного стационара выполняет назначенное врачом внутривенное капельное введение раствора Магния сульфата 10 мл в 100 мл физиологического раствора;
- медицинская сестра процедурного кабинета проводит забор крови на биохимическое исследование;
- первая медицинская сестра «школы АГ» проводит обучение пациента измерению АД;
- вторая медицинская сестра «школы АГ» проводит с пациентом беседу о факторах риска АГ, методах немедикаментозного лечения, правилах медикаментозного лечения;
- эксперт во время проведения игры оценивает в баллах выполнение заданий игроками.

***Проведение игры:***

Участники игры занимают места в зависимости от распределенных ролей. Слова ведущего: «Медицинская сестра может стать профессионалом только в том случае, если она обладает целым комплексом способностей, знаний, умений и навыков. Одним из наиболее важных компонентов профессионального мастерства медицинской сестры является владение манипуляционной техникой. Однако, в реальной профессиональной

деятельности медицинской сестры уровень мастерства определяется не только владением манипуляционной техникой, но и умением вести с пациентом продуктивный диалог, клинически мыслить, анализировать полученную информацию и принимать решения в нестандартных ситуациях. Для определения уровня развития и закрепления перечисленных профессиональных качеств будущих медицинских сестер мы проводим эту деловую игру.

Представим себе следующую ситуацию: рабочий день в поликлинической организации здравоохранения. Прием в кабинете доврачебного приема отделения профилактики ведет опытная медицинская сестра. На прием обратился пациент».

**Сценарий игры** заключается в том, что на прием к медсестре доврачебного кабинета обращается пациент с симптомами неосложненного гипертонического криза. Медицинская сестра, проведя субъективное и объективное обследование пациента, диагностирует у него неосложненный гипертонический криз и оказывает неотложную доврачебную помощь согласно алгоритму (20 мин.). Для дальнейшего купирования криза медицинская сестра сопровождает пациента в дневной стационар, где врач проводит его осмотр (10 мин.) и назначает анализ крови на биохимическое исследование (забор крови проводит медицинская сестра процедурного кабинета – 10 мин.), общий анализ крови и мочи (врач разъясняет подготовку к исследованиям), электрокардиограмму (ЭКГ выполняет медицинская сестра кабинета функциональной диагностики – 10 мин.), внутривенное струйное введение раствора Лазикса 2 мл в 10 мл физиологического раствора (его выполняет первая медицинская сестра дневного стационара – 10 мин.), внутривенное капельное введение раствора Магния сульфата 10 мл в 100 мл физиологического раствора (его выполняет вторая медицинская сестра дневного стационара – 10 мин.). Затем пациенту рекомендуется посетить занятие «школы АГ», где первая медицинская сестра «школы АГ» проводит обучение пациента измерению АД (10 мин.), вторая медицинская сестра «школы АГ» проводит с пациентом беседу о факторах риска АГ, методах немедикаментозного лечения, правилах медикаментозного лечения (20 мин.).

На **заключительном этапе игры** эксперт вместе с преподавателем оценивают действия участников игры по определенным заранее критериям оценки. Преподаватель подводит итог игры, озвучивая, достигнуты ли поставленные цели, отмечая позитивные и негативные стороны игры. Отметки согласно набранным баллам выставляются в журнал.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Памятка для игрока, выполняющего роль пациента (сведения о пациенте)

Андрей Сергеевич – 55-летний инженер-конструктор. По роду своей профессиональной деятельности часто выполняет срочные чертежные работы, подолгу проводит сложные математические расчеты и проектирование на компьютере.

Около двух лет назад впервые обратился к врачу с жалобами на слабость, утомляемость, частые головные боли, периодически возникающий дискомфорт в грудной клетке. В результате обследования диагностирована артериальная гипертензия II степени. При нерегулярных врачебных осмотрах в течение прошедшего времени регистрировались повышенные цифры артериального давления (160/90 – 180/100 мм рт. ст.). Пациент хорошо адаптирован к АД 150/90 – 95 мм рт. ст. По своим ощущениям он четко может определить, когда давление поднимается выше этих цифр (появляется головная боль, чувство жара, мелькание «мушек» перед глазами). Дома аппарата для измерения АД не имеет, поэтому Андрей Сергеевич измеряет АД только при нерегулярных визитах к врачу поликлиники, последний раз был у врача 5 месяцев назад.

Лечение, назначенное врачом, включает: эналаприл (по 10 мг 2 раза в день), гипотиазид (по 25 мг утром, натощак 2 раза в неделю), клофелин (по 0,075 мг под язык при повышении АД). Эналаприл пациент не принимает, мотивируя это страхом вызвать резкое падение давления, так как «не может перед каждым приемом таблеток измерять АД». От приема гипотиазида быстро отказался, так как «не заметил никакого мочегонного эффекта». Изредка, при появлении описанных выше ощущений, принимает 1-2 таблетки клофелина внутрь или под язык, и через некоторое время симптомы исчезают.

Андрей Сергеевич курит примерно по 10 сигарет в день. Стаж курения около 25 лет. Считает, что курение помогает ему сосредоточиться во время сложной работы. Крепкие алкогольные напитки употребляет редко (1 раз в 2-3 месяца). Питается 2 – 3 раза в сутки (чаще утром и вечером), говорит, что «любит вкусно поесть, особенно после тяжелого рабочего дня». Часто пьет крепкий кофе, без которого чувствует себя «вялым и бездеятельным».

В настоящий момент Андрей Сергеевич обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, озноб, дискомфорт в области сердца (примерно такие симптомы описывает участник игры, выполняющий роль пациента).

На приеме пациент несколько вялый, настроение угнетенное; говорит о том, что «врач за два года так и не смог ему помочь». На рекомендацию врача регулярно принимать лекарства с сомнением отвечает: «Летом я по Вашей рекомендации принимал лекарства целую неделю и не заметил никакого эффекта. Лучше выпишите мне клофелин – он быстро снижает давление».

**ПРИЛОЖЕНИЕ Е****Опросник для диагностики уровня эмпатических способностей  
(методика В.В. Бойко)**

Оцените, свойственны ли вам следующие особенности, согласны ли вы с утверждениями:

1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.
2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.
3. Я больше доверяю доводам своего рассудка, чем интуиции.
4. Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сокурсников.
5. Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.
6. Обычно я с первой же встречи угадываю «родственную душу» в новом человеке.
7. Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, политике со случайными попутчиками в поезде.
8. Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.
9. Моя интуиция - более надежное средство понимания окружающих, чем знания или опыт.
10. Проявлять любопытство к внутреннему миру другого человека — бестактно.
11. Часто своими словами я обижаю близких мне людей, не замечая этого.
12. Я легко могу представить себя каким-то животным, ощутить его повадки и состояния.
13. Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.
14. Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.
15. Обычно за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.
16. В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.
17. Иногда близкие упрекают меня в черствости, невнимании к ним.
18. Мне легко удается копировать интонацию, мимику людей, подражая людям.
19. Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.
20. Чужой смех обычно заражает меня.
21. Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.
22. Плакать от счастья глупо.
23. Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.

24. Мне редко встречались люди, которых я бы понимал с полуслова, без лишних слов.

25. Я невольно или из-за любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.

26. Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.

27. Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, "разложив по полочкам".

28. Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.

29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.

30. У меня творческая натура – поэтическая, художественная, артистичная.

31. Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.

32. Я расстраиваюсь, когда вижу плачущего человека.

33. Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.

34. Когда друзья начинают говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.

35. Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно воздерживаюсь от расспросов.

36. Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей.

**Обработка результатов.** Подсчитывается число совпадений ваших ответов по ключу по каждой шкале, а затем определяется суммарная оценка.

1. Рациональный канал эмпатии: + 1, + 7, – 13, + 19, + 25, – 31

2. Эмоциональный канал эмпатии: – 2, + 8, – 14, + 20, – 26, + 32

3. Интуитивный канал эмпатии: – 3, + 9, + 15, + 21, + 27, – 33.

4. Установки, способствующие эмпатии: + 4, – 10, – 16, – 22, – 28, – 34

5. Проникающая способность к эмпатии: +5, – 1, – 17, – 23, – 29, – 35

6. Идентификация в эмпатии: + 6, + 12, + 18, – 24, + 30, – 36.

Оценки по каждой шкале могут варьировать от 0 до 6 баллов и указывают на значимость конкретного параметра в структуре эмпатии.

*Рациональный канал эмпатии* характеризует направленность внимания, восприятия и мышления человека на понимание сущности любого другого человека, на его состояние, проблемы и поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий шлюзы эмоционального и интуитивного отражения партнера.

*Эмоциональный канал эмпатии:* фиксируется способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими – сопереживать, соучаствовать. Эмоциональная отзывчивость становится средством вхождения в энергетическое поле партнера. Понять внутренний мир другого человека, прогнозировать его поведение и эффективно воздействовать возможно только в случае, если произошла энергетическая подстройка к партнеру. Соучастие и сопереживание выполняет роль связующего звена между людьми.

*Интуитивный канал эмпатии* позволяет человеку предвидеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании. На уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах.

*Установки, способствующие или препятствующие эмпатии.*

Эффективность эмпатии снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умозрения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия.

*Проникающая способность в эмпатии* расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности препятствует раскрытию и эмпатическому постижению.

*Идентификация* – важное условие успешной эмпатии. Это умение понять другого на основе сопереживаний, постановки себя на место партнера. В основе идентификации легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя – уровня эмпатии. Суммарный показатель может изменяться от 0 до 36 баллов. По предварительным данным, считают: 30 баллов и выше – высокий уровень эмпатии; 29-22 – средний уровень, 21-15 – низкий, менее 14 баллов – очень низкий.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

**Опросник для диагностики общей коммуникативной толерантности  
(методика В.В. Бойко)**

**Инструкция:** *Оцените, насколько приведенные ниже суждения верны по отношению к Вам. При ответе используйте баллы от 0 до 3, где*

*0 – совсем неверно,*

*1 – верно в некоторой степени,*

*2 – верно в значительной степени,*

*3 – верно в высшей степени.*

**Шкала 1.**

№	Утверждения	Баллы
1.	Медлительные люди обычно действуют мне на нервы	
2.	Меня раздражают суетливые, непоседливые люди	
3.	Шумные детские игры я переношу с трудом	
4.	Оригинальные, нестандартные, яркие личности чаще всего действуют на меня отрицательно	
5.	Безупречный во всех отношениях человек насторожил бы меня	
		Всего:

**Шкала 2.**

№	Утверждения	Баллы
6.	Меня обычно выводит из равновесия несообразительный собеседник	
7.	Меня раздражают любители поговорить	
8.	Меня затрудняет разговор с безразличным для меня попутчиком в поезде (самолете), начатый по его инициативе	
9.	Я бы тяготился разговорами случайного попутчика, который уступает мне по уровню знаний и культуры	
10.	Мне трудно найти общий язык с партнерами иного интеллектуального уровня, чем у меня	
		Всего:

**Шкала 3.**

№	Утверждения	Баллы
11.	Люди моложе меня вызывают у меня неприятные чувства своим внешним видом (прически, косметика, одежда)	
12.	Так называемые “представители бизнеса” обычно производят неприятное впечатление либо бескультурьем, либо рвачеством	
13.	Представители некоторых национальностей в моем окружении откровенно мне несимпатичны	
14.	Есть тип мужчин (женщин), который я не выношу	
15.	Терпеть не могу партнеров по учебе с низким интеллектуальным или профессиональным уровнем	
		Всего:

**Шкала 4.**

№	Утверждения	Баллы
16.	Считаю, что на грубость надо отвечать тем же	
17.	Мне трудно скрыть, если человек мне чем-либо неприятен	
18.	Меня раздражают люди, стремящиеся в споре настоять на своем	
19.	Мне неприятны самоуверенные люди	
20.	Обычно мне трудно удержаться от замечания в адрес озлобленного или нервного человека, который толкается в транспорте	
Всего:		

**Шкала 5.**

№	Утверждения	Баллы
21.	Я имею привычку поучать окружающих	
22.	Невоспитанные люди возмущают меня	
23.	Я часто ловлю себя на том, что пытаюсь воспитывать кого-либо	
24.	Я по привычке постоянно делаю кому-либо замечания	
25.	Я люблю командовать близкими	
Всего:		

**Шкала 6.**

№	Утверждения	Баллы
26.	Меня раздражают старики, когда они в час пик оказываются в городском транспорте или в магазинах	
27.	Жить в номере гостиницы с посторонним человеком для меня просто пытка	
28.	Когда партнер не соглашается в чем-то с моей правильной позицией, то обычно это раздражает меня	
29.	Я проявляю нетерпение, когда мне возражают	
30.	Меня раздражает, если партнер делает что-то по-своему, не так, как мне того хочется	
Всего:		

**Шкала 7.**

№	Утверждения	Баллы
31.	Обычно я надеюсь, что моим обидчикам достанется по заслугам	
32.	Меня часто упрекают в ворчливости	
33.	Я долго помню обиды, нанесенные мне теми, кого я ценю или уважаю	
34.	Нельзя прощать сокурсникам бестактные шутки	
35.	Если партнер по учебе непреднамеренно заденет мое самолюбие, я на него, тем не менее, обижусь	
Всего:		

**Шкала 8.**

№	Утверждения	Баллы
36.	Я осуждаю людей, которые плачутся в чужую жилетку	
37.	Внутренне я не одобряю своих знакомых, которые при каждом удобном случае рассказывают о своих болезнях	
38.	Я стараюсь уходить от разговора, когда кто-нибудь начинает	

	жаловаться на свою семейную жизнь	
39.	Обычно я без особого внимания выслушиваю исповеди друзей (подруг)	
40.	Мне иногда нравится позлить кого-нибудь из родных или друзей	
		Всего:

**Шкала 9.**

№	Утверждения	Баллы
41.	Как правило, мне трудно идти на уступки партнерам	
42.	Мне трудно ладить с людьми, у которых плохой характер	
43.	Обычно я с трудом приспосабливаюсь к новым партнерам по совместной работе	
44.	Я стараюсь не поддерживать отношения с несколько странными людьми	
45.	Чаще всего я из принципа настаиваю на своем, даже если понимаю, что партнер прав	
		Всего:

**Обработка результатов.**

Ключ к тесту Бойко.

По каждой шкале подсчитывается сумма баллов. Максимальное число баллов по каждой шкале – 15, по всем шкалам – 135. Чем выше число набранных респондентом баллов, тем ниже уровень его коммуникативной толерантности и выше степень нетерпимости к окружающим, и вероятность конфликтов: 1-45 баллов – высокая степень толерантности, 45-85 – средняя степень толерантности, 85-125 – низкая степень толерантности, 125-135 – полное неприятие окружающих.

Рассмотрение ответов по отдельным шкалам позволяет выявить наиболее характерные аспекты и тенденции проявления коммуникативной толерантности и интолерантности. Чем больше баллов по конкретному признаку, тем меньше испытываемый терпим к людям в данном аспекте отношений с ними, и ему сложнее наладить эффективный процесс общения. Напротив, чем меньше оценки по тому или иному поведенческому признаку, тем выше уровень общей коммуникативной толерантности по данному аспекту отношений.

Расшифровка шкал:

Шкала 1. *Неприятие или непонимание индивидуальности другого человека*: вы не умеете либо не хотите понимать или принимать индивидуальные особенности других людей.

Шкала 2. *Использование себя в качестве эталона при оценке других людей*: оценивая поведение, образ мыслей или отдельные характеристики людей, вы рассматриваете в качестве эталона самого себя.

Шкала 3. *Категоричность или консерватизм в оценках других людей*: вы категоричны или консервативны в оценках людей, вам не хватает гибкости и широты кругозора.

Шкала 4. *Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства*: вы не умеете скрывать или хотя бы сглаживать неприятные чувства, возникающие при столкновении с некоммуникабельными качествами у партнеров.

Шкала 5. *Стремление переделать, перевоспитать партнера по общению*: вы стремитесь переделать, перевоспитать, изменить по вашему желанию своего собеседника.

Шкала 6. *Стремление подогнать партнера под себя, сделать его «удобным»*: вам хочется подогнать других к своему характеру, привычкам, притязаниям.

Шкала 7. *Неумение прощать другому ошибки*: вы не умеете прощать другому его ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности.

Шкала 8. *Нетерпимость к дискомфортным (болезнь, усталость, отсутствие настроения) состояниям партнера по общению*: вы не терпимы к физическому или психическому дискомфорту, в котором оказался другой.

Шкала 9. *Неумение приспосабливаться к другим участникам общения*: вы плохо приспосабливаетесь к характерам, привычкам или притязаниям других.